

THMNews. Los Editoriales

Pablo Malo

Juan Medrano

José J. Uriarte

www.txorierri.com

© Pablo Malo, Juan Medrano, José J. Uriarte

ISBN: 84-96536-28-9

Depósito legal:

Diseño, maquetación y producción: Joseba Berriotxo - www.erroteta.com

Impresión:

Printed in the EU.

Ninguna parte de esta publicación podrá reproducirse, grabarse o transmitirse en forma alguna, cualquiera que sea el método utilizado, sin autorización expresa por escrito de los titulares del Copyright.

THMNews. Los Editoriales

Pablo Malo

Juan Medrano

José J. Uriarte

www.txorierri.com



Prólogo

A finales de 1997 nacieron las *Txori-Herri Medical News*, un boletín electrónico quincenal de temática variada (medicina, informática y ocio). Cuando en aquellos años, a la vez tan cercanos y tan lejanos, iniciamos aquella pequeña aventura, Internet parecía de verdad eso, una aventura. Teníamos un módem que nos bloqueaba la línea de teléfono, *Netscape* era aún el navegador de mayor difusión, las *.com* surgían como setas y nadie hubiera imaginado la difusión del *mp3* o el *DivX*, o la posibilidad de comprar viajes en avión *online* a precios de billetes de autobús. Eran tiempos más silvestres, en los que parecía que Internet era un medio no domesticable, donde cualquiera podría competir en igualdad de condiciones con las poderosas empresas que controlan la información, tanto la general como la biomédica, en nuestro caso.

Pero no fue así. Proyectos como *e-Biomed*, con el que Harold Varmus, premio Nobel de Medicina en 1989 y ex-Director del NIH americano pretendía el acceso gratuito y universal a los artículos científicos y romper el monopolio y control de la información ejercido por las grandes editoriales científicas, se quedaron prácticamente en agua de borrajas. Excelentes revistas científicas de acceso gratuito (como *HMS Beagle*) se quedaron también el camino. Y defensores tradicionales del acceso libre, como el *BMJ*, han terminado por imponer limitaciones. *Linux* sigue siendo una eterna promesa, el amigo simpático y guapo al que todo el mundo alaba, pero que al final se queda sin pareja, y *Microsoft*, a pesar de demandas y denostaciones generalizadas, sigue imponiendo su criterio. En este maremágnum, el único reducto realmente ácrata y que

parece traer de cabeza a los que mangonean nuestros consumos son los programas *peer to peer*, una marea imparable que amenaza con poner patas arriba al mercado de la música y del cine.

Las *News* vivieron en Internet durante casi cinco años y llegaron a tener una difusión importante, con más de 1200 suscriptores literalmente en todo el mundo. En el tiempo transcurrido desde su desaparición hemos podido comprobar, a través de conversaciones con colegas, que en su momento nuestro humilde boletín tuvo un eco y una aceptación sorprendentes, en particular las editoriales que abrían cada número. Después de releer estos comentarios, creemos que mantienen su actualidad y su vigencia, más por lo poco que ha cambiado nuestro contexto profesional, asistencial y social que por una especial clarividencia de los autores. También vemos en ellos fielmente reflejados las oportunidades y las carencias, las expectativas y las decepciones que la primitiva Internet suscitaba en sus ilusionados y a veces ilusos usuarios, que distaban (distábamos) mucho de imaginar los grandes cambios que han tenido lugar y que entonces ni se adivinaban: la difusión del ADSL, la entrada de *Apple* en el mundo de la música, la problemática de los virus y muchos otros fenómenos que dada la velocidad a la que se suceden las novedades en Internet parecen haber estado presentes desde siempre.

Han pasado pocos años, pero en la red el tiempo es intenso. Y desde la perspectiva actual nos parece claro que Internet no ha cambiado el mundo, o al menos no tanto como pensábamos. Se ha convertido en un electrodoméstico más, y la información sigue fuertemente controlada, centralizada y sabiamente distribuida y difundida al gusto del consumidor por los de siempre. Las páginas porno, los chats, la venta de billetes de avión y las subastas de *e-Bay*, amén de tener conectado el *e-Mule* a todo meter, parecen ser las actividades más populares. Y como veis, por el momento el papel impreso no ha desaparecido. El mundo analógico sigue teniendo su encanto. Y ese encanto es lo que nos ha movido a poner entre tapas de cartón los bits que con tanta ilusión y cierta inocencia tecleábamos en nuestros ordenadores. Así que hemos reu-

nido en este compendio las editoriales correspondientes a los 110 números del boletín; todas ellas son obra y responsabilidad de los autores, salvo la penúltima, que debemos a Borja Marcos, experto en seguridad informática y responsable de correo electrónico y seguridad informática de *Sarenet* (<http://www.sarenet.es/>). De esta manera, confiamos en empezar a cumplir la promesa, solemnemente formulada en nuestro número de despedida, de buscar nuevas formas de dar la lata al personal.

Esta introducción no estaría completa si nos olvidásemos de las personas a quienes tenemos que agradecer su apoyo y comprensión. La unidad de Psiquiatría de *Lilly* esponsorizó las *News* durante más de la mitad de su existencia. Miguel Ángel González Torres nos ha hecho una presentación muy cálida y afectuosa. Nuestras familias toleraron (y toleran) con singular paciencia el tiempo que invertimos en ocupaciones pintorescas que nos alejan de ellas. Y por supuesto, el interés de los suscriptores de las *News*, y muy en especial el de quienes todavía las recuerdan, nos alienta y es la mejor recompensa para nuestro trabajo.

Pablo Malo

Juan Medrano

Jose J. Uriarte

Prefacio

A principios de los 80, Paul Sowles, antiguo secretario personal de los Rolling Stones, decidió abandonar el negocio musical y entregarse al estudio de la historia del psicoanálisis. Tras un año de lectura intensiva en la biblioteca del Museo Británico, contactó con los guardianes del conocimiento: Anna Freud, hija del genio de Viena, y Kurt Eissler, mandarín del establishment psicoanalítico y Director de los Archivos Freud en Nueva York. La capacidad seductora del Sr. Sowles, entrenada a fondo con estrellas del escenario, no encontró dificultad para convencer a ambos ancianos de su saber y su deseo de presentar al mundo una visión auténtica de Freud, que revelara su enorme contribución a la ciencia. Dos años después, tras lograr el acceso a documentos que atesoraban Eissler, Anna Freud y la hija de Fliess, sacudió al mundo psicoanalítico lanzando su gran aportación: Sigmund Freud había mantenido relaciones adúlteras con su cuñada.

En la misma época, otro personaje fascinante alcanzó el Sancta Sanctorum de los Archivos Freud, llegando a ser Director de Proyectos. Se trataba de Jeffrey Masson, Profesor de Sanscrito en la Universidad de Toronto y aspirante a psicoanalista. Tras el reglamentario cortejo a la anciana Anna y al venerable Kurt, consiguió acceso, permisos y dinero para dedicarse al examen de documentos ocultos. En un corto tiempo, el especialista en sánscrito compitió con el ex secretario de Mick Jagger lanzando otra bomba mediático-psicoanalítica. En su famoso libro "*Asalto a la verdad*", Masson revelaba cómo toda la teoría de la sexualidad infantil descansaba, según él, sobre la cobardía de Freud para reconocer la

realidad de los incestos en la Viena de la época: los niños no fantaseaban con la sexualidad, la vivían de cerca de través de numerosísimas experiencias reales con padres y parientes.

¿Es seria nuestra especialidad?

En los años treinta pareció que buena parte de los pacientes más graves podían beneficiarse de un tratamiento quirúrgico propuesto por Egas Moniz, un psiquiatra portugués con grandes dotes de convicción. El procedimiento fue desarrollado hasta hacerse sencillo: con una ligera anestesia, se introducía por la parte superior de la órbita un artefacto semejante a un picahielos. Una vez en el interior del cráneo, el cirujano realizaba un movimiento en abanico, seccionando fibras que conectaban la corteza frontal con otras estructuras. La agresividad y algunos síntomas graves desaparecían, pero también con ellos la volición y muchos de los matices que modulan nuestra relación interpersonal.

¿Son razonables nuestros tratamientos?

Hace 15 años un rincón de Europa, famoso hasta entonces por su peculiar comunismo y por ganar todos los campeonatos en cualquier deporte de equipo, ardió en una guerra fratricida y cruel, haciéndonos recordar las peores imágenes de los campos de exterminio nacionalsocialistas. Serbios y croatas recuperaron memorias olvidadas por casi todos. Asesinatos, torturas, limpieza étnica y vejaciones sin cuento se justificaron a finales del siglo XX en base a ideales nacionalistas que creíamos ya superados en los años 40. Uno de los que soplaron con más fuerza en esta hoguera fue nuestro colega Radovan Karadzic, líder de los serbios de Bosnia, psiquiatra y agitador fascista. Hoy permanece en paradero oficialmente desconocido, quizá a la espera de que una nueva vuelta de la historia le permita recuperar su sueño de una gran Serbia liberada a sangre y fuego de sus molestos vecinos, compatriotas hasta poco antes.

¿Hemos defendido el respeto y los derechos humanos?

Karl Jaspers, bien conocido por ser el autor juvenil del famoso tratado "*Psicopatología General*", de una aridez comparable sólo a

la guía *Telefónica* de Bratislava, merece más ser recordado por la historia por su hombría de bien y su valor al enfrentarse al tirano. Mientras su colega y amigo Heidegger, luz de la filosofía contemporánea, no tenía reparos en aceptar el nombramiento de Rector de manos de Adolf Hitler, nuestro Karl era expulsado de la universidad y se le prohibía la docencia y la posibilidad de publicar. Casado con una dama judía, Jaspers prefirió ser fiel a su esposa y a sus ideas y literalmente jugarse la vida por ello. El ejército americano lo rescató de un campo de concentración pocos días antes de su prevista ejecución. Ni siquiera años después, reconocido y encumbrado, quiso torcer sus ideas para halagar a los poderosos; al final de su vida Jaspers, dolido con sus paisanos alemanes por la forma en la que estaban olvidando lo ocurrido, renunció a la nacionalidad alemana y adoptó la suiza.

Sí, a veces los psiquiatras hemos defendido los viejos ideales de libertad, igualdad y fraternidad.

En el año 2000, un investigador de neurociencias neoyorquino recibió el premio Nobel de Medicina por sus trabajos en torno a la memoria de un humilde caracol marino. Muchos desconocen que ese investigador, Eric Kandel, es psiquiatra y se muestra orgulloso de ello. La lectura de los artículos recientes de Kandel nos muestran su profundo interés integrador y su respeto por aquello que está más allá, (o más acá) de las neuronas.

Sí, a veces los psiquiatras hemos podido hablar sobre neurotransmisores sin olvidar a las personas, sus deseos, sus sueños, sus emociones.

A mediados del siglo pasado, un poeta francés llamado Jacques Lacan comenzó a acuñar algunas de las más bellas metáforas que se han empleado nunca para describir el desarrollo humano y la relación terapéutica. Conceptos como el “*estadio del espejo*”, “*el nombre del padre*” o “*sujeto supuesto saber*”, plenos de poder evocador, abrieron los ojos a muchos clínicos enfrentándoles a realidades hasta entonces desconocidas. Al otro lado del Atlántico, en esa misma época, Otto Kernberg, un chileno nacido en Viena y

transplantado a los Estados Unidos, abandonó la comodidad del paciente WASP con Trastornos de Ansiedad para afrontar, cara a cara, el sufrimiento del paciente rechazado por todos, retador, angustiante, suicida, abriendo una vía de reflexión sobre nuestra conducta como terapeutas y nuestra forma de ayudar a quienes más sufren.

Definitivamente sí; en muchas ocasiones no se nos puede achacar a los psiquiatras cobardía para afrontar la realidad.

Nuestra disciplina es vieja y nueva a la vez, contradictoria, múltiple, permite el acercamiento desde las ciencias naturales y desde las mal llamadas ciencias “*del hombre*” (las naturales lo son igualmente) y sobre todo sigue siendo apasionante para los veteranos y los neófitos por igual. En episódicas orgías de autoflagelación y autocritica, nos damos grandes golpes de pecho por carecer de base experimental, o por tener un sistema de clasificación confuso, o datos epidemiológicos insuficientes o por faltarnos ECAs de gran tamaño muestral para muchos de los instrumentos terapéuticos que utilizamos. En esos momentos miramos con ingenuidad a especialidades vecinas, considerándolas a veces, desde una perspectiva decimonónica, como más científicas o más ordenadas. Y sin embargo, nadie desarrolla y usa las clasificaciones internacionales como nosotros, nadie somete a un examen más duro sus tratamientos, nadie ha realizado los estudios epidemiológicos que nosotros hemos puesto en marcha y nadie abarca una variedad de abordajes biológicos, psicológicos y sociales simultáneamente como nosotros.

Nuestra Ciencia merece una mirada rigurosa e irónica a la vez y los mosqueteros del *Txori-Herri Medical Journal* han pasado a la pequeña historia de la Psiquiatría española por ambos aspectos. Las piezas aquí recogidas merecen el respeto de una página de op-ed del *New York Times* o, si quieren, de la página tres del *Correo Español-El Pueblo Vasco*, nuestro NYT local. En pocos lugares puede encontrarse una valoración más independiente (de las autoridades sanitarias, de la industria farmacéutica, de la academia) de los sucesos del día a día psiquiátrico y es raro el artículo que pro-

voca tan solo indiferencia. Somos muchos los que hemos recibido con cariño y leído con atención cada nueva entrega, a veces para disentir estruendosamente y las más de las veces para reconocer la validez y el buen juicio de Monsieur Uriarte (D'Artagnan?) y sus alegres compañeros.

Como decían en los antiguos relatos, dejo a vuestas mercedes en el solaz de la lectura de las páginas que siguen y les propongo un juego que espero sea de su agrado. No tengo duda de que los hombres del *Txori-Herri* son los famosos mosqueteros, pero entonces, ¿quién es El Rey Sol cuya vida defienden con ahínco y que les paga solo con benévola indiferencia?; ¿quién el pérfido Riche-lieu, que oculta bajo su sotana la daga y el veneno? Y ¿quién, por fin, Milady de Winter, tan bella como malvada, dispuesta a la traición y secreta admiradora de nuestros aguerridos caballeros?

Solo queda desear que la excelente acogida que sin duda tendrá esta obra fuerce a los autores a lanzarse otra vez a la noble liza y regalarnos nuevos ejemplares de este singular "*journal*". Los profesionales y los lectores en general se lo agradeceremos.

MIGUEL ANGEL GONZALEZ TORRES

Indice

1. Trastorno por Déficit de Atención e Internet (17 Diciembre de 1997)
2. La Guerra de los Navegadores (1 de Enero de 1998)
3. Las revistas médicas e Internet (19 de Enero de 1998)
4. La Divulgación Médica en la Red (1 de Febrero de 1998)
5. Ciencia, Filosofía, Escepticismo e Internet (16 de Febrero de 1998)
6. La Red del Odio (1 de marzo de 1998)
7. La Psicofarmacología Cosmética (15 de Marzo de 1998)
8. Saltamos el Charco, el Esperanto y el Zoo Humano (30 de Marzo de 1998)
9. La avalancha de información (12 de abril de 1998)
10. Imposturas Intelectuales (1 de mayo de 1998)
11. Levantar a los muertos (17 de mayo de 1998)
12. Inhibidores de la Colinesterasa (2 de junio de 1998)
13. La Demanda contra *Microsoft* y los sistemas operativos abiertos (*Linux*) (15 de junio de 1998)
14. *Linux*, Catedrales, Bazares y el Sistema Sanitario Inglés (1 de julio de 1998)
15. ¿Son los antidepresivos unos placebos activos? (15 de julio de 1998)
16. Metáforas (1 de agosto de 1998)
17. El Estigma y la Enfermedad Mental (14 de agosto de 1998)
18. Cherchez le microbe (1 de setiembre de 1998)
19. E. Fuller Torrey y el ingreso involuntario (15 de setiembre de 1998)
20. *mp3* y otras cosas golfas (1 de Octubre de 1998)

21. Fobia Social (16 de Octubre de 1998)
22. La complejidad de la Informática (31 de Octubre de 1998)
23. 50 años de Ensayos Clínicos (15 de Noviembre de 1998)
24. Buenas y Malas Hierbas (30 de Noviembre de 1998)
25. La muerte de un fármaco (17 de Diciembre de 1998)
26. Fin de Año con Humor (1 de Enero de 1999)
27. Libros y Librerías (15 de Enero de 1999)
28. La violencia de los enfermos mentales (1 de Febrero de 1999)
29. Editoriales (15 de Febrero de 1999)
30. Demografía (1 de Marzo de 1999)
31. Los Alimentos Transgénicos (15 de Marzo de 1999)
32. Melissa es nombre de virus (1 de Abril de 1999)
33. Consuelo de los pobres y niñas en soltería (15 de Abril de 1999)
34. Los Beautiful Brains en *mp3.com*. Letter from Belgrado (2 de mayo de 1999)
35. Psiquiatras Intrépidos (15 de mayo de 1999)
36. Boticas (1 de junio de 1999)
37. Sentencias Interesantes (15 de junio de 1999)
38. Los Pacientes y la Ley (1 de julio de 1999)
39. Yo, de mayor, quiero ser timorregulador (15 de julio de 1999)
40. Penalizar la Investigación Basura (2 de agosto de 1999)
41. MegaloPsiquiatría (15 de agosto de 1999)
42. Imperialismo Etico (1 de setiembre de 1999)
43. Imperialismo Genético o las Patentes sobre la Vida (15 de setiembre de 1999)
44. Mires y Mestos (1 de Octubre de 1999)
45. De Sufrimientos y Pichigüilis (1 de Octubre de 1999)

46. Rezar por los Demás (2 de Noviembre de 1999)
47. De Congreso (15 de Noviembre de 1999)
48. Enfermedad de Alzheimer y Demencias (1 de Diciembre de 1999)
49. ¿Qué es una Enfermedad Mental? (15 de Diciembre de 1999)
50. Balance. De la Década del Cerebro al Milenio de las Personas (31 de Diciembre de 1999)
51. Tratamiento de las Demencias (17 de enero de 2000)
52. ¿Por qué la gente no busca? (1 de febrero de 2000)
53. Psiquiatría Social (15 de febrero de 2000)
54. Euskopesimismo (1 de marzo de 2000)
55. Apartheid Farmacológico (15 de marzo de 2000)
56. Muerte de un Paciente (1 de abril de 2000)
57. Los Chicos y las Chicas (15 de abril de 2000)
58. Economía Sanitaria de la Abuela (1 de mayo de 2000)
59. Psicopesimismo (21 de mayo de 2000)
60. Un Pasito palante, un Pasito patrás (5 de Junio de 2000)
61. El Gran Hermano. Pan y Circo (18 de Junio de 2000)
62. De Repaso. ECAs, Rezos y Fármacos (1 de Julio de 2000)
63. Bilbao (15 de Julio de 2000)
64. ¿Qué es un atípico? (1 de Agosto de 2000)
65. Cochinadas (15 de Agosto de 2000)
66. Summer, Bloody Summer (3 de Setiembre de 2000)
67. El Correo Electrónico con los Pacientes (17 de Setiembre de 2000)
68. Panfilón, el Antidepresivo Campeón (1 de Octubre de 2000)
69. Ansiolíticos Atípicos en el Horizonte (15 de Octubre de 2000)
70. ¿Un Electrodoméstico más? (1 de Noviembre de 2000)

71. Los Niños, Los Padres y Los Demás (15 de Noviembre de 2000)
72. Más de lo mismo o lo difícil que es ser un usuario de Internet satisfecho (3 de Diciembre de 2000)
73. Fin del Milenio (17 de Diciembre de 2000)
74. Hilgo Naiz (1 de Enero de 2001)
75. Monte Miseria (17 de Enero de 2001)
76. Egoísmos, Nosotrismos, y carta desde Irak (1 de Febrero de 2001)
77. Ensayos y Honestidad (15 de Febrero de 2001)
78. Tecnogestión (1 de Marzo de 2001)
79. Gana...y deja vivir (15 de Marzo de 2001)
80. Los Peores Artículos de la Historia de la Psiquiatría (1 de Abril de 2001)
81. Lo que dan de sí los nombres (15 de Abril de 2001)
82. Genes a go-go (1 de Mayo de 2001)
83. Txoriherri.com (20 de Mayo de 2001)
84. Cambio y Libertad (4 de Junio de 2001)
85. Los ISRS en el Banquillo (17 de Junio de 2001)
86. Medias Verdades (3 de Julio de 2001)
87. MIREs (17 de Julio de 2001)
88. Los Psiquiatras nunca se rinden (31 de Julio de 2001)
89. Farmacología y Revistas Científicas: Ciencia y Negocio (16 de Agosto de 2001)
90. Residencias de ancianos y “lo” sanitario (1 de Setiembre de 2001)
91. Terrorismo en USA. La Medicina como Bien de Consumo (17 de Setiembre de 2001)
92. El Factor Dios (1 de Octubre de 2001)

-
93. Los Premios Ig Nobel (15 de Octubre de 2001)
 94. Bioterrorismo (31 de Octubre de 2001)
 95. Fármacos y Publicidad (15 de Noviembre de 2001)
 96. De los Amores entre Psiquiatras y Pacientes (2 de Diciembre de 2001)
 97. Investigación y Ciencia o así (17 de Diciembre de 2001)
 98. Humor y Humanidades (2 de Enero de 2002)
 99. Raza y Medicina (18 de Enero de 2002)
 100. 100 (4 de Febrero de 2002)
 101. Maldito Karaoke (18 de Febrero de 2002)
 102. Miocarditis y Clozapina (4 de Marzo de 2002)
 103. Marmitako para la Depresión (19 de Marzo de 2002)
 104. Recetas de Psicólogo (5 de abril de 2002)
 105. La No-Enfermedad y los Límites de la Medicina (19 de abril de 2002)
 106. ¿Seguridad en Internet? (3 de mayo de 2002)
 107. Para los Enfermos Mentales, Muerte y Miseria (5 de Junio de 2002)
 108. Internet no va bien (20 de Junio de 2002)
 109. Seguridad en el Computador Personal (7 de Julio de 2002),
por Borja Marcos
 110. Esto es todo, amigos (27 de Octubre de 2002)

Trastornos por Déficit de Atención e Internet

Un tal David Shenk opina en un artículo de *.Net conexion*: “*Estamos al borde de una epidemia de Trastornos de Deficiencia de la Atención (TDA). Los expertos están observando una nueva manifestación de lo que llaman “TDA inducidos culturalmente”. Todos hacemos tres cosas a la vez y nos perdemos cosas como las puestas de sol lentas, las conversaciones largas y la lectura de libros. El TDA es un síntoma de la era de la información*”. Hace poco el editor de la Revista *Slate* de *Microsoft* decía que había descubierto que a la gente no le gusta leer artículos largos en la pantalla del ordenador y que las informaciones de los *e-zines* deben ser breves y al grano. Fuera de Internet se percibe este mismo fenómeno en la TV. ¿Quiere esto decir que las nuevas generaciones cada vez serán más incapaces de mantener la atención por períodos largos de tiempo? Los miembros del *Editorial Board* hemos de confesar que padecemos este TDA, y creemos que de forma grave. Cuando miramos las revistas médicas nos leemos los abstracts y como mucho las conclusiones; nos cuesta terminar de ver las películas si no está pasando algo continuamente (excepto en el cine, donde al no haber elementos de distracción, aguanta-mos bien), o miramos la película a la vez que leemos... Navegar por Internet es desde luego un factor agravante del trastorno, que propicia vistazos rápidos y paso al siguiente link, donde siempre espera uno encontrar algo más (más nuevo, más interesante, más...). Nos estamos proponiendo recuperar hábitos de lectura de libros para ver si contrarrestamos el problema. Desde que estamos en Internet, el ordenador y todas estas historias es que apenas dedicamos tiempo a ninguna otra cosa...

(Número 1, 15-12-97)

La guerra de los navegadores

En estas últimas semanas se han estado produciendo muchas noticias alrededor de la lucha *Microsoft- Netscape*. Por un lado el juicio

contra *Microsoft* al que, de momento, se le ha prohibido que incluya el *Explorer 4* junto con el Sistema Operativo *Windows 95* que instalan los fabricantes de PCs. También varios fiscales de estados americanos se han reunido para coordinar acciones legales contra *Microsoft*. Por otro lado, según fuentes bastante fiables (que *Netscape* discute) se informa que el *Explorer 4* ha ganado cuota de distribución entre los cibernautas hasta llegar al 40% mientras *Communicator* conserva el 60%; esto parece que ha puesto nervioso a *Netscape* y se han sucedido rumores de que *Netscape* podría regalar gratis su navegador al igual que hace *Microsoft*. También *Netscape* y miles de webs asociados han iniciado una campaña que consiste en que por medio de un botón instalado en dichos web se desinstala el *Explorer* y se instala el *Communicator* en su lugar. ¿En qué acabará la cosa? Es muy posible que nuestros lectores tengan ya una opinión formada de quién es el bueno y el malo en esta guerra y, sabiendo las fobias y filias que levanta *Microsoft* (y Bill Gates), Dios nos libre de intentar siquiera entrar en el fondo de la polémica (aunque no creemos en buenos y malos y, si bien es verdad que *Microsoft* disfruta del monopolio de los sistemas operativos y gracias a ello de tremendas ventajas derivadas, *Netscape*, *IBM*, *Sun*, *Oracle*, etc., no son precisamente unas hermanitas de la caridad, y harían lo mismo si pudieran). Lo que sí queremos es dar nuestra humilde opinión, pura y llanamente a nivel de usuario, de nuestra experiencia con el *Explorer 4* porque pensamos que a muchos de los receptores del boletín les puede interesar, en particular a los usuarios del *Explorer 3* que no saben si actualizarse o no. Y nuestra opinión al respecto es muy positiva. Pensamos que es un programa elegante, eficaz, agradable, bonito, completo y, en conjunto, mucho más atractivo que el *Explorer 3*. Además, en el tiempo que lo llevamos usando (desde finales de Septiembre) se ha comportado de una manera estable y no nos ha dado ningún problema aunque también es cierto que existe abundante bibliografía y comunicaciones personales de gente que sí que ha tenido problemas (el hecho de que se integre tanto con *Windows 95* puede tener graves consecuencias en caso de fallo). Lo dicho, si de verdad quieres vivir Internet a tope, decídete e instala la versión completa con el *Active Desktop* y todo ¡¡La vida es una aventura!!

Las revistas médicas e Internet

No es momento de descubrir la revolución que está suponiendo la red a todos los niveles, e incluso en el campo de las publicaciones y la información biomédicas. Son muchas ya las revistas médicas (y psiquiátricas) con página web, desde la cual se puede acceder al contenido parcial o total de la publicación. Curiosamente, parece ser que los editores han comprobado que permitir el acceso gratuito a las versiones electrónicas de sus revistas, lejos de disminuir las ventas de las versiones en papel, las aumentan. Y si algo tiene el agua cuando la bendicen, algo habrá cuando cada vez más revistas se ponen de largo *online*.

También la red favorece que circule *por ahí* como si fuera ciencia de la buena, mucho material científico, milagrero y, por supuesto, en absoluto *peer-reviewed*. Ante este peligro, el *Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas* ha acordado los requisitos mínimos que debe reunir el material colocado en la red, con el fin de ayudar al lector a valorar la credibilidad del artículo. No cabe duda de que la red ayuda a divulgar y popularizar *incluso* la ciencia entre las personas dedicadas a algo así como a la ciencia aplicada (bueno, ¿podemos considerar en parte así a la Medicina?), pero, con todo, aún hay una barrera para esa divulgación. Es la del idioma. Desgraciadamente, quien no tiene un cierto nivel de inglés tiene difícil navegar con soltura entre tanta información escrita en el idioma de Shakespeare (entre otros autores). Y son pocas las publicaciones científico-benéficas que, como ésta, aportan a sus lectores traducciones de artículos. El problema parece parcialmente resuelto con los programas de traducción, pero... no es tan seguro ni tan fácil. La traducción de textos científicos o médicos es compleja, y resulta en cierto modo un arte (y si no, leed lo que dice un especialista, Iain Bamforth, en el *BMJ*) y los programas de traducción son excesivamente automáticos y *tontos*. Y si no, leed en nuestras *Highlights*, la *avería* que hace a un artículo psiquiátrico un programa de traducción.

(Nº 3, 19 enero 1998)

La Divulgación Médica en la Red

En la dirección: <http://w3.el-mundo.es/salud/274/18N0146.html> se puede consultar una información del corresponsal de *El Mundo*, Julio A. Parrado, en Nueva York para el Suplemento de Salud de *El Mundo*, de un enorme interés.

En el artículo se da cuenta de los datos de una encuesta realizada por el Consejo Nacional de Salud entre 2.200 personas. En resumen viene a decir que los medios de comunicación tienen una influencia “significativa” en las decisiones que los norteamericanos toman sobre su salud y sobre el estilo de vida que deben llevar para estar en forma. En este sentido, más de la mitad (58%) asegura que ha cambiado de hábitos a raíz de la publicación o emisión de una noticia sobre salud, y un 76% reconoce que sigue los consejos médicos contenidos en estas informaciones. Un 35% apunta a las publicaciones diarias y revistas como el medio al que recurren para informarse sobre la salud. La forma en la que la información médica afecta más a la vida diaria es en la dieta. Un 41% de los norteamericanos ha cambiado sus hábitos alimenticios, suprimiendo algún producto o agregando (13%) uno nuevo a su dieta, después de leer un artículo sobre nutrición. Pero, lejos de estar satisfechos con la información que reciben a través de los medios, uno de cada tres ciudadanos de EEUU reclama que se publiquen más temas de salud”

(Nº 4, 1 febrero 1998)

Nota de los Eds: El autor del artículo al que se hace referencia, Julio Anguita Parrado, falleció en abril de 2003 en Irak cuando se encontraba cubriendo la guerra para el diario “El Mundo”.

Ciencia, Filosofía, Escepticismo e Internet

Internet es un ejemplo de que las ciencias adelantan que es una barbaridad; y la verdad es que adelantan y corren más deprisa que la capacidad de la mayoría de los seres humanos para asumirlo.

Vivimos un mundo lleno de contradicciones, a las que desde luego contribuyen los avances científicos. Mientras una porción del mundo (bastante pequeña aunque parezca lo contrario) tiene como preocupaciones los atascos de tráfico, tanto en las carreteras como en Internet, para otro medio sigue siendo un problema básico conseguir agua potable. Aspectos como la transmisión de información, el avance de los ordenadores (que se quedan obsoletos a velocidades asombrosas) la clonación o los métodos de reproducción asistida nos dan quebraderos de cabeza cotidianos, por lo menos a los que vivimos en el primer mundo. Y es que vivimos en una sociedad en que la superstición y la ignorancia conviven con el acceso a la información y al conocimiento científico. ¿Cómo se explica que millones de americanos crean haber sido abducidos por naves extraterrestres, que JJ Benítez se hinche a vender libros, que revistas como “*Más Pallá*” o “*Año Cero*” sobrevivan en el mercado o que gente sensata para otras cosas consulte con astrólogos para tomar decisiones o recurra al agua imantada, a pulseras o a remedios homeopáticos para tratar sus dolencias? La credulidad es hija de la ignorancia, pero al parecer nuestra sociedad tecnificada, con información disponible para todos, sigue coexistiendo con la superstición y el pensamiento mágico. El escepticismo es el remedio; el pensamiento racional, la cura para salir del oscurantismo y de la edad media... Hala pues, si tienes interés sobre movimientos escépticos puedes conectar con la página de la *Asociación Escéptica Española-Alternativa Racional a las Pseudociencias (ARP)** Aquí puedes encontrar otros recursos escépticos y defensores del pensamiento racional, <http://www.csicop.org/si>, especialmente la revista “*Skeptical Inquirer*”, azote de los magufos, charlatanes, astrologos y cazamaricanos.

Una buena dirección científica es “*Junk Science*” <http://www.junkscience.com/>, dedicada a perseguir el mal uso de la ciencia, dentro del TASSC, coalición para el avance de la ciencia que tiene como objetivo promover el uso de la ciencia en las decisiones políticas. Otra excelente página de divulgación científica está en “*Mad Science*” (<http://www.madsci.org/>). Por cierto, Sir Bertrand Russell, un ejemplo de pensador escéptico y defensor del pensamiento racional, tiene su

página en la Web de la Universidad McMaster, en Canadá (<http://www.mcmaster.ca/russdocs/russell.htm>). En dicha universidad se desarrolló en un inicio buena parte del movimiento de la *Medicina Basada en la Evidencia*, para nada ajeno al pensamiento racional-escéptico. Y puestos a nombrar filósofos, una página en castellano con diversos recursos y actividades filosóficas tiene un título tan curioso y sugerente (y un pelo pretencioso) como “*Dios, Ética, Filosofía, Mecánica Cuántica y Realidad*”**

(Nº 5, 15 febrero 1998)

Notas de los Eds.: * ARP en la actualidad se denomina Sociedad para el Avance del Pensamiento Crítico, y tiene su Web en: <http://www.arp-sapc.org>

** La página *Dios, Ética, Filosofía, Mecánica Cuántica y Realidad* ha desaparecido de la red

La red del odio

Las enormes probabilidades de divulgación de información que entraña Internet han dado lugar a actitudes más o menos protectionistas o defensivas por parte de determinadas instituciones y gobiernos. En la corta historia de Internet existen ya importantes hitos que señalan la victoria de lo que podríamos denominar libertad de expresión sobre el ansia amordazadora de algunos *poderes*. Esta preocupación por cortar o censurar los contenidos de la red no tiene por qué ser malintencionada, por supuesto. Internet puede ser utilizada -como cualquier otro medio de divulgación o propaganda- por mucho desaprensivo y no pocos sujetos innobles. Los casos de páginas dedicadas a pornografía infantil son un caso paradigmático. Sin embargo, es difícil creer que a alguien se le ocurriría proponer eliminar o limitar la fabricación de material fotográfico con el fin de evitar la proliferación de iconografía en torno a la prostitución y pornografía infantil. La preocupación por la proliferación de cierto material ha dado lugar a la aparición de organizaciones y websites que denuncian y luchan contra páginas propagadoras de mensajes fanáticos, racistas, machistas, o de cualquier estirpe. Un caso es, por ejemplo, Hatewatch, que recoge y

denuncia direcciones de páginas con mensajes de este tipo y organiza chats, redes de apoyo a víctimas, etc. Es una dirección interesante... aunque al mismo tiempo representa un valioso catálogo a quien por compartir tales inclinaciones, esté interesado en visitar páginas de organizaciones, por ejemplo, antisemitas, y contactar con ellas.

Hace unas semanas ha tenido lugar un hecho *nuevo* en los EEUU. En el estado de California, un jurado californiano declaró culpable a un hombre de 20 años juzgado por haber enviado amenazas por correo electrónico a 59 estudiantes asiáticos de una universidad de la zona. Puede tratarse de la primera condena por un hecho delictivo *vehiculizado* a través de la red. Confiamos en que esta noticia no reavive los impulsos censores. Al fin y al cabo, no conocemos que nadie haya recomendado prohibir o limitar la venta de sellos para evitar la distribución de amenazas por correo.

(Nº 6, 1 marzo 1998)

Hatewatch: <http://www.splcenter.org/intel/hatewatch/hatewatch.jsp>

La Psicofarmacología Cosmética

Según un estudio que aparece en el *American Journal of Psychiatry* de Marzo (no lo hemos leído en su totalidad sino sólo los resúmenes que circulan por la Red), la Paroxetina reduce la hostilidad e irritabilidad en SUJETOS SANOS y fomenta la conducta colaboradora de los mismos. Este es el primer trabajo controlado que demuestra que una droga puede cambiar la personalidad de sujetos que no padecen una enfermedad mental y es un peldaño más que conduce a lo que se ha dado en llamar *Psicofarmacología Cosmética* y que es una cosa de la que ya se hablaba en el famoso libro "*Escuchando al Prozac*". El caso es que vamos hacia un futuro en el que se va a poder moldear la estructura psíquica de la misma forma que ahora se moldea la estructura corporal por medio de la cirugía estética, por ejemplo. Lo mismo que ahora me puedo reducir la nariz o agrandar las mamas en el futuro podré

elegir aumentar un 30% mi impulsividad, mi simpatía o mi paciencia. A nivel corporal ya se ha comentado que ser feo en el siglo XXI tendrá el mismo significado que ir sucio o mal vestido en la actualidad porque con una operación se puede arreglar y el que no se opere será un abandonado. A nivel psíquico pasará lo mismo. Otras drogas que tienen un mercado potencial enorme son las que consigan mejorar el rendimiento cognitivo o intelectual. Nos referimos a medicamentos del tipo Tacrina o Donepezil. Seguro que no faltarán ejecutivos, estudiantes, etc. deseosos de mejorar su performance a cualquier precio. En cuanto al cambio de carácter se me ocurre que no estaría mal poder elegir una personalidad diferente cada mañana lo mismo que ahora escogemos un traje antes de salir de casa: *“Hoy voy a ir de obsesivo y minucioso que tengo una reunión muy importante y no quiero que se me escape nada”... “Hoy voy a ir de alegre y psicopatón, que al salir del trabajo me voy al fútbol”... “Hoy voy a escoger una personalidad simpática y seductora que quiero ligar con la becaria del Colegio”...Seguro que la vida sería más divertida.*

(Nº 7, 15 marzo 1998)

Knutson B, Wolkowitz OM, Cole SW, et al. Selective Alteration of Personality and Social Behavior by Serotonergic Intervention. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 373-379.

Saltamos el Charco, el Esperanto y el Zoo Humano

Desde el pasado número unos 60 nuevos suscriptores del otro lado del charco (Méjico, Venezuela, Argentina, Colombia, Uruguay...) reciben el *THMnews*; y esto nos hace pensar lo difícil que es encontrar y/o difundir información en castellano a través de la red. Ya hemos hablado en números anteriores acerca de las dificultades del idioma en esto de Internet. Pero además del aspecto de “barrera” idiomática también se acaba convirtiendo en una barrera cultural. Así que espero que el compartir información pueda acercarnos a nuestros colegas de las Américas (de las de Sur). Y en relación con esto, el Esperanto no pare-

ce estar muy de moda en estos tiempos, aunque se me ocurre que la propia existencia de Internet debiera haberle dado un enorme impulso: ¿Qué mejor que un idioma global para una aldea global?...Pero de momento parece que la capital de la aldea está en los USA y el idioma popular es el inglés. De todas maneras ahí va la dirección URL de la *página de los Esperantistas* en nuestro país: www.esperanto-es.org. Y siguiendo con cosas en torno a nuestro idioma común aquí está *La Página del Idioma Español*: <http://www.elcastellano.org/index.html>. Fue creada en abril de 1996 con el propósito de contribuir a la preservación, unidad y pureza de nuestra lengua. Busca sumarse así a otras iniciativas dirigidas a abrir en Internet nuevos y más amplios espacios a la comunidad de 400 millones de hispanohablantes. Es editada por Ricardo Soca, periodista uruguayo que está radicado en Río de Janeiro, donde trabaja como corresponsal de *El País*

Y como muestra de webs trasatlánticos un botón: *Academia Colombiana de Ciencias Físicas, Exactas y Naturales*, con diversos recursos en castellano sobre neurociencias: <http://www.accefyn.org.co/>.

En el momento de escribir esto estoy leyendo el conocido libro de Desmond Morris "*El Zoo Humano*". El libro es del año 69, y en él se hace alusión a la forma en que los medios de comunicación de masas, tales como la TV, estaban encogiendo el mundo, y como esto levantaba expectativas de creación de una comunidad internacional. Para el bueno de Desmond (en el año 69) esto era un mito por el hecho de ser la TV un medio de comunicación unilateral. Y sigue: "*aún cuando en los próximos años se consiguieran nuevos, y por ahora, inimaginables progresos en las técnicas de comunicación de masas, continuarán viéndose dificultadas por las limitaciones biosociales de nuestra especie; no nos ballamos, como las termitas, equipados para convertirnos voluntariamente en miembros de una vasta comunidad. Somos, y probablemente continuaremos siendo, simples animales tribales*". Parece que Internet es el medio, inimaginable en aquellos años, capaz de hacer saltar en pedazos fronteras y culturas (¿o estoy exagerando??), o de cambiarlas. Al fin y al cabo esto de Internet también crea tribus (como los *Hackers*...)

La avalancha de información

Volver sobre esta cuestión parecerá reiterativo, pero en las últimas semanas ha habido algunas novedades que hacen que merezca la pena comentar nuevamente la información muy abundante y no siempre valiosa que nos ofrece la red. Un libro recientemente publicado en los EEUU (Millenson ML. *Demanding medical excellence: doctors and accountability in the information age*. Chicago: University of Chicago Press, 1997) ve la cuestión desde el lado *positivo*: Los errores médicos del pasado se debían, sin duda, a la falta de información sobre las novedades que se iban produciendo en el campo del diagnóstico y la terapéutica. Ahora, con los nuevos sistemas de información, el médico estará más informado, y la calidad de su asistencia será muy superior. Aunque su descripción tiene una serie de puntos débiles señalados en la crítica al libro por S Woolhandler en el *New England* es posible que su punto de vista sea compartido por no pocos usuarios y gestores de la sanidad. Es como si de pronto *todo* estuviera al alcance del clínico y le permitiera resolver sus dudas y mitigar su ignorancia. De esto a convertir la práctica asistencial en una ciencia exacta no hay mucho terreno. Uno no puede negar, desde luego, que Internet ha hecho que todo sea más accesible. Un hito importante es la aparición de *PubMed* (por el que la *National Library of Medicine* pone al acceso del internauta, de manera gratuita, su servicio *Medline*). Aunque con algunos matices, este servicio, indudablemente, representa un enorme avance... y permite realizar búsquedas bibliográficas desde el ordenador doméstico sin ningún coste. Pero esta accesibilidad tan cómoda tiene sus problemas. Internet no suele pedir una identificación del visitante de sus páginas. Y hay veces en que ese visitante puede ser no profesional. Por mucho que algunas páginas (como el caso de *Diario Médico*) resalten que sus contenidos no van dirigidos al público en general, no hay un sistema que permita filtrar quién los lee. Hay que apresurarse a aclarar que nuestra preocupación por este asunto no es de corte exclusivista (nuestras lecturas son sólo para nosotros) o defensorista (no

queremos que el usuario lea nuestros textos para que no nos exija o no nos denuncie si descubre que nuestra práctica no es correcta o *actual*). Obedece, por el contrario, a un doble razonamiento diferente. Por un lado, la difusión masiva de la información puede conducir a una *trivialización* contraproducente para sanitarios y usuarios. Y por otro lado, no debemos olvidar que las afirmaciones médicas, en parte por el eco que tienen en la sociedad y en parte por la soberbia con que suelen ser emitidas, se convierten, de la noche a la mañana, en verdades absolutas que condicionan los hábitos higiénico - sanitarios de la población. Las antiguas aseveraciones sobre el aceite de oliva o el pescado azul, o las iniciales hipótesis sobre la infección VIH son un buen ejemplo de dogmas de fe médicos que en el plazo de no demasiados años han quedado en entredicho, no sin antes haber condicionado las creencias o los hábitos higiénicos y sociales de la población. Pero incluso si nos quedamos en el análisis de la información de uso por los profesionales, cabe hacer algunas consideraciones sobre un exceso en fondo y forma. Son muchas las guidelines que pululan por la red; aunque en líneas generales son complementarias, cuando no coincidentes, existen entre ellas algunas diferencias menores que pueden ser enriquecedoras... o confusionantes. Es el caso de los varios artículos sobre tratamiento del trastorno bipolar o uso de timorreguladores que ha publicado en el último año *Medscape*. Y por otra parte, la repetición *ad infinitum* de hallazgos puntuales o de casos clínicos en los diferentes boletines puede hacer que se confíe en exceso en tratamientos novedosos e insuficientemente evaluados, o que se deseche apresuradamente una opción terapéutica eficaz y segura. En este contexto, no podemos por menos de saludar la aparición de "*Health Information on the Internet*", un boletín bimensual con vocación de servir de guía y de filtro en nuestros viajes por Internet. Es de esperar que ésta y otras iniciativas contribuyan a que en no nos ahogemos en el mar de la información y nos lleven a buen puerto sorteando tormentas, mareas y *corrientes* peligrosas.

(Nº 9, 15 abril 1998)

Diario Médico: <http://www.diariomedico.com/>

Health Information on the Internet: <http://www.rsmppress.co.uk/hii.htm>

Medscape: <http://www.medscape.com/>

PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=PubMed>

Imposturas Intelectuales o el Affaire Sokal

Algunos medios de prensa se han hecho eco en las últimas semanas de la polémica desatada por Alan Sokal (su foto y su e-mail en: <http://www.physics.nyu.edu/faculty/sokal.html>), un joven profesor de física estadounidense, al burlarse en una parodia escrita de la jerga de Lacan, Baudrillard, Deleuze, Derrida y otros filósofos post-modernos franceses. Todo empezó en 1995 cuando la revista norteamericana *Social Text* recibió y publicó encantada un artículo de Alan Sokal titulado “*Transgredir las fronteras: hacia una hermenéutica transformacional de la gravitación cuántica*” (el artículo lo podéis leer online en: http://www.physics.nyu.edu/faculty/sokal/transgress_v2/transgress_v2_singlefile.html), donde Sokal sostenía que la realidad física no existe y que el número Pi de Euclides y la Gravedad de Newton son simplemente percepciones históricas. Un mes después, Sokal confesó en otro trabajo en la revista *Lingua Franca*, “*Los experimentos de un físico con las investigaciones culturales*”, que el artículo era una parodia, un sinsentido lleno de estupideces pero presentado en el estilo profundo de los pensadores franceses postmodernos y con un montón de citas de Derrida, Kristeva y compañía. La que se armó fue gorda. Posteriormente Sokal, y el belga Jean Bricmont, han publicado un libro llamado precisamente “*Imposturas Intelectuales*” (Editions Odile Jacob, Paris) donde denuncian a los filósofos franceses por el uso de términos científicos sin tener ni idea de ellos y totalmente fuera de contexto, por decir tonterías envueltas en un lenguaje aparentemente profundo y por escribir textos incomprensibles que no quieren decir nada. A continuación transcribimos algunas muestras del tipo de “*pensamiento profundo*” que Sokal critica para que el lector juzgue por sí mismo: “*Es así que el órgano eréctil es igualable a la raíz cuadrada de menos 1 de la*

significación más alta producida” (Lacan). “La ecuación $E = Mc^2$ ¿es una ecuación sexuada? Puede que sí. Hagamos la hipótesis de que sí en la medida que privilegia la velocidad de la luz respecto a otras velocidades que necesitamos vitalmente” (Luce Irigaray). “Se ve bien que aquí no existe ninguna correspondencia bi-unívoca entre eslabones lineales significantes o de arque-escritura, según los autores y esta catálisis maquinica multidimensional, multirreferencial. La simetría de escala, la transversalidad, el carácter pático no discursivo de su expansión: todas estas dimensiones nos hacen salir de la lógica del tercero excluido y nos confortan en la renuncia al binarismo ontológico que hemos denunciado precedentemente” (Felix Guattari).

Tenéis una enorme cantidad de información sobre el “*Affaire Sokal*” en Internet en esta dirección: <http://www.math.tohoku.ac.jp/~kuroki/Sokal/>

Queremos agradecer a nuestro suscriptor Casimiro Cabrera-Abreu que hace tiempo nos llamara la atención sobre esta polémica y nos enviara cosas al respecto

(Nº 10, 1 mayo 1998)

Nota de los Eds: Con posterioridad a este editorial se editó en castellano la obra a la que se hacía referencia en él: Sokal, A, Bricmont J. *Imposturas intelectuales*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2002.

Levantar a los muertos

La inundación de noticias sobre *Viagra* me ha devuelto por alguna razón la atención sobre un editorial del *Lancet* que leí ya hace unos meses. El editorial, titulado ¿de qué nos moriremos en el año 2020? hacía referencia a un estudio (“*Global Burden of Disease Study*”) de unos tales Murray y López, cuya primera parte (de un total de cuatro) publicaba el mismo número, acerca de las principales causas de muerte en el mundo. La verdad es que a mi me sorprendió. No que la cardiopatía isquémica fuera la primera causa de muerte en el mundo, ni la enfermedad cerebrovascular la segunda pero sí ver como las enfermedades diarreicas son la cuar-

ta causa de muerte en el mundo, la tuberculosis la séptima, el sarampión la octava y los accidentes de tráfico la novena. Y aún más: los suicidios causan más muertes (más del doble) que el SIDA y que las guerras. Y la malaria aún mata a casi un millón de personas al año. Las previsiones también son sorprendentes: se espera que el suicidio escale hasta la décima causa de muerte en el año 2020 y los accidentes de tráfico al sexto puesto. El editorial se pregunta, con lógica, por qué se gasta mucho más dinero en la investigación del SIDA que en la prevención del suicidio y de algunas enfermedades infecciosas, y cuáles son los criterios que marcan las prioridades de intervención de la OMS. Lo cierto es que estos días parece que el paradigma de los avances de la Medicina es una pastilla, el *Viagra*, que consigue, con singular eficacia, solucionar en gran medida ese azote de la humanidad y reto de la Medicina que es la impotencia. Y la infelicidad con el *Prozac*. Y los niños traviesos con el *Ritalin*. Y la gordura con el *Redux* (muerto antes de triunfar). Y dentro de poco la calvicie con la *Propecia*. Y el mundo occidental vive como si nunca nos fuéramos a morir, en un mundo donde hay pastillas para ser felices, no quedarse calvos, tener potencia sexual hasta los 100 años, que los niños no molesten, y no engordar aunque uno se ponga morado a comida basura. Pero lo cierto es que, según el estudio que publica el *Lancet* al que aludía al principio antes de desbarrar, la gente se muere. Concretamente 50.5 millones de personas en 1990. Y en un mundo en que para la Medicina resulta más fácil “*levantar a los muertos*” que prevenir el sarampión. Y en el que casi 800.000 personas se suicidan todos los años.

(Nº 11, 15 mayo 1998)

Inhibidores de la colinesterasa

Estos fármacos están de moda, sin duda. Representan una esperanza para atenuar la progresión de la Enfermedad de Alzheimer y, para los médicos tratantes, una oportunidad para actuar de forma menos expectante en su tratamiento, lo cual, además de ser bueno,

hace que nuestra actitud frente a la enfermedad sea menos nihilista y nos sintamos más satisfechos. El elevado coste de los medicamentos ha hecho que desde las instancias públicas competentes se hayan establecido mecanismos de control de la prescripción, bien sea a través de una comisión valoradora (Catalunya) o restringiendo su uso exclusivamente a neurólogos (Euskadi). No son de extrañar las reservas de la Administración. El razonamiento farmacoeconómico del ahorro que suponen los meses - años de estancia en residencia que se evitan con estos productos no está demasiado claro en países como el nuestro, en los que el gasto farmacológico no sale del mismo *cajón* que el gasto en residencias. Es de imaginar que a las instancias sanitarias no les sirve de consuelo pensar en los millones que ahorran al compartimento *social*.

En las últimas semanas ha habido novedades en torno a estos fármacos. Para empezar, se han publicado en *Archives of Internal Medicine* los resultados de un estudio de eficacia y seguridad del donepezilo en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve a moderada. Es una noticia importante, teniendo en cuenta que una de las críticas al producto ha sido la escasez o cuasi-ausencia de estudios publicados antes de su comercialización, lo que condujo incluso a que el *Drug and Therapeutic Bulletin* británico se posicionara en contra del producto. El resumen del nuevo estudio es que a dosis de 5 y sobre todo 10 mg el producto fue superior al placebo en términos de las escalas *ADAS-Cog* y *CIBIC-Plus* (*CIBIC*: "Clinician's Interview-Based Impression of Change"; el *Plus* es porque se incluye información aportada por los cuidadores). Los efectos secundarios fueron más frecuentes a dosis de 10 mg (náusea, insomnio, diarrea), pero en todo caso resultaron comparables a los observados con placebo. Desde otro punto de vista, el Suplemento de Salud de *El Mundo* ha recogido recientemente una información que relaciona el llamado *Síndrome de la Guerra del Golfo* con la administración preventiva de piridostigmina a los soldados americanos que se disponían a invadir Irak. Lo que pretendía ser un antídoto frente a los gases tóxicos de Saddam se ha convertido

en el supuesto causante de los trastornos neurológicos y psiquiátricos sufridos posteriormente por los soldados. El comentario se nutre en parte de un artículo publicado en *Nature* el 28 de mayo por un grupo de investigadores que relacionan los síntomas del Trastorno Por Estrés Postraumático (TEPT) con algunos rasgos observados con la administración de inhibidores de la colinesterasa. Tras su estudio, en el que administran piridostigmina a ratones, los autores (Kaufer, Friedman, Seidman y Soreq) proponen que tanto el estrés agudo como la inhibición de la colinesterasa comparten una serie de mecanismos de excitación neuronal que podrían explicar esta semejanza clínica.

Queda por ver si los inhibidores utilizados en la clínica (tacrina, donepezilo y los que vengan) pueden ejercer la acción deletérea a largo plazo atribuida a la piridostigmina. Y también queda por ver si efectivamente el componente más *psicológico* del síndrome del Golfo es realmente de origen tóxico o se trata más bien de un TEPT propiamente dicho. Por último, en el número de *Neurology* de mayo se publica un estudio de Morris y colaboradores en torno a la eficacia de otro inhibidor de la colinesterasa, el metifronato. Además de su acción sobre los síntomas cognitivos, del estudio se deduce una mejoría sobre síntomas no cognitivos como los trastornos de conducta, algo que es saludado con cierto entusiasmo. Aunque el artículo no está disponible *online*, el abstract, accesible a través de *Pubmed*, aclara que entre los (muchos) instrumentos de valoración de la eficacia empleados figuraban algunos que medían factores no cognitivos. Con uno de estos instrumentos, el *NPI (Neuropsychiatric Inventory)*, de Cummings) ya se había demostrado en un estudio abierto la eficacia de la tacrina para controlar los trastornos conductuales en el Alzheimer (publicado en 1996 en el *J Geriatr Psychiatry Neurol*). Así que para ser más exactos habrá que decir que en un ensayo clínico con Metrifonato se han utilizado instrumentos sensibles al cambio de los trastornos conductuales y por eso se ha comprobado eficacia. Lo malo de tanta media verdad es que a la larga cada producto ten-

drá que demostrar su eficacia en los síntomas cognitivos, no cognitivos, en las actividades de la vida diaria, en la capacidad para recordar el episodio precedente de “*Médico de Familia*” y en la correcta entonación del Himno del *Athletic* a lo largo de la evolución de la enfermedad. Compadezcamos a los futuros investigadores, y a los futuros probandos y sus cuidadores. En la pelea por demostrar eficacias diferenciales nadie les va a salvar de pasar (o de que les pasen) 10 ó 12 escalas en los ensayos clínicos.

(Nº 12, 2 junio 1998)

Wise J. Alzheimer's disease drug not recommended. BMJ 1997; 315:1035-1038

La Demanda contra Microsoft y los sistemas operativos abiertos (Linux)

Que *Microsoft* e *Intel* (la llamada *Wintel*) se han comportado como un rodillo que ha aplastado todo lo que se les ha puesto por delante es algo que está fuera de toda duda. Es también evidente que *Microsoft* se ha aprovechado de su control del sistema operativo para imponer el resto de sus productos. Sin embargo, de todos los posibles temas que podía escoger el Gobierno USA para atacar a *Microsoft* ha ido a escoger precisamente un asunto en el que no tiene razón y pasamos a explicarnos. Tanto el navegador *Explorer* de *Microsoft* como el *Comunicator* de *Netscape* incluyen un programa de correo electrónico y un lector de noticias, pues bien... ¿Alguien se ha preocupado de que esto supone arruinar el negocio de programas dedicados en exclusiva al correo electrónico (como *Eudora*, por ejemplo) o de lectores de noticias (como *Free Agent*)? Seguimos: tanto *Explorer* como *Comunicator*, en sus últimas versiones, incluyen canales de “*push*” o “*Webcasting*”... ¿Alguien se ha preocupado de que esto supone una competencia desleal para programas como *Pointcast* o *Marimba*, que fueron los inventores del *push*? Otro ejemplo: la futura versión de *Comunicator* parece que va a incluir una utilidad de filtrado llamada *Netwatch*. ¿Esto no

es competir con programas como *Netnanny* o *Cyber Patrol*? Esta demanda tiene mucho de defensa de *Netscape*... y otras compañías más pequeñas que *Netscape* (las anteriormente citadas y otros navegadores como *Opera* o *Mosaic*) no han tenido la suerte de que el Gobierno USA saliera en su defensa (probablemente porque no han pasado por taquilla en Washington, como ha hecho *Netscape*, a untar a los partidos políticos). Si esa política de separar las cosas se aplica, que se aplique a todo el mundo (lo cual para el usuario sería bastante follón porque tendríamos que instalarnos 300 programas o *plug-ins* para hacer todo lo que hay que hacer en Internet). Con esta demanda van a ganar los partidos políticos estadounidenses (*Microsoft* ha aumentado espectacularmente el dinero que dedica a los mismos) pero no está claro que vayamos a ganar los usuarios y esto nos lleva al segundo punto de nuestro Editorial. La solución a esta situación de monopolio no es que caiga *Microsoft* y mañana domine el mercado *Sun* o *Netscape* o el que sea, sino apoyar la implantación de un sistema operativo abierto como *Linux* que no sea el monopolio de nadie. Estos sistemas abiertos son gratis y las mejoras que se van realizando pasan a ser de dominio público también. Es una tomadura de pelo que *Microsoft* pretenda vender *Windows 98* por 20.000 ptas y que no ofrezca la opción de actualizarse a los usuarios de *Windows 95* cuando en el fondo *Windows 98* es poco más que un parche de *Windows 95*. Otra ventaja adicional de un sistema como *Linux* es que consume muchos menos recursos que *Windows*, lo que nos permite trabajar correctamente con ordenadores absolutamente caducos para la plataforma *Wintel* (un 386 con 4 Mb de Ram es suficiente para correr *Linux* y todas sus aplicaciones). Cada vez se oye hablar más de *Linux* y parece que compañías como *Netscape* y *Corel* están apostando por él lo cual hace presagiarle un gran futuro. El tiempo dirá... De la demanda contra *Intel* hablaremos otro día.

(Nº 13, 15 de junio de 1998)

Linux, Catedrales, Bazares y el Sistema Sanitario Inglés

Esto es toda una asociación de ideas. En nuestro anterior editorial ya hablábamos de los sistemas abiertos como *Linux*, a cuento del tema de la libre competencia y el monopolio de *Microsoft*. La verdad es que el tema *Linux* es a mi juicio lo suficientemente sorprendente y extraordinario para merecer más atención. Aunque es un tema en general bastante conocido, aprovecho para contar algunas cosas e hilarlas con algunos desvaríos. ¿Qué es *Linux*? *Linux* es un sistema operativo basado en *Unix* con una serie de peculiaridades. La primera es que ha sido (y continúa siendo) un sistema desarrollado de forma totalmente abierta, siendo su código fuente accesible (y gratuito) para todo el mundo. Es considerado como una alternativa excelente y de bajo coste con un funcionamiento extraordinario. La segunda peculiaridad es que fue desarrollado inicialmente casi como un *hobby* por parte del señor Linus Torvald, un estudiante de la Universidad de Helsinki. Comenzó en 1991 y sigue actualmente en desarrollo bajo una licencia de uso público general, estando su código fuente disponible de forma gratuita y sin limitaciones para cualquiera. Dada su naturaleza y disponibilidad *Linux* ha alcanzado una enorme popularidad y un gran número de programadores han utilizado el código fuente de *Linux* y lo han adaptado a sus necesidades particulares. En 1997 estaban instalados entre 2 y 4 millones de clientes *Linux* y entre 200.000 y 400.000 servidores. Compañías como *Red Hat Software* y *Caldera* viven de distribuir, documentar y dar soporte a sistemas operativos basados en *Linux*. Menos conocido es que el software que hace correr la mayoría de los servidores Web (llamado *Apache*) también es un sistema desarrollado de forma abierta, con acceso gratuito a su código fuente. Lo cierto es que *Linux*, partiendo de una base inicial, ha mantenido un desarrollo de alto nivel y con un funcionamiento envidiable a partir de un desarrollo totalmente anárquico. Un montón de personal en todo el mundo trabaja con el código fuente y lo adapta, lo desarrolla, lo perfec-

ciona, sin ningún control central o dirección, haciendo públicos siempre los resultados de forma inmediata y gratuita (a través esencialmente de Internet). En contraposición, *Microsoft*, y otras compañías serias desarrollan su software mediante un sistema tradicional, en el que una serie de técnicos de la compañía, bajo una estricta dirección, trabajan para producir un producto (como *Windows*). A esta diferencia de modelos se les ha llamado el “*modelo Catedral*” (modelo que implica operarios contratados, unos planos estrictos, unos plazos de ejecución, una jerarquía y dirección) versus el “*modelo Bazar*”, en el que el personal trabaja a su aire, sin control ni dirección, en un desarrollo continuo que se autoalimenta y regula de forma automática, tal y como explica en un famoso e influyente artículo titulado “*The Cathedral and the Bazaar*”, escrito por Erik S Raymond, <http://www.catb.org/~esr/writings/cathedral-bazaar> ¿El resultado?. Por alguna razón sistemas como *Windows* tienden por arte de magia a consumir de forma progresiva cada vez más recursos. Cada vez hace falta más máquina para simplemente arrancar el ordenador. Hoy en día, para correr holgadamente *Windows 98* hace falta al menos un *Pentium 133* (mejor un *Pentium II*), con 32 megas de RAM (mejor 64) y un disco duro que ya parece pequeño si tiene menos de 4 gigas. *Linux* corre como una bala, y con un nivel de prestaciones similar (y mucha mayor fiabilidad) en un mezzquino 386 con 4 megas de RAM. *Windows* está lleno de errores que precisan de parches continuos y actualizaciones que tardan años en salir, mientras *Linux* está mucho más libre de errores y estos son subsanados sobre la marcha de forma eficaz y continuada.

¿Y qué tiene que ver esto con la Sanidad Británica? Bueno, la asociación de ideas llegó a mi cabeza a través de un artículo de *El País* en el que los ingleses parecen haberse dado cuenta que su sistema de organización sanitaria, basada en la competencia entre los servicios y hospitales en una especie de mercado interno ha conducido a un disparate en el que se han desperdiciado recursos, se ha fragmentado la asistencia, se han fomentado injusticias y desigualdades y se han disparado los costes administrativos desviando recursos de la asistencia. El Partido Laborista ha puesto por fin en marcha una reforma del sistema

dirigida a lo que denominan asistencia integrada que hace hincapié en la cooperación más que en la competencia y en la disminución de los costes de organización, burocracia y administración. De sabios es rectificar, y ahora que en algunos sitios nos estamos embarcando en modelos que recuerdan poderosamente a lo ya fracasado en otros lugares, debiéramos aplicarnos el cuento. Al final nuestro sistema operativo acaba requiriendo tantos recursos para funcionar que se come cualquier máquina que le pongas delante. Menos mal que la memoria RAM está barata... Por cierto, entre los planes de la reforma sanitaria inglesa está poner en marcha un sistema de conexión dentro del Sistema Nacional de Salud por Internet; ¿podremos hacer entre todos un *Linux* sanitario basado, más que en la competencia, en la cooperación?

(Nº 14, 1 de julio de 1998)

¿Son los antidepresivos unos placebos activos?

En esta ocasión queremos comentar un interesante y provocador artículo que aparece en la revista *Prevention and Treatment*, cuya lectura recomendamos vivamente. Se trata de un metaanálisis realizado por Irving Kirsch y Guy Sapirstein de 19 estudios comparativos doble ciego entre antidepresivos y placebo (2.318 pacientes). Se concluye que los placebos inactivos produjeron una mejoría que fue el 75% de la mejoría producida por las drogas activas (ya sean éstas antidepresivos conocidos o sustancias que no lo son, como el adinazolam por ejemplo). Estos datos sugieren la posibilidad de que el 25% de efecto restante sea en realidad un efecto por placebo activo. Afinando más vienen a decir que un 25% de la mejoría se debe a la administración de un fármaco activo (el que sea), el 50% es un efecto placebo y el otro 25% se debe a factores inespecíficos. Dado lo polémico del artículo, el mismo se acompaña de cuatro comentarios (uno de ellos de Donald F. Klein), y de una respuesta final de los autores del artículo original a los diferentes comentarios. Aunque pueda parecer un tanto radical y haga que se mueva la tierra bajo nuestros pies, (y aceptando todas las pegas metodológicas que se quiera) a un servidor le

parece que algo de verdad hay en todo esto. Siempre me ha chocado, comentando con otros compañeros, la contradictoria opinión que tenemos sobre los diferentes antidepresivos y no deja de asombrarme que el antidepresivo que a unos nos parece eficaz a otros les parezca totalmente inservible. También me ha llamado poderosamente la atención que fármacos tan diferentes desde el punto de vista químico, farmacológico y farmacodinámico resulten igual de eficaces en todos los estudios comparativos entre ellos (tricíclicos, IMAOs, ISRS...). Así que miren por donde que acabo de encontrar la respuesta y es que, efectivamente, todos los antidepresivos tienen la misma eficacia, es decir: ninguna. Otra cosa es que, subjetivamente, en nuestra retina quede fijada a veces la buena respuesta que obtenemos en algún caso concreto con determinado antidepresivo y lo consideremos más eficaz olvidándonos de las muchas otras ocasiones en que no nos sirve de nada. Puede parecer que estoy llevando las cosas demasiado lejos pero es que este trabajo no es el único que apunta en la misma dirección. En el *British Journal of Psychiatry* (1998; 172; 227-231) aparece otro trabajo: "Meta-analysis of trials comparing antidepressants with active placebos", de Joanna Moncrieff (acompañado de un comentario de David Healy a continuación) que concluye poco más o menos lo mismo; así que cuando el río suena... En resumen, para tratar la depresión nada mejor que una pastillita (no necesariamente un antidepresivo) y algún piropo terapéutico sabiamente dosificado como proponemos en el *Txori-Herri Medical Journal*.

(N^o 15, 15 de julio de 1998)

Kirsch I, Sapirstein G. Listening to Prozac but Hearing Placebo: A Meta-Analysis of Antidepressant Medication. *Prevention & Treatment*, Volume 1, Article 0002a, posted June 26, 1998: <http://journals.apa.org/prevention/volume1/pre0010002a.html>

Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Meta-analysis of trials comparing antidepressants with active placebos. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 227-31; discussion 232-4.

Pindall SC. El piropo terapéutico en la depresión. *Txor Her Med J* 1998; 6: 8-14. <http://www.txorherri.com/elpiropo.htm>

Metáforas

En un número reciente de *HSMBeagle* hay un artículo en el que se plantean las dificultades que tienen los periodistas de tema médico para describir de manera suficientemente descriptiva, pero no peyorativa, las particularidades de la enfermedad mental. El propio artículo permite acceder a un interesante banco de metáforas relacionadas con la mente o el funcionamiento mental y que, lamentablemente, sólo está disponible en inglés. Subyace una idea interesante: ¿cómo expresar en palabras los mecanismos de la mente y de los trastornos mentales de una manera suficientemente clara y sin introducir concepciones peyorativas? Es evidente que la manera en que expresemos o conceptualicemos las ideas sobre la enfermedad influirá decisivamente en nuestra propia concepción sobre los trastornos mentales y en la idea que sobre la misma se extienda en la población. De ahí que tenga un especial interés el estudio de las imágenes o metáforas con que se expresa la enfermedad.

Y puestos a hablar de metáforas, en el último número de la *Revista Electrónica de Psiquiatría*, JA Talavera presenta, en un artículo titulado “*Internet y la Dialéctica entre Mente y Cerebro*”, además de una historia condensada de Internet, una interesante analogía final entre las facturas *Telefónicas* y el consumo energético y de materias primas por parte del cerebro. De esta manera, podríamos establecer un paralelismo entre los costes de la navegación y de la (*re*)creación mental que supone interés y el gasto de glucosa -por ejemplo- por parte del cerebro.

Pues podemos invertir los términos de la metáfora. En lugar de aplicar imágenes de la vida cotidiana al cerebro, la mente o sus trastornos, intentaremos aplicar conceptos de este campo a elementos más cotidianos, más reales, por mucho que sean virtuales. En efecto: ¿qué pasaría si de pronto el cerebro tuviera que invertir más del doble de energía en captar el triptófano necesario para elaborar nuestra entrañable serotonina? Porque esto, grosso modo, es lo que encierra el aumento de las tarifas *Telefónicas*. La subida

de las tarifas penaliza las llamadas superiores a los 10 minutos de duración (es decir, la inmensa mayoría de las conexiones a Internet), con un incremento de cerca del 200%, pasando de 139 a 349 pesetas/hora.

Como probablemente conozcas hay en marcha diversas iniciativas para intentar parar esta medida. Se ha establecido una plataforma de usuarios contra la medida y la Asociación de Usuarios de Internet ha iniciado una campaña de recogida de firmas para mostrar el rechazo de los internautas. Circula también un manifiesto que puedes encontrar en nuestras *Highlights* ("Timofónica"). La situación es grave y habrá que moverse para evitar que esta medida, que pone el triptófano por las nubes, puede ralentizar decisivamente el uso de Internet en España, sumiéndola en una lamentable y dolorosa bradifrenia o, aún más, en un aletargamiento incompatible con su desarrollo.

(Nº 16, 1 de agosto de 1998)

ATT-Meta Project Databank: Examples of Usage of Metaphors of Mind:

<http://www.cs.bham.ac.uk/~jab/ATT-Meta/Databank/>

Talavera J. Internet y la dialéctica entre mente y cerebro. *Monogr Psiquiatr* 1998; 10(2): 3-5.

http://www.Psiquiatría.com/Psiquiatría/vol2num2/art_7.htm

Timofónica: <http://www.txoriherri.com/timofonica.htm>

El Estigma y la Enfermedad Mental

Los que trabajamos habitualmente con pacientes con enfermedades mentales crónicas, especialmente con esquizofrenia, tarde o temprano topamos con algún aspecto del estigma social que conlleva cargar con tal enfermedad, tanto para los pacientes como para sus familias. A mí la historia me ha venido surgiendo en relación con programas psicoeducativos a familiares de pacientes con esquizofrenia, en los que se trata de ofertar conocimientos y apoyo a los familiares para afrontar la enfermedad; tales programas desdramatizan el diagnóstico y tratan, desde un punto de vista realista, de colocar a

la esquizofrenia en su justo lugar: como una enfermedad penosa, pero no un castigo divino, una vergüenza, una maldición, o algo de lo que las familias han de sentirse culpables. En este mismo contexto parece que empezamos a tratar a los pacientes (estoy hablando en este caso de pacientes graves, crónicos, hospitalizados) como personas enfermas pero adultas, respetables (merecedoras de respeto) pero no como idiotas, y empezamos a tratar también de que aprendan en la medida de lo posible acerca de aspectos de su enfermedad, su tratamiento, etc. En esta tesitura uno ve la conveniencia de extraer ejemplos que ayuden a las familias y a sus pacientes a mejorar su autoestima, a tener esperanza y a no sentirse inferiores. En otras enfermedades una estrategia es poner ejemplos de otras personas afectadas por la enfermedad y que han conseguido una vida exitosa, el respeto y la consideración de la sociedad, logros intelectuales, deportivos, etc. Pueden ponerse ejemplos de futbolistas asmáticos, de nadadores olímpicos diabéticos, de corredores ciclistas de élite que han superado un cáncer de testículo (como Lance Armstrong)... En el terreno de las enfermedades mentales muchas patologías pueden asociarse a la historia de personas geniales, o al menos con un lugar en la historia: poetas depresivos, jefes de estado paranoicos, premios Nobel obsesivos, actrices histéricas, gimnastas anoréxicas, novelistas alcohólicos, rockeros cocainómanos... Incluso la Psicosis Maniaco Depresiva se ha convertido en una enfermedad respetable; por un lado se ha sacudido tal nomenclatura, se ha liberado del adjetivo psicótico y se ha colocado en el más respetable y asumible grupo de los trastornos afectivos, adquiriendo un nuevo nombre con un sonido mucho más aséptico, tecnológico y desprovisto de connotaciones indeseables: Trastorno Bipolar. Con toda seguridad es más fácilmente asumible, y mejor encajable y compatible con la autoestima personal saber que uno padece un trastorno afectivo, aunque sea grave, que una psicosis crónica. De hecho el Trastorno Bipolar se ha asociado en cierta manera con la genialidad, y no es difícil encontrar listados de personas geniales que han padecido o padecen tal enfermedad. Un ejemplo es el libro "*Marcados con Fuego*", de la Psicóloga Kay R Jamison, ella misma una bipolar, en la que se analiza la relación entre esta enfermedad y el arte, con menciones a Byron, Tennyson, Melville, William y Henry James, Schuman, Coleridge, van Gogh, Hemingway... Desde luego,

seguro que ayuda saber que la enfermedad que uno padece es la misma que la que padeció un personaje como Lord Byron. Pero si uno trata de encontrar algo parecido en relación con la esquizofrenia la cosa es más difícil; o la esquizofrenia se asocia menos con el éxito y el genio, o el éxito y el genio tiende a reconocer menos públicamente padecer tal enfermedad. ¿Es posible ser psiquiatra en activo y reconocer públicamente que se padece una esquizofrenia, como lo hace Jamison con su T Bipolar? Si uno busca relaciones de personas famosas afectas de esquizofrenia, la lista es más corta, y el personal más peculiar. Puedes ver algunos en <http://www.schizophrenia.com/family/Famous.html>. Curiosas algunas de las páginas en la red dedicadas a Syd Barrett, uno de los fundadores de Pink Floyd, incluso con ficheros de sonido en formato MP3. En esta otra página puedes encontrar también un listado de personas famosas con enfermedades mentales graves: <http://www.nami.org/update/update3.htm#famou> Y no me resisto a dos palabras en relación con la con la subida de los precios de las tarifas *Telefónicas* locales. ¿Es una medida inteligente por parte de *Telefónica* granjearse el odio eterno de sus mejores clientes y que cuando haya libre competencia nos pasemos todos al enemigo, aunque sea más caro, sólo por vengarnos de que nos han exprimido cuando no podíamos defendernos? Yo tengo otra hipótesis más paranoica. Creo que el gobierno teme la expansión de Internet, que amenaza con competir en influencia con los medios tradicionales de comunicación (prensa, TV), que el gobierno sí puede controlar. Como no saben como meter mano al asunto, de momento hacen lo más sencillo: subir los precios esperando que esto frene la expansión y de mientras se les ocurra algo.

Y nos vamos de vacaciones hasta el día 1 de setiembre, así que en la medida de lo posible, no colapséis los buzones electrónicos de la *Txori-Herri Medical Association* y no esperéis respuesta hasta entonces. A pasarlo bien

(Nº 17, 14 de agosto de 1998)

Jamison KR. Una mente inquieta : testimonios sobre afectos y locura. Barcelona: Tusquets, 1996

Jamison KR. Marcados con fuego. La enfermedad maniaco-depresiva y el temperamento artístico. México DF: Fondo de Cultura Económica, 1998

Cherchez le microbe

A finales del siglo pasado se produjo, como bien sabemos, un gran desarrollo de la Medicina, y se generalizó una visión que podríamos llamar microbiologista de la enfermedad. Los trabajos de Koch y Pasteur contribuyeron a que la enfermedad se concibiera como la consecuencia de las malvadas acciones de microbios, más grandes o más pequeños, más localizables o más escurridizos, pero microbios al fin y al cabo. La localización de treponemas en el cerebro de pacientes con Parálisis General Progresiva fue un paso más en esta dirección, y si el lector tiene a mano la enciclopedia *ESPASA*, podrá comprobar, leyendo la entrada de la pelagra, cómo las teorías de la época se esforzaban por encontrar microbios candidatos al oprobioso papel de agente causante de la enfermedad con una dedicación y un esfuerzo tan sólo comparables a los de algunos primeros espadas de la prensa rosa a la hora de seleccionar una novia - princesa para el heredero de la corona. Así, al principio de este siglo, la atención sanitaria tenía mucho de campaña bélica.

Sobre estos aspectos ha escrito Susan Söntag en relación con el cáncer, pero por mucho que nos obstinemos en hablar de la lucha contra el cáncer, o por mucho que empleemos metáforas militares al hablar de esta enfermedad, es evidente que las infecciosas son el campo idóneo para establecer todo tipo de comparaciones belicistas. Un buen ejemplo de esto es el libro "*Microbe Hunters*", publicado en 1926 por Paul de Kruiff (editado en castellano por Biblioteca Científica Salvat con el título de "*Cazadores de Microbios*"). Por continuar con la metáfora, la aparición de los antibióticos como arma machaca-enemigos es curiosamente contemporánea del desarrollo de la bomba atómica, y la demostración posterior de los enormes riesgos de la utilización más o menos extensiva de estos fármacos tienen un cierto parentesco con el horror al que puede aún conducir al mundo la carrera armamentista. Luego los tiempos cambiaron. Se impusieron otras formas de ver el mundo y la enfermedad. Las teorías psicósomáticas más

influidas por el Psicoanálisis son el más claro ejemplo de ello, pero sin llegar a estos extremos es evidente que la creciente prevalencia de otros problemas sanitarios de causa en principio no infecciosa (cáncer, enfermedades cardiovasculares, degenerativas...) hizo que los microbios se volvieran un tanto *démodés* como posibles agentes patógenos.

Pero en los últimos años todo esto ha cambiado. El punto de inflexión tal vez sea la aparición en la escena del *Helicobacter pylori*, con la que una enfermedad psicosomática se hacía de pronto al menos parcialmente infecciosa. Y así, los microbios vuelven a invadir las teorías patogenéticas. Su ofensiva por tierra, mar y aire está diversificando los frentes. Nuevas tropas, nuevos *corps d'élite* se unen a los microbios de toda la vida y se hacen fuertes en territorios en los que anteriormente ni se imaginaba que pudieran llegar nunca a estar presentes. Han hollado zonas anteriormente inexpugnables y se han hecho presentes en nuestras teorías sobre las enfermedades de la mente. Los borrosos y putativos virus lentos van cobrando forma. A veces como material biológico más elemental y escurridizo (los priones) y otras veces como seres más complejos, como auténticos elefantes que anteriormente habían pasado desapercibidos a los microscopios y tinciones de la Ciencia. Destacaremos algunos casos. Los fenómenos obsesivos y obsesivoides parecen perdidos por las teorías psicodinámicas desde que han sido ocupados por los estreptococos, que han tendido una cabeza de puente desde la corea de Sydenham. Habla la Ciencia ahora de *PANDAS* o *Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections* (la traducción castellana como Trastornos Neuropsiquiátricos Pediátricos Asociados a Infecciones Estreptocócicas no da pie a un acrónimo tan logrado). En ciertos niños aparecen o se exacerban síntomas obsesivos en relación con infecciones por estreptococo beta hemolítico A. Como en el caso de otras enfermedades de base autoinmune relacionadas con los estreptococos (fiebre reumática, glomerulonefritis), se produciría una relación cruzada con proteínas cere-

brales. En el caso del Tourette, estas proteínas dañadas estarían localizadas en el putamen.

No queda ahí la cosa. Se han encontrado anticuerpos contra el bornavirus, un virus RNA inicialmente descubierto en equinos y del cual se sospechaba su infiltración en la depresión, en el suero de enfermos afectados de otros trastornos psiquiátricos. Esta ubicuidad puede hacer pensar que se trata de un epifenómeno, pero lo cierto es que hay en Alemania en marcha un ensayo clínico sobre la eficacia de la amantadina en la depresión, y hay quien recomienda su empleo generalizado a pesar de que recientemente se ha comunicado que no está demasiado claro que este fármaco haga algo más que cosquillas al borna.

Aunque los trastornos cognitivos han sido siempre una plaza fácil de conquistar para el enemigo microbiano, últimamente la invasión parece imparable. Un ejército tradicionalmente poco belicoso, como es el de la *Chlamydia Pneumoniae* parece no sólo estar detrás de las lesiones ateromatosas, sino que también (o tal vez, por ello) ha sido descubierto apostado en enfermos en áreas típicamente afectadas por la enfermedad de Alzheimer. La *Pfiesteria Piscicida*, otra bacteria menos conocida y a la que probablemente habían menospreciado los servicios de espionaje de la Ciencia, por dedicarse preferentemente a agredir a peces, se ha relacionado con la aparición de síntomas cognitivos en pescadores de las costas atlánticas de los USA. Los mecanismos por los que estos agentes dañan a nuestra mente son variados. Daño cerebral directo, mecanismos autoinmunes... y también la precipitación de la respuesta inflamatoria que parece encerrar la patogenia de la enfermedad de Alzheimer.

Las consecuencias clínicas y teóricas de esta cuestión son inmensas. Evidentemente si el enemigo microbiano se ha infiltrado en las teorías patogenéticas de los trastornos mentales, tendremos que revisar nuestra práctica. Surgen preguntas inquietantes. ¿Se replicarán en adultos los hallazgos que ligan los fenómenos obsesivos infantiles a infecciones estreptocócicas? ¿Terminaremos tratando el Trastorno Obsesivo Compulsivo con antibióticos? ¿Dejare-

mos de pensar en el papel de los antiinflamatorios en el Alzheimer para considerar el uso de antibióticos? ¿Caerán las acciones de los laboratorios que comercializan ISRS al tiempo que se eleva la cotización de los que fabrican antimicrobianos? ¿Qué contaremos a la población ahora? ¿Se terminarán de mosquear con los bandazos de una ciencia médica que recomienda hoy el pescado azul que antes demonizó o que habla de rehabilitar ahora al sodio después de haber prohibido durante décadas la sal a los hipertensos? Estos hallazgos pueden revolucionar la Ciencia, y pillan desprevenidos a todos los grandes cerebros que investigan y piensan sobre la enfermedad. Bueno; a todos no. El *Txori-Herri Medical Journal* publicó hace ya tiempo un seminal artículo demostrando el origen infeccioso del fanatismo y la intolerancia. Lo grave no es un conocimiento más ¿preciso? de la muy compleja realidad nos haga modificar teorías previas. Lo malo es la suficiencia, cuando no soberbia, con la que transmitimos a la sociedad como definitivos hallazgos que en muchos casos no pasan de provisionales. Y aunque esto haya pasado a lo largo de toda la historia del saber humano, mientras la Ciencia –o mejor, el científico– no cambie esta soberbia por humildad, estará sujeta a que se le dé la misma credibilidad que a los charlatanes, curanderos, médiums y demás familia que pueblan los programas divulgativos y de debate de la telebasura.

(Nº 18, 1 de setiembre de 1998)

- Andrakas WG. El fanatismo, la intolerancia y otras enfermedades transmitidas por Ideovirus. *Txor Herr Med J* 1995; 3 nº 1. <http://www.txoriherrri.com/ideoviru.htm>
- Kalayoglu MV, Byrne G. Induction of macrophage foam cell formation by *Chlamydia pneumoniae*; *J Infect Dis* 1998; 177: 725-729
- Svedo SE, Leonard HL, Garvey M et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: Clinical description of the first 50 cases. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 264-271

E. Fuller Torrey y el ingreso involuntario

E. Fuller Torrey es un psiquiatra e investigador con más de 15 libros y 200 trabajos científicos a sus espaldas, algunas de cuyas ideas, y la vehemencia con que las defiende, le han granjeado ser el centro de diversas polémicas (la última bastante reciente, como explicamos más abajo). Se trata de un hombre actualmente sesentón, que siempre quiso ser médico y que escogió precisamente la Psiquiatría debido a que su hermana fue diagnosticada de Esquizofrenia hace más de 30 años. Las hipótesis más o menos psicogénicas y familiares acerca del origen de la esquizofrenia siempre le han sacado de quicio, y ha dedicado sus esfuerzos a la búsqueda de las bases biológicas de la enfermedad y a una labor divulgativa para que la Esquizofrenia sea reconocida como una enfermedad cerebral exactamente igual que la Enfermedad de Parkinson o el Alzheimer. En los años 70 esta postura se enfrentaba radicalmente al psicoanálisis imperante en USA y a la ideología política de la época lo que le ocasionó serios problemas en el NIMH, donde trabajó durante años, llevándole a abandonar el sector público para dedicarse a la investigación independiente. Actualmente dirige la *Fundación Stanley* (subvencionada por los millonarios Vada y Ted Stanley, también afectados por la Esquizofrenia en su familia, que quedaron muy impresionados por su libro "*Surviving Schizophrenia*" (el libro de mayor éxito de Torrey a nivel popular- extractos de este libro pueden leerse en: <http://www.mentalhealth.com/book/p40-sc03.html>). Una de las labores que está realizando esta Fundación es la formación de un banco de cerebros, habiendo creado una red a nivel nacional para recoger cerebros de pacientes esquizofrénicos fallecidos por diversas causas (suicidio, accidentes, enfermedades cardiovasculares, etc.). Ya disponen de más de 200 cerebros que están a disposición gratuita de investigadores de todo el mundo. La *Fundación Stanley* trabaja mucho en la hipótesis vírica de la esquizofrenia y también ofrece becas a investigadores ajenos a la Fundación. Además de todo lo anterior, E. Fuller Torrey es uno de los fundadores de *NAMI (National Alliance for the Mentally Ill)*, organización en USA de familiares y enfermos psíquicos.

Algunas de sus opiniones más controvertidas (que pueden leerse en: <http://www.schizophrenia.com/ami/Torrey/Torrey.html>) son:

–Crítica a la desinstitucionalización de los enfermos psiquiátricos que ha dejado en la calle y sin tratamiento a miles de pacientes sin una alternativa válida.

–Propuesta de separación de la Salud Mental y la Enfermedad Mental. Según él habría que dedicar más recursos a enfermedades orgánicas del cerebro como la Esquizofrenia y menos a los problemas vitales y sociales (la ansiedad del que se queda en paro o se le muere un familiar, los llamados “*worried well*”...). Como ejemplo extremo señala que la *Reimbursement Parity for all Mental Disorders*, tal y como la recomendó el grupo de trabajo de Salud Mental del Presidente Clinton, incluye individuos que han sido abducidos por extraterrestres (incluidos en el apartado de Trastorno por Stres Postraumático, DSM-IV 309.81) y esto no le parece serio (a nosotros tampoco). Según él habría que despolitizar la Esquizofrenia y la PMD y tratarlas, al igual que otras enfermedades cerebrales -como el Parkinson o el Alzheimer- en base a presupuestos estrictamente científicos y médicos.

–Propuesta para cambiar las leyes que hacen referencia al ingreso y tratamiento involuntario facilitando los mismos, con un mayor uso de altas condicionadas, tratamiento ambulatorio obligatorio, tutelajes, etc. Torrey argumenta que los enfermos esquizofrénicos que carecen de insight son como los enfermos de Alzheimer cuando salen a la calle descalzos en una noche nevada. A nadie se le ocurre decirles que salgan, que son libres de hacer lo que quieran sino que se les retiene y se les da los cuidados que necesitan. Para él fue un error que los grupos que defienden las libertades civiles tomaran en los 60 a los enfermos mentales como bandera y hayan conseguido que el tratar o ingresar a alguien en contra de su voluntad sea tan difícil en USA.

Este es el punto, precisamente, que ha provocado un Editorial de *Mental Health Net* atacando las posiciones de Torrey. Al hilo de un suceso en que un enfermo esquizofrénico llamado Russell E. Weston, Jr. asaltó el edificio del Capitol y mató a dos policías, Torrey escribió un artículo en el *Boston Globe* quejándose de

nuevo de que los enfermos esquizofrénicos no reciban tratamiento. El Editorial de *Mental Health* lo tacha de oportunista, dice que estos casos son excepciones, etc., etc.

La situación en España no es comparable a la de USA, pero es muy frecuente en la práctica que los psiquiatras nos veamos presionados por las familias para indicar el ingreso y tengamos que elegir entre los derechos del paciente y los derechos de sus familias. Por otra parte, dejando al margen el tema de la peligrosidad, y centrándonos exclusivamente en la dignidad humana de toda persona, no parece muy ético dejar a una persona sin ayuda cuando sus capacidades mentales están afectadas por una enfermedad como la Esquizofrenia. Mirando las cosas desde este punto de vista parece que Torrey tiene muchos argumentos a su favor. Por otro lado, la postura de la sociedad ante estos temas es en gran medida ambivalente, generalmente más permisiva cuanto más lejos se esté del problema.

Se puede ver un resumen de los trabajos de investigación del Dr. Torrey en <http://www.schizophrenia.com/ami/Torrey/torRESrch.html> (entre otras cosas llama la atención un trabajo sobre la posibilidad de que la esquizofrenia fuera una zoonosis vírica transmitida por gatos, publicado en el *Schizophrenia Bulletin*). Breves biografía de Torrey en: <http://www.nami.org/pressroom/biotorrey.htm> (foto incluida)

(Nº 19, 15 de setiembre de 1998)

mp3 y otras cosas golfas

Ya hemos hablado antes de los ficheros *mp3*. Para los que no están muy duchos en el tema, explico que el *mp3* es un sistema de compresión multimedia que permite reducir en una décima parte el tamaño que ocupan ficheros de audio o vídeo, sin perder calidad de reproducción. Es decir, se puede meter una canción de tres minutos (que ocuparía unos 30 megas en un CD o en nuestro disco duro en formato *wave*) en aproximadamente tres megas. Para ello no hace falta gran cosa; los programas de compresión y reproduc-

ción pueden obtenerse de forma gratuita en muchos lugares de la red. El reproductor más popular es el *winamp*, pero la repercusión del fenómeno es tal que el nuevo reproductor multimedia de *Microsoft* (el que incorpora el *Windows 98*) ya reproduce este tipo de ficheros. Bueno, y a qué tanto rollo. Pues a que este sistema ha creado una auténtica revolución pirata en la red, ya que permite lo que antes era virtualmente imposible dado el tamaño de los archivos de audio: transmitir y bajarse canciones de la red. Una canción de cuatro minutos viene a ocupar 4 megas, que puedes bajarte en media hora de conexión*. En principio cualquiera puede coger un disco, comprimir una canción y colocarla en Internet para que se la baje el que quiera. Y con este tema las casas discográficas están que trinan, viendo como el último álbum de sus artistas es inmediatamente comprimido e incluido en el tráfico de *mp3s* por la red sin que vean una pela. La caza de ficheros *mp3* ilegales se ha convertido en un deporte para los navegantes, tanto más divertido cuanto más perseguidos están. La Asociación Discográfica de los EEUU (*RIAA*) ha puesto un montón de personal a navegar por la red a la búsqueda e inactivación de *websites* con copias ilegales de canciones en formato *mp3*, lo que va produciendo un fenómeno curioso que comprobé el otro día. A petición de mi hija me remangué y me dispuse a bajar de la red la canción estrella de la película "*Titanic*" (la de Celine Dion); primero busqué en las direcciones de ficheros *mp3* que tengo en mis favoritos; ninguno funcionaba. Hice una búsqueda en *Alta-Vista* y empecé a tirar de páginas con referencias a *mp3*. La mayoría no funcionaban, supongo que debido al éxito represor de los agentes de las discográficas, y otras muchas viven alojadas en páginas pornográficas que "*esconden*" y dan refugio a estos ficheros que a cambio actúan de reclamo para la página en cuestión (una auténtica relación simbiótica). Lo cierto es que la red es como la vida misma; cuando algo se convierte en ilegal y perseguido comienza a alojarse en los lugares más marginales y cutres...Al final, por cierto, conseguí bajarme la canción después de dos horas de buscar y de ver tetas y culos indeseados y de otra media hora larga bajándomela. Más me hubiera valido comprar el disco, pero siempre le

queda a uno la emoción de lo “robado”....aunque al final el único que saque tajada sea como siempre *Telefónica*. Al final todos los golfos se juntan. Y hablando de cosas deshonestas y de piratas, ahí va un extracto de un estudio que la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) ha realizado de nuestra querida *Timofónica*: se cobran indebidamente el 8,5% de las llamadas fallidas que realizan los internautas, lo que supone unos ingresos de casi 2.462 millones de pesetas anuales. La OCU ha expresado su preocupación por estos fallos de *Telefónica* y ha puesto los datos en manos del ministerio de Fomento, la Comisión del Mercado de Telecomunicaciones (CMT) y los diferentes grupos Parlamentarios del Congreso para que exijan que se pongan en marcha controles metro-lógicos que protejan a los usuarios de estos abusos y garanticen que no se cobrarán llamadas que no han llegado a su destino. El aumento de quejas que ha registrado la OCU ha sido el detonante para la realización de este estudio. Cada llamada fallida pero cobrada asciende a 11,4 pesetas, una cifra que puede parecer pequeña, pero que supone unos ingresos de unos 2.462 millones de pesetas al año –según estimaciones de la OCU–.

Y ya puestos a cargar contra *Telefónica*, la OCU revela en una nota que la “*pretendida rebaja de las tarifas de Internet no aborda, ni soluciona el grave problema que el impacto de las nuevas tarifas va a tener (está teniendo) sobre los usuarios de Internet*”. El estudio de la OCU sobre estas llamadas fallidas se realizó durante más de tres semanas, en las que se efectuaron 6.225 intentos de llamadas. De ellos, 479 no se pudieron culminar debido a causas diversas (línea ocupada y necesidad de reiniciar el módem, entre otras). Las llamadas reales fueron, pues, 5.746, todas ellas cobradas por *Telefónica*; del total de esas llamadas, 5.262 quedaron registradas en el proveedor, mientras que las 484 restantes se perdieron por Infovía sin conectar con el proveedor, aunque *Telefónica* las cobró. Ah, y nos adherimos a la próxima huelga de conexión convocada para el día 3 de octubre.

(Nº 20, 1 de octubre de 1998)

Nota de los Eds: Esto es un buen ejemplo de la evolución de la velocidad de conexión de la red en los últimos años. Ahora, con una conexión ADSL normal, 4 megas tardan poco más de dos minutos.

Fobia Social

En las últimas semanas se ha recogido en los medios, con gran profusión, la noticia de la autorización en el Reino Unido de la paroxetina para el tratamiento de la fobia social. La prensa escrita, la radio, la televisión, nos han comunicado la noticia y han aprovechado para hablar del millón de españoles que padecen fobia social. La noticia ha sido recogida también en magazines profesionales, en los que, al igual que en la prensa *popular*, se alude a resultados favorables en estudios realizados en el Reino Unido con el fármaco (hay publicado al menos uno en *JAMA*, presentado por norteamericanos). La noticia resulta interesante, pero hace pensar. Y no precisamente porque en las noticias que se han divulgado, de origen británico, se haya acompañado la información del nombre comercial de una (la de origen británico) de las cuatro paroxetinas que se comercializan en España.

Por seguir con el contexto fóbico quisiera analizar la *exposición* de la población general a esta información. Una consideración obvia, es que tal vez esto responda a una estrategia comercial. La gente oye que lo que le pasa es una enfermedad y -más importante- oye que hay un tratamiento la mar de bueno, como han demostrado los ensayos clínicos correspondientes. Y lo lógico es que vaya a su médico a que le confirme el diagnóstico y le recete el producto en cuestión. Esto, en principio, debe acarrear una ventaja económica para los fabricantes. Sin embargo, y sin descartar que haya algo o mucho de esto, hay otros aspectos curiosos. Uno es el de la divulgación un tanto temeraria de la información sobre el trastorno. Es posible que de ese millón de españoles con fobia social no tenga siquiera la menor idea de que sería etiquetable con arreglo a las nosologías psiquiátricas. Sacarles bruscamente de ese plácido anonimato psiquiátrico puede causarles más pro-

blemas que beneficios. Por otra parte, no dudo que una buena parte de esos *fobosociales* (si se me permite el término) ha llegado por su cuenta a una solución de compromiso válida. Por ejemplo, yo conozco una persona con problemas de este tipo que ha conseguido solventarlos colocándole a un amiguete histriónico y deslenguado (yo mismo) las situaciones en que debe hablar en público. Esta es una buena solución, no muy creativa, pero útil, sin duda. Y cuántas personas no solventan esta dificultad con un sumial a tiempo...

Otro es el de las consecuencias asistenciales. Quién sabe si para estas fechas no se estará ya produciendo una avalancha de *fobosociales* que se presentará, cual tsunami, con retraso respecto al maremoto de la noticia, en los centros de salud mental exigiendo una ayuda que en algunos casos no creían necesitar previamente. Y las consecuencias económicas tampoco son pocas. Ahora que el decretazo ha retirado de la circulación medicamentos psiquiátricos baratos de gran uso en atención primaria (psiquiátrica o general), forzando indirectamente a la utilización de otros compuestos más caros como los ISRS, no creo que el horno esté para un millón de fobosociales pidiendo tratamiento farmacológico. Y eso, sin descartar que otras compañías que fabrican otros ISRS no contraataquen con sus propios ensayos clínicos demostrativos de la eficacia de su producto en la fobia social. No está de más que la gente -la población general, para que nos entendamos- esté al tanto de lo que se cuece en el compartimento de la *Ciencia* y de la *Medicina* en particular. Los usuarios tienen todo el derecho del mundo a estar informados. Así lo entienden, por ejemplo, las compañías que están presentando fármacos mejoradores del Alzheimer a las asociaciones de afectados. Más allá de las ventajas comerciales que les pueda reportar esta política, es apreciable una labor divulgadora en este terreno. Lo difícil es encontrar el punto adecuado y el límite a la divulgación (interesada o no). Una dificultad añadida la plantea, a mi entender, la dinámica de demostración en ensayo clínico, que tiene, también a mi entender, un algo de espurio. En los últimos años los ensayos clínicos cada vez están más orientados a ensanchar el *niche ecológico y comer-*

cial de los fármacos, probándolos cada vez en más indicaciones, o confirmando la experiencia clínica previa en trastornos para los que no estuvieron indicados en un principio (por ejemplo, un estudio reciente ha encontrado que el valproato mejora el trastorno borderline, objetivo para el cual ya había sido utilizado por muchos clínicos). Y de cada fármaco hay que demostrar una eficacia cada vez más *amplia*, como en el caso de los productos mejoradores del Alzheimer, en los que empieza a analizarse no sólo la mejoría en la esfera cognitiva, sino también en los trastornos conductuales. Y hay matices, como los estudios de la eficacia de los nuevos antipsicóticos sobre la sintomatología cognitiva de la esquizofrenia, que crean la incómoda sensación de que a veces la investigación farmacológica va por delante de la clínica. Dado que las clasificaciones psiquiátricas son cada vez más amplias y sobreinclusivas (a ver, que levante el dedo quien esté seguro de no estar incluido en algún capítulo del DSM-IV), puede que en el futuro encontremos cada vez con más noticias de este tipo. De aquí a que se asiente la farmacología cosmética que sugería un número previo de nuestro boletín hay poca distancia.

Pero de todo se aprende, sin duda. Desde hace años me ha asaltado una duda que me corroía el cerebro. En "*El Combate de los Jefes*" el genial Goscinnny nos presenta a un exitoso druida psiquiatra y a varios de sus pacientes. Uno de ellos es un bárbaro tímido, lo que le acarrea importantes dificultades, dado su trabajo como eso precisamente. Otro se cree un jabalí y un tercero tiene miedo a que el cielo se le desplome sobre la cabeza. El druida soluciona el problema de los tres. Al que se cree jabalí Amnésix le enseña a andar a dos patas, lo que hace que su problema se note menos, y el que teme que el cielo le caiga sobre la cabeza pierde todo temor cuando el druida le enseña a aprender a caminar sobre las manos, cabeza abajo. El bárbaro también se cura, pero el libro no nos cuenta cómo. Ahora ya lo sé: Amnésix le dio paroxetina.

(Nº 21, 15 de octubre de 1998)

Las complejidades de la informática

No es ningún secreto que el manejo de los ordenadores resulta excesivamente complicado para los ciudadanos de a pie y que la configuración y mantenimiento de los equipos resulta muchas veces frustrante y desilusionante para muchos usuarios. El cabreo del personal es notable y puede apreciarse por ejemplo en la revista *Business Week* <http://www.businessweek.com/1998/42/b3600052.htm> y en la excelente revista de Infonomía *Extra!-Net* (<http://www.infonomia.com/extranet/archivo.asp?idm=1&idrev=1&numMax=0>), que ha abierto un foro de debate sobre este asunto. La investigadora de IBM, Clare-Marie Karat ha propuesto un código de Derechos de los Usuarios de los que Alfons Cornellá, en *Extranet*, destaca: 1) El usuario siempre tiene razón. Si hay un problema en el uso de un sistema, el sistema es el problema, no el usuario 2) El usuario tiene el derecho de poder instalar fácilmente software y hardware; 3) El usuario tiene derecho a pedir del sistema que ha comprado justamente lo que le han prometido que haría; 4) El usuario tiene derecho a disponer de instrucciones fáciles de usar; 5) El usuario tiene derecho a controlar el sistema y ser capaz de conseguir que el sistema responda a cualquier solicitud de atención. 6) El usuario tiene derecho a que el sistema facilite información clara, comprensible y precisa acerca de las operaciones que está llevando a cabo y el grado de desarrollo de las mismas. 7) El usuario tiene derecho a ser claramente informado de todas las necesidades del sistema para utilizar correctamente el software o el hardware. 8) El usuario tiene derecho a conocer los límites de las capacidades del sistema. 9) El usuario tiene el derecho de comunicar con el proveedor de la tecnología para obtener de él las respuestas adecuadas; 10) Los productos, hardware y software tienen que ser fáciles e intuitivos de usar. La respuestas de los a esta propuesta ha sido muy entusiasta y podéis leer sus comentarios en <http://www.businessweek.com/1998/42/b3600053.htm>.

Nosotros sacamos este tema a colación porque estamos observando que muchos compañeros de profesión, que se meten en este tinglado de Internet atraídos por la propaganda que los medios de comunicación y entusiastas como nosotros hacemos de la misma, se están quedando estancados sin llegar a conseguir un manejo

mínimo de los dos programas más básicos y necesarios: El Navegador y el programa de Correo Electrónico. Muchos de ellos no saben cómo enviar un fichero adjunto con un mensaje o como crear una libreta de direcciones, por no decir bajarse e instalar un programa desde la Red. Y esto es una pena porque no van a poder sacar todo el partido que el medio ofrece (aunque a los que seguimos adelante nos viene muy bien porque al mosquearse con Internet, se dedican a otra cosa y se reduce así el tráfico en *Infovia...*). Y lo mismo pasa a nivel de la población general...se están difundiendo estadísticas diciendo que ya somos más de 2 millones de usuarios de Internet en España y no sé cuantos en todo el mundo... pero esto es bastante engañoso. Haberse apuntado a un servidor de Internet y conectarse una vez al mes no es utilizar Internet. Está claro que el manejo de los ordenadores tiene que simplificarse para aproximarse al de otros electrodomésticos y nuevas tecnologías como el reconocimiento de voz van a colaborar a facilitar esta tarea, pero a pesar de ello el manejo de los sistemas operativos y de ciertas aplicaciones va a necesitar un tiempo de aprendizaje y muchos disgustos por lo menos a medio plazo. Una lavadora sirve para lavar la ropa pero con un ordenador se pueden hacer múltiples cosas: editar un video de las vacaciones o retocar fotografías, preparar una charla para un congreso, grabar o componer música, charlar en directo con otras personas, jugar a matar alienígenas, etc., etc., etc. Cualquier programa (de retoque fotográfico, de tratamiento de texto o de presentaciones por ejemplo) hace tantas cosas y tiene tantas posibilidades que es inevitable dedicarle cierto tiempo para aprovechar las más esenciales. Esto nos tememos que no va a cambiar (la parte positiva es que lo que se aprende con un programa suele ser aplicable a otros diferentes). Lo que sí queremos afirmar con rotundidad es que Internet no es una moda. Internet ha venido para quedarse y cuanto antes nos incorporemos a este mundo de nuevas tecnologías de comunicación y de transmisión de la información mucho mejor. Las nuevas generaciones no van a tener este problema porque el uso de Internet será una asignatura más dentro de las carreras y a los nuevos profesionales se les enseñará a utilizar todo lo que Internet ofrece para su profesión. También los niños crecerán en con-

tacto con los ordenadores (o así debería ser por lo menos). El problema es para todos nosotros. ¿Y qué podemos hacer si, además, no disponemos apenas de tiempo para dedicarle a estas cuestiones? Pues la respuesta no es fácil y pasa por dedicarle un tiempo de aprendizaje. Hay que meter horas y cuando tengamos un problema que no sabemos solucionar, buscar la ayuda de ese amiguete o cuñado enteradillo que casi todos tenemos a mano. Pero como habrá quienes no tengan a ese amiguete o familiar disponible, desde aquí queremos poner nuestro granito de arena y echar una mano a todos aquellos que os encontréis en esta situación. Nosotros, humildemente, nos ofrecemos desde aquí para que el que tenga algún problema pueda consultarlo con nosotros. Queda claro que no somos expertos en informática pero sí somos unos usuarios con cierta experiencia y es muy probable que algunos de los problemas con los que os encontréis sean muy parecidos a situaciones que ya nos han ocurrido a nosotros (en última instancia no perdéis nada por intentarlo). También pensamos ir introduciendo algunas nociones básicas en la sección de Informática recordando maniobras elementales que tal vez algunos no conozcan. Pedimos desde aquí disculpas a nuestros suscriptores más avanzados por ello. Os recordamos que también existen manuales en línea sobre todo lo relacionado con Internet como: <http://www.pangea.org/pacoc/epitelio/>. El problema, posiblemente, seguirá siendo la falta de tiempo. Sobre algo relacionado con este mismo tema trata el Editorial de *PsychNews International* que podéis encontrar en nuestras *Highlights* donde al final se pregunta el editorialista si no habrá que crear una especialidad en Tecnología de la Información tanto en Psiquiatría como en Psicología. Como conclusión, si tienes un problema o consulta tecnológica, puedes escribir a cualquiera de las direcciones de correo electrónico que figuran al inicio de la página, con el encabezamiento: “*soy un novato y tengo un problema*”, o algo por el estilo. Y gratis.

(Nº 22, 1 de noviembre de 1998)

50 años de ensayos clínicos

Celebramos el 50 cumpleaños del Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado (ECA), sustento de la Medicina científica y de la mal llamada *Medicina Basada en la Evidencia* (y mejor llamada "*Medicina Basada en Pruebas*"). El primer ECA fue publicado en el *BMJ* del 30 de Octubre de 1948 (*Streptomycin Treatment of Pulmonary Tuberculosis: a Medical Research Council Investigation. BMJ 1948; ii: 769-782*) y demostraba la eficacia de la estreptomicina en el tratamiento de la TBC. Podéis leer la editorial del *BMJ* al respecto en:

<http://www.BMJ.com/cgi/content/full/317/7167/0>, y acceder a la reedición del artículo original en el *BMJ* del 30 de octubre del *BMJ* en: <http://www.BMJ.com/cgi/content/full/317/7167/1248>. Sin embargo no es oro todo lo que reluce: muchos ensayos son demasiado pequeños, demasiado cortos o de baja calidad, están mal presentados o sobre un tema o pregunta equivocada. Problemas metodológicos distorsionan los resultados; pocos ensayos incluyen mediciones adecuadas de calidad de vida; no se informa adecuadamente sobre los costes; los aspectos éticos frecuentemente se ignoran; no se consideran los puntos de vista de los pacientes; los políticos no tienen en cuenta las conclusiones alcanzadas en sus decisiones; se utilizan sus resultados para satisfacer intereses económicos... Para empezar, la propia tuberculosis ejemplifica hasta qué punto los hallazgos de la investigación no se traducen en cambios en la práctica clínica (y puedes leer sobre este tema en: *Tuberculosis: story of medical failure?* <http://www.BMJ.com/cgi/content/full/317/7167/1260>)

La aparición de los fármacos antipsicóticos coincidió con la aparición de los ECA. En estos 50 años se han publicado en torno a los 2000 ensayos clínicos sobre esquizofrenia, registrados por el grupo de Esquizofrenia de la *Colaboración Cochrane*. La mayoría de ellos se referían a ensayos sobre fármacos: 54 % eran de corta duración (menor de 6 semanas), pequeños (número promedio de pacientes en torno a los 65), y pobres (el 64 % con una puntuación de su calidad menor de 2 sobre 5); se ha sugerido que la baja calidad de los ensayos clínicos probablemente ha contribuido a sobreestimar los efectos de los tratamientos (*Two thousand schi-*

zophrenia trials, 1948-97---and still much room for improvement:
<http://www.BMJ.com/cgi/content/full/317/7167/0/c>).

No es la primera vez que hablamos de temas relacionados con la información médica. Lo cierto es que vivimos una época en la que el ejercicio de la Medicina se ha convertido en una profesión muy compleja, con la intervención de variables que van más allá del mero ejercicio de un conocimiento y entrenamiento clínico adecuado. Las decisiones clínicas, desde el nivel de política asistencial, pasando por la distribución y priorización de recursos hasta la atención a pie de cama deben basarse cada vez más en criterios objetivos y bases sólidas. Y no es fácil encontrar bases sólidas entre dos millones de artículos al año, en más de 20.000 revistas biomédicas. En *Medline* hay indexadas más de 9 millones de citas...Y la mayor parte de ello, morralla, basura, al menos en el sentido de su utilidad como información en la que basar nuestras decisiones. Las iniciativas para ordenar según calidad esta información, basadas en los niveles de evidencia, son sin duda útiles a la hora de elaborar guías y recomendaciones de utilidad en la clínica. Pero además del problema de la calidad y la cantidad está el de los sesgos. La investigación biomédica está sesgada desde su concepción: las decisiones sobre lo que se investiga, sobre lo que se publica, sobre dónde se publica, la interpretación de los resultados y la utilización de los mismos como fuente de información sobre la que basar decisiones de política sanitaria, son un proceso plagado de factores de distorsión. (*Unbiased, relevant and reliable assessments in health care. Editorial BMJ 1998; 317: 1167-1168*). Hoy en día ya no basta con estar informado; hemos pasado de clínicos desinformados a clínicos pseudoinformados, que basan (basamos) la práctica clínica en información anecdótica y sesgada, sin ejercer crítica alguna sobre las fuentes de información.

(Nº 23, 15 de noviembre de 1998)

Buenas y malas hierbas

Los números de octubre y noviembre de las revistas editadas por la AMA (el *JAMA* y la serie de *Archives*) han dedicado gran parte de su atención al papel de los productos *herbales* en el tratamiento de las enfermedades de todo tipo. No es de extrañar, dado el inmenso volumen de negocio que están empezando a representar en los EEUU, donde sus ventas a lo largo de este año pueden alcanzar los 4300 millones de dólares. Muchos tenemos experiencia con productos de este tipo, y seguramente habremos llegado a la conclusión de que algunos son más o menos efectivos, mientras que otros se quedan en más o menos placebo. Pero lo que llama la atención es el enfoque que dan las revistas a estos productos. Hay ensayos clínicos, como uno del *Archives of Neurology* en el que se da cuenta del efecto positivo, pequeño pero significativo, del *Ginkgo Biloba* (el Tanakene de toda la vida; lo que pasa es que ahora lo han descubierto los yankees) sobre la función cognitiva de pacientes con Alzheimer. Pero también hay una revisión en el *Archives of Family Medicine* sobre 12 de las hierbas más utilizadas, otra revisión, en *Archives of General Psychiatry*, sobre el papel de estos productos en Psiquiatría e, incluso, un artículo sobre interacciones potenciales entre *hierbas* y fármacos más propiamente dichos, publicada en los *Archives of Internal Medicine*. En definitiva, se habla de estos productos en los mismos términos y con los mismos esquemas que se habla de los fármacos *oficiales*, por lo que tal vez tendremos que concluir que la AMA con estas publicaciones les ha conferido *oficialidad*.

Las *hierbas*, pues, se llevan, están de moda, y ¿por qué no con la misma dignidad que las *boticas*? En nuestro caso, además, hay que tener presente la comercialización en España del *Hypericum*, o hierba de San Juan (*St John's Wort*), que viene saludada, además, por al menos dos libros sobre su papel en la depresión (aquí tendría que poner los títulos, pero no los recuerdo y no me funciona la página del Ministerio de Cultura; dadme hasta mañana lunes, a ver si los consigo). Mientras que hasta hace poco en España no pasaba de apa-

recer en las cuidadas páginas de *Integral*, el *hypericum* lleva años siendo un producto muy popular en Alemania, hasta el punto de que se sitúa en el séptimo puesto en el ranking de ventas, y es el antidepresivo más vendido. En ese país se expende sin receta y está aprobado para el tratamiento de la depresión, la ansiedad y el insomnio. Como en el caso del *Panfilón*, no está claro su mecanismo de acción, pero se sospecha que tiene un cierto poder IMAO. El *hypericum* es conocido desde antiguo; en el *cantar de los Cantares* Salomón se refiere a él como la “*rosa de Sbaron*”, y Paracelso habló de su uso en el nerviosismo, las úlceras cutáneas y el dolor abdominal. La planta se conoce como *Hierba de San Juan* porque florece en torno al 24 de junio, y la tradición asegura que el primer ejemplar creció de las gotas de la sangre derramada por la decapitación del Bautista (la tradición siempre está presta a establecer este tipo de relaciones, y si no, recuérdese cómo se aseguraba que la mandrágora crecía sobre el semen derramado por los ahorcados, y que nadie quiera ver una intención impía o irreverente en esta asociación, porque no la hay). Su salto a la fama o consideración es reciente; hasta hace pocos años sólo se le dedicaba atención en revistas alemanas, como *Pharmacopsychiatry*, pero en 1994 se le dedicó un suplemento nada menos que del *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, lo que representa una notable especialización, y en 1996 el *BMJ*, en un artículo no accesible *online*, revisó en un metaanálisis los estudios publicados hasta la fecha, concluyendo que el *hypericum* era más efectivo que el placebo en el tratamiento de la depresión leve a moderada.

Nuestra hierba es una de las estrellas de la red. Son cientos, miles quizás, las páginas que glosan sus virtudes. Merece la pena visitar algunas páginas que recogen resúmenes de trabajos científicos, reportajes periodísticos e incluso la posibilidad de comprar píldoras de 300 mg que te hacen llegar a tu domicilio. Sin embargo, ha habido también controversias sobre la efectividad real del producto. Habrá que ver en qué para la cosa. Con todo, es difícil

creer que los alemanes consuman cantidades tan industriales de un mero placebo.

Para terminar, me resisto a dejar pasar una interesantísima noticia publicada a primeros de mes: la compañía americana MSD ha hecho público que reembolsará el coste de la simvastatina (*Zocor*) a todos los pacientes que no consigan reducir su LDL-colesterol con este producto. El programa exige una serie de condiciones, pero si se cumplen y si el producto no *cumple*, la compañía está dispuesta a devolver el coste de hasta seis meses de tratamiento. Es como el *busque, compare*, etc, del detergente, ¿no? El último mes, pues, nos ha traído acontecimientos tan sorprendentes como la promoción de algunos productos de la categoría de remedios de herboristería a la más honorable de fármaco merecedor de artículos en revistas notables, o la aparición de una estrategia comercial *agresiva* en la promoción de los medicamentos. ¿Cómo está cambiando el mundo! ¿Será que se acerca el cambio de milenio?

(Nº 24, 30 de noviembre de 1998)

Wong AHC, Smith M, Boon HS. Herbal Remedies in Psychiatric Practice. Arch Gen Psychiatry. 1998; 55:1033-1044.

The hypericum and depression home page. <http://www.hypericum.com/>

La Muerte de un Fármaco

En las últimas semanas hemos asistido a la retirada del mercado de dos medicamentos relacionados con la NeuroPsiquiatría: el Sertindol (*Serdolect*), un antipsicótico, y el Tolcapone (*Tasmar*), un antiparkinsoniano. Al Tolcapone se le asocia con tres casos de hepatitis fulminantes en mujeres polimedicadas y mayores de 70 años y el Sertindol parece presentar un mayor riesgo de muerte súbita debido a la prolongación del QTc y consiguiente riesgo de arritmias. Por cierto que con la desaparición del Sertindol ya son dos los nuevos antipsicóticos retirados (El Remoxipride cuando estaba a punto de comercializarse) frente a dos fármacos comercializados (Risperidona y Olanzapina). En este asunto de la retira-

da de medicaciones hay cuestiones de fondo y cuestiones de forma. En cuanto al fondo nos parece que la decisión de retirar un medicamento no se basa siempre en datos “científicos” o “médicos” sino que tiene mucho que ver con “estados de opinión” o de “alarma” (histeria) que se generan de forma, a veces, un tanto oscuras (¿campañas orquestadas?). El caso ya un poco añejo del *Halcion* podría ser un buen ejemplo.

También es evidente que influyen factores políticos y administrativos. Por ejemplo, en el caso del Tolcapone, las autoridades Europeas (con excepciones, ya que parece que se puede seguir comprando en Andorra o Suiza, por ejemplo) se han inclinado por la retirada mientras que en USA se ha modificado el prospecto con nuevas advertencias y extremando las precauciones para su empleo. Si la evidencia que revisan las autoridades es la misma sorprende que las conclusiones sean diferentes. Otro hecho observable, y difícil de explicar con datos puramente “médicos”, es el protagonismo que toman algunos fármacos y lo desapercibidos que pasan otros medicamentos con riesgos potenciales similares. Citaremos a este respecto la monitorización que se hace de la Clozapina mientras que el empleo de un fármaco como la Carbamacepina no requiere un dispositivo proporcionalmente parecido. En cuanto a la forma, resulta bochornoso que los médicos seamos muchas veces los últimos en enterarnos de estas suspensiones.

En el caso del Sertindol, nosotros hemos recibido la información antes que los pacientes pero algunos compañeros neurólogos se enteraron por sus enfermos de que les estaban recetando un fármaco que había sido retirado del mercado, lo cual queda bastante feo. En Estados Unidos, *Medwatch*, que es el equivalente a nuestras Unidades de Farmacovigilancia, permite la posibilidad de apuntarse a una lista de correo electrónico para conocer las novedades o cambios en los prospectos de los medicamentos y tiene también un sistema de alerta para avisar inmediatamente por correo electrónico de los temas de gravedad.

(Nº 25; 17 de diciembre de 1998)

Medwatch: <http://www.fda.gov/medwatch/>.

Nota de los Eds: Recientemente se ha conocido que La Agencia Europea del Medicamento ha recomendado el levantamiento de la suspensión cautelar de la comercialización de Serdolect (sertindol), que puede ser comercializado según su ficha técnica. La compañía farmacéutica Lundbeck estima que el medicamento estará disponible en Europa para su prescripción en el segundo semestre de 2005.

<http://db.doyma.es/cgi-in/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=38989&mail=Si>

Fin de año con Humor

El humor es una manera tradicional de sacudirse amarguras, minimizar preocupaciones y sobre todo, de tomarse (tomarnos) menos en serio. El fin de año es un momento tradicional para que la Ciencia se frivolice, y cada vez son más quienes aprovechan estas fiestas para convertir sus habitualmente sesudas publicaciones en un montón de chorradas, a veces difíciles de distinguir de las chorradas serias. Dos buenos ejemplos son el número de Diciembre del *BMJ* (<http://www.BMJ.com/content/vol317/issue7174/>), con artículos que van desde un estudio comparativo sobre la eficacia de diferentes moscas en la pesca (<http://www.BMJ.com/cgi/content/abstract/317/7174/1678>), hasta un estudio sobre la influencia del consumo de golosinas en la longevidad (<http://www.BMJ.com/cgi/content/full/317/7174/1683>) o la utilidad del chicle en el tratamiento de la hemorragia extradural (<http://www.BMJ.com/cgi/content/full/317/7174/1687>) y el número de diciembre del *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* <http://www.cma.ca/cmaj/vol-159/issue-12/issue-12.htm>, en el que entre otros puedes leer un artículo muy salao con consejos para aparentar estar al día en lo último de la literatura médica.

(N^o 26, 1 de enero de 1999)

Libros y librerías

En alguna ocasión nos hemos referido al negocio editorial a través de Internet. Incluso hemos recogido (y recomendado) compañí-

as que venden libros *online*. Existen también librerías y editoriales españolas que compiten con dignidad en este terreno. Por ejemplo: *Librópolis*, *Díaz de Santos* (que si lo deseas te envía por e-mail un boletín de novedades en las áreas que te interesen) o *Editorial Gre-dos*, tienen unos catálogos muy surtidos y permiten revisar sus fondos o adquirir *online* sus libros. En breve, además, *Bertelsmann* y *Planeta* pondrán en marcha una librería *online* en la que se comercializarán los libros editados en castellano en todo el mundo.

Pero en las últimas semanas se ha producido una serie de noticias que no dejan de llamar la atención. *Amazon*, la popular librería virtual, distribuyó en el último mes y medio de 1998 el mismo número de libros que en todo el año. Sus acciones han protagonizado un espectacular incremento (de \$10 a \$118 en un año) y pronto empezará a enjugar las cuantiosas pérdidas que le ha supuesto vender libros por debajo de su precio de mercado. Todo este floreciente negocio editorial va dejando cadáveres en el camino. *Printers Inc*, una popular librería independiente de Palo Alto, con su café y un impresionante fondo editorial, va a cerrar porque no puede hacer competencia a las librerías *online*. Parece que la gente va allí a revisar sus estanterías y tomar nota de los precios de los libros interesantes... para encargarlos luego a *Amazon* o similares por un precio algo inferior. La muerte de una librería tradicional se complementa con la compra, por parte del otro gigante, *Barnes&Noble*, del principal distribuidor de libros del los EEUU, *Ingram Book Group*.

¿Se impondrán las librerías virtuales a las reales? Yo creo que sería una tragedia. Pasear por una buena librería es uno de los mayores placeres que puede disfrutar una persona. Y no digamos nada de una librería desordenada, en la que encontrar un título de interés es un triunfo que produce una satisfacción sólo comparable a la del pescador que tras una larga y paciente espera consigue una buena presa. Quien conozca las librerías *Fuentetaja* de Madrid (antes de que la limpiaran y ordenaran) o *Foyles* de Londres podrá hacerse idea de a qué me refiero. El librero tradicional, además, es como el tendero de toda la vida, mientras que la frial-

dad de la librería virtual tiene mucho que ver con lo impersonal de los hipermercados (y aún más en el futuro, con la implantación del sistema de autocobro que se está desarrollando). Mi tendero me puede dar su opinión sobre sus tomates porque los ha comido; la cajera del hipermercado sólo entiende de sus códigos de barras. El librero puede asesorarme y opinar sobre un determinado libro (e igual hasta le hago caso) e identificar el título que estoy buscando con un detalle vago e inexacto, pero no hay librero virtual que cuando le hablo de “*una novela de un autor que se llama algo así como Carapato, que es italiano, o griego, o así, y le han dado el Premio Planeta*” entienda que me refiero al Nobel portugués Saramago. A cambio, estas librerías virtuales permiten una localización más rápida de los libros... y a un coste inferior al del mercado. Pero la tragedia puede ser mayor aún. El libro virtual está empezando a suplantar al libro material, y tal vez dentro de unos años se imponga de manera definitiva. ¡Qué negro futuro nos espera! ¿Perderán nuestros hijos la placentera sensación que aporta hojear un libro? ¿Podrán siquiera intuir el goce que supone el olor “*a nuevo*” de algunos papeles? ¿Llegarán a experimentar la ambivalente sensación de gozar del tacto de un papel satinado en el que se refleja la luz haciendo incómoda la visión? ¿Quedarán en el olvido las portadas espectaculares y llamativas? ¡Que desastre! Ahora bien, no hay mal que por bien no venga. Existen lugares en la red -portentosos lugares- que permiten acceder a textos íntegros *online* de libros, de forma gratuita. Citamos dos: *Proyecto Gutenberg* y *The Great Books*. Ambos recogen libros no sujetos a copyright y en lengua inglesa, lo cual impone que en su mayoría se trate de obras relativamente antiguas. Son de obligado y gozoso recorrido. Y el hecho de que sean gratuitos, un exponente más del espíritu participativo, solidario y semiácrata de la red, los hace especialmente recomendables. Lástima que mi llanto por las librerías y libros “*de toda la vida*” se anule por la satisfacción de unas librerías y unos libros más baratos. Este maldito pragmatismo...

(Nº 27, 15 de enero de 1999)

Great Books: <http://www.anova.org/gb.html>

Proyecto Gutenberg: <http://www.promo.net/pg/>

La violencia de los enfermos mentales

La violencia de los enfermos mentales está recibiendo una creciente atención en los medios de comunicación. Raro es el día que no nos desayunamos con la noticia de un homicidio, a cual más dramático, en el que se encuentra implicado algún enfermo mental. Es imposible decir, sin datos rigurosos en la mano, si se ha incrementado el número de estos actos violentos o si lo que ocurre es que simplemente salen más en los “*media*” debido a la importancia cada vez mayor que se da a la sección de sucesos en detrimento de cosas más serias. El caso es que podemos decir sin temor a equivocarnos que se está generando “*alarma social*” y ya sabemos lo grave que es esto. En números anteriores del *THMnews* hemos hablado de los cambios en la política psiquiátrica del Reino Unido y ya informábamos que los asesinatos cometidos por pacientes han influido en buena medida en el giro que están pegando aunque parece que de forma injustificada. Según estadísticas presentadas por investigadores del *Instituto de Psiquiatría de Londres* (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7176/77>), que han revisado los homicidios cometidos en Inglaterra y Gales desde 1957 a 1995 no se demuestra que la criminalidad aumentara durante los años de la Psiquiatría Comunitaria sino todo lo contrario: un 35% de los homicidios en 1957 fueron cometidos por enfermos mentales mientras que desde el año 1984 esta cifra se ha mantenido siempre por debajo del 20% y en 1995 fue del 11,5%. Otro asunto debatido en Inglaterra es el del Trastorno Antisocial de la Personalidad, y a este respecto merece la pena echar un vistazo al informe de Falloon sobre el Hospital Especial de Ashworth (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7178/206>).

Siempre es delicado tratar este tema de la violencia por el riesgo de estigmatización que supone para los pacientes pero, tras muchos años en los que algunos autores decían que el enfermo mental no es más peligroso que el ciudadano medio, los estudios más recientes evidencian el mayor riesgo de actos violentos (homicidios) de determinados subgrupos diagnósticos (Esquizofrenia Paranoide, principal-

mente). Puede revisarse este tema en un *Schizophrenia Bulletin* relativamente reciente (vol 22 nº 1,1996) donde hay 3 artículos coincidentes sobre este asunto. Por ejemplo, en un estudio finlandés que revisa todos los asesinatos cometidos entre Enero de 1980 y Diciembre de 1991 (la policía finlandesa resuelve el 97% de los asesinatos cometidos en el país y se hace una entrevista psiquiátrica a todos los homicidas) los autores concluyen que el riesgo de cometer homicidio es 10 veces mayor en pacientes esquizofrénicos de ambos géneros. La esquizofrenia sin alcoholismo aumenta el riesgo en 7 veces en varones y la esquizofrenia con alcoholismo en 17. Las cifras para mujeres son 5 veces más sin alcoholismo y 18 veces más con alcoholismo.

Ante la situación de “*alarma social*” que refería al principio, la pregunta que deberíamos hacernos es: ¿ya hace nuestro sistema sanitario y nuestro sistema judicial todo lo posible para abordar la peligrosidad del enfermo mental? Si nosotros no nos hacemos esta y otras preguntas, es muy posible que otras instancias (periodistas, políticos...) se las hagan y también es muy probable que las contesten. No sería bueno que asistiéramos como convidados de piedra a este debate.

(Nº 28, 1 de febrero de 1999)

Eastman N. Who should take responsibility for antisocial personality disorder? *BMJ* 1999; 318: 206-207:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7178/206>

Woodman R. Community care does not increase homicide risk in UK. *BMJ* 1999; 318: 77: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7176/77>

Editoriales

Este es un editorial de editoriales, lo cual facilita la tarea cuando a uno no se le ocurre nada. El primero de ellos se puede encontrar en el *New England Journal of Medicine (NEJM)* del 4 de febrero del presente año y se titula *la Libertad y el Control de la Tuberculosis*. Viene a cuento de un artículo publicado en el mismo número de la revista por Gasner et al, en el que se describe cómo las actuaciones de tipo legal, incluyendo el internamiento involuntario, se han utilizado en Nueva York para asegurar el segui-

miento adecuado del tratamiento de pacientes con tuberculosis activa. Así que las enfermedades infecciosas, aquellas que la Medicina pensaba que tenía más controladas, son y serán un problema sanitario de primer orden, incluso en los países desarrollados y con buenos equipamientos sanitarios (y si no que se lo pregunten al *aspergillus*). El hecho de que una enfermedad como la TBC, para la que existe un tratamiento eficaz disponible siga dando tanto que hablar y preocupar a las autoridades sanitarias debiera bajarnos los humos del optimismo en cuanto a la capacidad de la Medicina para dotarnos de un mundo feliz y sin enfermedades. Esto me recuerda a un libro que leí hace un par de años y que os recomiendo, aunque no sé si está traducido al castellano. Ganador del premio “*Rhone Poulenc*” de literatura científica de 1996, “*El Progreso de las Plagas*” de Arno Karlen nos convence de que el mayor problema sanitario, y probablemente futuro, de la humanidad (incluyendo a los países desarrollados) son las enfermedades infecciosas. Y dejamos para otra vez las similitudes con los tratamientos involuntarios de pacientes con enfermedades mentales “*por su propio bien*”. El segundo editorial es del *British Medical Journal (BMJ)* del 23 de enero (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7178/209>) acerca de los Sistemas Nacionales de Salud, y las perspectivas de futuro en función de las políticas a aplicar. ¿Cómo organizar recursos y priorizar actuaciones? ¿Cómo conseguir que la gente (paciente-usuario) entienda que las prestaciones no pueden ser ilimitadas, que la atención sanitaria ha de racionalizarse, que el usuario-paciente no sólo tiene derechos sino también deberes? El editorial usa una frase, atribuida a una tal Ian Morrison (¡¡futurólogo escocés!!), que dice algo así como (las variaciones son mías), “*en África la muerte se ve como algo inminente, en Europa como inevitable y en California como opcional*”. Mientras la aspiración de los usuarios clientes sea esta última, y los sistemas sanitarios se empeñen en vender quimeras que permitan vivir a la gente con la ilusión de una Medicina omnipotente y sin límites en sus avances técnicos, será muy difícil mantener un sistema que sea a la vez sensato, humano y eficaz, y en el que también se mantengan criterios de solidaridad y de acceso equitativo a recursos. Otro editorial del *BMJ* es a la vez llamamiento (*call for papers*, que dicen

los ingleses) para que se le remitan artículos relacionados con el impacto de las nuevas tecnologías en la Medicina (disponible en <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7180/346>). En las palabras del editor, “*nuestro objetivo es estimular la reflexión sobre el impacto de la tecnología, para que seamos más capaces de asumir la responsabilidad de conformar sus efectos sobre la salud...*”. El tema no incluye únicamente aspectos como la microcirugía, la informática y comunicaciones, los trasplantes, la genética, etc., sino también aspectos éticos, como la influencia de Internet en las relaciones médico-paciente, los aspectos éticos de la utilización de alta y cara tecnología para mantener vivos a pacientes a toda costa, del incremento en las diferencias entre los más afortunados, que tienen y malgastan los recursos sanitarios, de aquellos que difícilmente tienen acceso a medios sanitarios de primera necesidad. En noviembre de 1999 el *BMJ*, en unión con otras revistas médicas, dedicará un número especial a este tema. Lo esperamos. Otro comentario editorial en el último número del *BMJ* (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7181/0>), sobre un artículo publicado en el mismo número (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7181/421>), en el que se refiere una asociación entre acontecimientos perinatales y esquizofrenia. Un estudio sueco de casos y controles, incluyendo 167 pacientes con esquizofrenia, 198 con psicosis afectivas, 292 con psicosis reactivas y cinco controles para cada grupo encontró que la esquizofrenia está asociada positivamente con multiparidad, hemorragias durante el embarazo y nacimiento en los últimos meses del invierno. Y uno más, fresquito (del 11 de febrero), también del *New England Journal of Medicine*, inspirada en el reciente despido del editor del *JAMA* por la publicación de un estudio acerca de las actitudes sexuales de los estudiantes americanos. El editorial se titula “*¿Deben las revistas médicas intentar influir en los debates políticos?*”. La respuesta es más o menos que sí, que si pueden y deben.

Otro deceso farmacológico: el Amineptino (*Survector* en nuestro país) ha suspendido su comercialización. El 21 de enero, el Comité Permanente de la Comisión Nacional de Farmacovigilancia recomendó tal suspensión, y esta se ha hecho efectiva el día 3 de febrero. El argumento para su suspensión resulta curioso: su capacidad para

inducir dependencia y abuso, de lo que se informa asimismo de la constancia de 5 casos en nuestro país referidos a tal comisión. Supongo que tal argumento es muy discutible. Y un cumpleaños: ayer día 15 de febrero, hace 134 años, nace E Kraepelin.

Excusas: por la recepción por duplicado del último boletín, con el consiguiente gasto de espacio, tiempo y módem, y por la recepción involuntario de un mensaje dirigido a Pili, que recibió todo el mundo menos Pili.

(Nº 29, 15 de febrero de 1999)

Campion EW. Liberty and the Control of Tuberculosis. *New Engl J Med* 1999; 340: 385-6

Gasner MR, Maw KL, Feldman GE, Fujiwara PI, Frieden TR. The Use of Legal Action in New York City to Ensure Treatment of Tuberculosis. *New Engl J Med* 1999; 340: 359-66

Kassirer JP. Should Medical Journals Try to Influence Political Debates? *New Engl J Med* 1999; 340: 466-7

Demografía

En esta quincena que empieza hoy va a nacer mi segundo hijo. Han sido nueve meses de amorosa espera, de sorprendentes contemplaciones ultrasónicas de su cuerpo cada vez más conformado y activo y de puntuales actos sanitario - burocráticos que precisamente por burocráticos han carecido de calor y encanto. Ahora Pablo está a punto de llegar a un mundo que no sabe si será capaz de alcanzar el nuevo milenio porque desconoce a ciencia cierta si sus avanzadas máquinas sabrán darse cuenta de que después del 31 de diciembre de 1999 comienza el año 2000, y no el 1900. Y nacerá en una zona privilegiada del planeta, en la que la esperanza y la calidad de vida son muy superiores a la que disfrutaban la mayoría de los seres humanos, y donde el hecho mismo de la procreación suele ser una conducta electiva que se puede ejercer con cierta responsabilidad. Desde un criterio microdemográfico Pablo va a ayudar a contener el envejecimiento de la población europea y en cierto modo, a producir la riqueza necesaria para que sus padres puedan alcanzar algún día una pensión de jubilación. En lo

macrodemográfico, va a ser otra boca a alimentar en un mundo cuyos recursos son cada vez más escasos y, sobre todo, están cada vez peor repartidos. La explosión demográfica es un hecho, pero un hecho desigual, mal repartido, como todo en este planeta en el que unos pasan demasiado frío y otros demasiado calor, en el que a unos les sobra sequedad mientras otros sufren inundaciones catastróficas. En Internet puede seguirse una exposición interactiva celebrada en el *Musée de l'Homme* de París a propósito de los seis *billones* (a la norteamericana, es decir, 6000 millones) de personas que poblamos el planeta. Es una demostración muy cuidada, más bien templada, sin excesivas estridencias alarmistas, que contrasta con el punto de vista de M King y C Elliott, que hace algo más de un año publicaron en el *BMJ* un polémico artículo sobre el particular. Presentado a la manera de un diálogo socrático entre los autores y una gentil dama marciana que está al tanto de todo lo que sucede en la Tierra gracias a que ve la tele y a su suscripción al *BMJ*, el artículo describe lo que denomina el “*Tabú Hardiniano*”, en referencia a Garrett Hardin, un ecologista californiano que ha denunciado desde hace 30 años la dificultad que tiene el género humano para entender y afrontar el máximo problema que se le presenta: la incontenible explosión demográfica.

La idea no es nueva, en absoluto -¿quién no ha oído hablar de Malthus?- e incluso ha dado pie a obras de Ciencia-Ficción (por ejemplo, “*October the first is too late*”, de Fred Hoyle, de la que desconozco si hay traducción al castellano). Lo que sí es original es la referencia a la dificultad (tabú) para darse cuenta de que el crecimiento demográfico es un problema. Los autores desarrollan la idea de que existen sociedades entrampadas demográficamente, en las que la capacidad de soporte del ecosistema es limitada, no hay posibilidad de emigraciones efectivas y se carece de una economía suficientemente productiva para permitir el comercio exterior. En opinión de King y Elliott, este entrampamiento explota en carnicerías como las que han tenido lugar en África en los últimos años, en las que el odio interracial ha sido el argumento para disparar la barbarie como respuesta a una situación límite desde el punto de vista demográfico. En un amplio y documentado sitio web proponen una serie de factores y agentes que hacen que per-

dure el tabú hardiniano, y entre ellos señalan al Departamento de Estado de los EEUU, que supuestamente no están en absoluto interesados en que los seres humanos cobremos conciencia de la realidad demográfica que nos espera.

Los argumentos que aportan los autores para incriminar a esta instancia deberían ser más elaborados, porque lamentablemente suenan un poco a demagógicos y/o a otro adjetivo más psiquiátrico, pero en resumen tienen algo que ver con la actitud de ese país de coartar y vetar toda iniciativa más o menos medioambiental que pueda ser poco conveniente para el estilo de vida USA o para sus principales empresas (algo muy de actualidad esta semana, en la que los EEUU y cinco acólitos se han llevado por delante un protocolo de seguridad sobre alimentos transgénicos). La única solución para contener la bomba demográfica, para King y Elliott, son las familias de un solo hijo, tanto en el Sur como en el Norte rico; en el primero, por necesidad, en el segundo, por solidaridad, ya que consumimos la gran mayoría de los recursos de la Humanidad y no podemos mirar para otro lado al tiempo que imponemos un control demográfico a nuestros vecinos *de abajo*.

Por lo visto, me he excedido de mi cupo procreatorio. Quién puede saber cuál es el punto de no retorno del crecimiento demográfico. Quién puede asegurar cuál es la manera de prevenir la catástrofe. De lo que no cabe duda es que para traer otra vida a este mundo hace falta una buena dosis de optimismo, no de insensatez (o de resistencia o temor a la realidad, como en los tabúes). Recibiremos a Pablo con alegría y la preocupación necesaria para que crezca todo lo feliz que pueda ser y para sus los ojos estén bien abiertos. Así podrá ver la realidad sin que le cieguen temores o prejuicios y podrá también descubrir las múltiples caras del sufrimiento humano. Y descubriéndolas podrá pensar en aliviarlas.

(Nº 30, 1 de marzo de 1999)

King M, Elliott C. To the point of farce: a martian view of the hardinian taboo—the silence that surrounds population control. *BMJ* 1997; 315:1441-1443

Demographic disenfranchisement: http://www.leeds.ac.uk/demographic_entrapment/

Los Alimentos Transgénicos

En las últimas semanas ha habido mucho revuelo fuera y dentro de la Red con todo lo referente al tema de los Alimentos Transgénicos, también llamados “*Frankenstein Foods*” por algunos y en el número anterior ya informábamos de la Conferencia que ha tenido lugar recientemente en Cartagena de Indias donde no se consiguió sacar adelante ningún protocolo de bioseguridad que regule el comercio de estos alimentos. En un bando parecen estar las compañías fabricantes y los organismos oficiales y en el otro ecologistas y consumidores. Por un lado, parece evidente que la modificación genética de ciertas plantas presenta muchas ventajas: se las puede hacer resistentes a insectos y plagas con lo que aumentamos la productividad y también se reduce el empleo de insecticidas con el consiguiente beneficio desde el punto de vista de conservación del medio ambiente. Por medio de manipulaciones genéticas se podría reducir la alergenicidad de muchas plantas (aunque también podrían surgir alergias imprevistas). Desde el punto de vista de los riesgos, los oponentes citan el ejemplo de la transmisión de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob al manipular la cadena alimentaria y los riesgos desconocidos a los que podemos enfrentarnos si, por ejemplo, los cultivos modificados genéticamente se mezclaran con los naturales. Lo que también ha molestado, alarmado y asustado es la salvaje utilización comercial y el control y monopolio que las compañías fabricantes (con *Monsanto* a la cabeza, la llamada *Microsoft* de la Biotecnología) quieren imponer a los agricultores. Resulta que tienes que comprar las semillas a *Monsanto* y ellos mismos te venden también los insecticidas que debes usar con sus plantas (*RoundUp Ready*, su herbicida estrella). Además te comprometes a destruir los excedentes para no utilizarlos en la cosecha del año siguiente. En USA, *Monsanto* ha conseguido multar, en 1998, gracias a la autorización que tiene para revisar los graneros, a casi 500 agricultores que no cumplían con sus normas. En la India hubo revueltas en algunas granjas que estaban funcionando con este sistema donde los campesinos quemaron hace 2 años los campos de prueba. Se habla incluso de que *Monsanto* ha desarrollado lo que llaman “*el gen*

Terminator” que hace que las plantas queden esterilizadas después de la primera cosecha y no puedan utilizarse para la próxima siembra. En fin... que todo esto suena demasiado al *Gran Hermano* y pone un poco los pelos de punta... Algunos datos más sobre *Monsanto*: se fundó en 1901 como empresa química familiar, hace 6 años compró “*Delta & Pine*”, empresa que tenía las escasas patentes transgénicas que existían entonces y en 1998 facturó más de un billón de dólares. Entre sus grandes éxitos se encuentran la primera patente transgénica, una hormona que permite a las vacas producir más leche, y el temible *agente naranja*, que el ejército de EE UU usó durante la guerra de Vietnam. El mismo *BMJ* ha dedicado un editorial al asunto que puedes leer en: <http://bmj.bmj-journals.com/cgi/content/full/318/7183/547>

(Nº 31, 15 de marzo de 1998)

***Melissa* es nombre de virus**

La verdad es que mi interés por los virus informáticos ha sido más bien como observador interesado que como paciente. Siempre, desde los tiempos en que tenía un *Commodore Amiga* que se pasaba el día infectado por virus más graciosos que peligrosos, me ha fascinado el paralelismo de estos bichos electrónicos con sus contrapartidas biológicas. Pero nunca me había infectado un virus vía Internet. Hasta hace poco menos de un mes, en que se me coló el que a muchos de vosotros, el famoso *happy.99*, y me hizo entrar en pánico. Afortunadamente, más allá del susto inicial, resulta también un virus bastante inofensivo que se contenta con reproducirse y extenderse por el mundo a través del ciberespacio (qué bonito, eh?). Si alguno de vosotros todavía no sabe como quitarle de encima, o tiene interés en el mismo, puede acceder a: <http://www.geocities.com/SiliconValley/Heights/3652/SKA.HTM>, o preguntármelo directamente. La verdad es que uno ya estaba curado de espanto y cansado de repetir a los colegas que un mensaje de correo electrónico, por sí mismo, no puede transmitir un virus. Harto de recibir cientos de avisos que me auguran todo tipo de calamidades si abro mensajes titulados “*join de crew*”, “*penpal gre-*

etings”, etc, ya me había hecho bastante escéptico. De hecho, estos pseudovirus no existen en la realidad, y su poder estriba precisamente en el correo electrónico baldío que generan, de avisos improcedentes, que recargan servidores y buzones y contribuyen a sobrecargar y enlentecer el tráfico en la red. Pero la estrella de los virus actuales es *Melissa*. Este nuevo virus, que parece haberse propagado por la red de forma exponencial, se esconde en un documento de texto en formato Word que aparece asociado al mensaje. Lo cierto es que Word permite generar pequeños programas, llamados macros, que facilitan automatizar ciertas tareas en dicho procesador de textos. Y por lo visto puede generarse un virus escondido en dichas macros; y este es el caso. *Melissa* no se conforma con propagarse a partir de tu correo electrónico, sino que además se dispara de cuando en cuando cuando ejecutas Word, con mensajes de la teleserie “*Los Simpsons*”. Información diversa en: El *CERT* (Centro de Emergencias Informáticas) está distribuyendo un boletín informativo disponible también en: <http://www.cert.org/advisories/CA-1999-04.html>.

Y esta noticia de última hora de la *CNN* que avisa de que *Melissa* está mutando y haciéndose resistente a los antivirus que se han desarrollado a toda prisa. <http://www.cnn.com/TECH/computing/9903/30/melissamutate.idg/index.html>. Toma ya.

(Nº 32, 1 de abril de 1999)

Consuelo de los pobres y niñas en soltería

Hace más de 20 años, en los estertores de la dictadura o en los albores de la transición democrática española, oí por primera vez “*La Televisión*”, una canción interpretada por la venezolana de origen riojano Soledad Bravo, que nos decía que el aparato en cuestión *entrega paz, amor, felicidad, deseos incontenibles de vivir en sociedad* (bis), o que *con generosa armonía, es consuelo de los pobres y niñas en soltería* (bis). La canción, en este tono jocoso, desglosaba las *virtudes* de lo que se denomina “*caja tonta*”. Caja tonta que desde los años en que yo escuchaba clandestinamente la

cinta ha degenerado hasta caer en las más profundas simas de la *telebasura*.

¿Por qué dar vueltas a estas alturas a algo tan conocido? Pues viene al caso porque en el *BMJ* del 10 de abril se recogen dos artículos que ponen en evidencia el poderoso influjo de la *caja tonta* sobre los hábitos y comportamientos de la población. En palabras de Soledad Bravo, *con la tele me dan ganas de comprar rifles y bombas, de asesinar a una anciana, de nadar en coca-cola* (bis). En un episodio de la serie británica "*Casualty*", un *boom* televisivo con audiencias por encima de los 10 millones, un personaje realizaba un intento de suicidio por ingesta masiva de paracetamol. Es un caso real como la vida misma. En el Reino Unido, la ingesta de este producto, que al menos hasta hace no mucho se podía comprar en los supermercados sin receta, ocupa el primer puesto en el *ránking* de mecanismos de intentos de autolisis. ¿Cuál fue el efecto de este episodio, en el que se presentaban junto con la de la sobreingesta otras historias típicas de sala de urgencias? Por una parte, aumentó el conocimiento de la hepatotoxicidad del paracetamol, y no así de otros datos médicos que aparecían en el episodio; por otra parte, en la semana inmediatamente posterior a la emisión del episodio, las sobreingestas medicamentosas aumentaron un 17%, con un incremento especial del uso de paracetamol. Asimismo, un 20% de los pacientes entrevistados aseguraron que el episodio en cuestión había influido en su decisión de hacer la sobreingesta, y un 17% afirmaba que el episodio había determinado la elección del fármaco. La conclusión es que la televisión, al menos en este caso, pudo tener un efecto facilitador de tentativas de suicidio, y la moraleja es que a la hora de divulgar conocimientos médicos en un medio tan emocional como una serie de máxima audiencia, hay que tener mucho cuidado.

En España no han habido estudios similares, *to our knowledge*, pero uno aún recuerda un lamentable suceso que tuvo lugar en Bilbao hace más de 10 años. Un hombre se precipitó al vacío, después de varias horas asomado en una cornisa. Las cámaras de la televisión autonómica fueron testigos del hecho. El salto al vacío se repitió hasta la saciedad... lo que tal vez pudo tener un efecto

facilitador de suicidios consumados, a juzgar por los numerosos casos que tuvieron lugar en la provincia en las siguientes semanas.

La televisión es gamberra y poco cuidadosa a la hora de manejar cuestiones médicas o psiquiátricas. Hace unos pocos meses, en la serie “*Todos los Hombres sois Iguales*” aparecía un personaje al que se describía como “*neurótico obsesivo – compulsivo*” (sic), y se asimilaba al personaje de Jack Nicholson en “*Mejor Imposible*”. Sus rasgos (más caracteriales que de eje I, habría que decir) servían para presentarlo como un sujeto puntilloso, pesado y con un toque desagradable. Y eso por no entrar en la cuestión de la segunda guerra (perdón: *acción militar*) televisada de la historia. El interés de los yugoslavos por servir sus imágenes, o el de la OTAN por hacer saltar por los aires la televisión yugoslava ponen de relieve el no por bien conocido espeluznante valor propagandístico de la *caja tonta* y suscita la duda de si los *buenos* de esta guerra (perdón: *acción militar*) no estarán también tomándonos el pelo con la televisión. Claro que nadie puede llamarse a engaño. La manipulación de (todos) los telediarios no es un hecho nuevo ni desconocido.

La televisión es mala, malvada y malévola. Maligna. Todos decimos saberlo, y a pesar de todo pasamos mucho tiempo, demasiado, aparcados frente al aparatito. Un adulto de 65 años habrá pasado 9 de su vida viendo la televisión... un tiempo que da para hacer muchas cosas interesantes. En el Reino Unido se ha propuesto una especie de plan-te de televisores apagados en la semana del 22 al 28 de abril. Es una iniciativa cívica que intenta que la gente se dé cuenta de que puede hacer cosas mucho más interesantes que ver la tele. En España se ha propuesto una jornada de *desconexión* generalizada el 10 de mayo, aunque en este caso, para protestar por la abusiva presencia de anuncios en las múltiples cadenas patrias. Aunque el móvil de la huelga de televidentes hispana es ciertamente menos excelso, a uno le entran ganas de adherirse y hacer proselitismo en favor de la idea. Y así lo hago. ¡¡¡TODOS A LA HUELGA!!!. Claro que si mis cálculos no fallan ese día es un lunes, y no quisiera perderme “*El día después*”, en especial si con un poco de suerte el Athletic no ha hecho el ridículo el día anterior en su enfrentamiento con el *Dépor* en Riazor. La carne es

débil. Hasta ahí ya me llega mi insight. Por eso tal vez merezca la pena terminar con los versos finales de la canción de Soledad Bravo sobre la televisión: “*Es estudio de sociólogos que la definen muy bien, pero llegado el momento se sientan a ver tevê (bis) y desgraciadamente, yo también*”

(Nº 33, 15 de abril de 1999)

Hawton K, Simkin S, Deeks JJ, et al. Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self poisoning: time series and questionnaire study. *BMJ* 1999; 318: 972-977

O'Connor S, Deeks JJ, Hawton K, et al. Effects of a drug overdose in a television drama on knowledge of specific dangers of self poisoning: population based surveys. *BMJ* 1999; 318: 978-979

Los Beautiful Brains en mp3.com. Letter from Belgrado

El fenómeno del *mp3* sigue generando noticias. Por un lado, las compañías discográficas se lo quieren cargar con la ayuda de algunos gigantes como *IBM* o *Microsoft* que han sacado formatos alternativos (*Microsoft* acaba de presentar el *Microsoft Audio 4.0*); por otro lado cada vez mayor número de artistas (y otras compañías, la última de ellas *Thomson*) están apoyando este formato. Habrás leído que los irlandeses *U2* van a distribuir una canción exclusivamente en Internet “*Ground Beneath her feet*”, que lleva el título de la última novela del escritor Salman Rushdie. También habrás leído que *Alanis Morrissette* y *Tori Amos* ha llegado a un acuerdo con *mp3.com* que es el sitio de referencia en todo lo relacionado con el *mp3* para poner allí algunas de sus canciones. Pero lo que la prensa internacional no ha dicho (probablemente por algún despiste) es que el famoso supergrupo “*The Beautiful Brains*”, los reyes de la psicobalada, ya disponen de un web dentro de *mp3.com* http://www.mp3.com/artists/14/beautiful_brains.html. En este web puedes escuchar todas las canciones del afamado “*Creo en Emil Kraepelin*”, descargar de forma gratuita “*Serotonina*” y “*Panfílón*” en formato *MP3* y comprar incluso el disco. Por cierto, hemos reci-

bido noticias de que los “*Beautiful Brains*” se encuentran desde hace varios meses en un estudio de las Bahamas grabando lo que será su segundo disco. Te mantendremos informado.

Y recibimos una curiosa **correspondencia desde Belgrado:**
Carta abierta de Milosevic.

Hemos recibido una carta del señor *Slovodan Milosevic* que el Dr. Pitiklin Pitiklinov nos ha traducido del serbocroata. La reproducimos a continuación en su integridad:

“Sres del Board: Se me está criticando actualmente en todo el mundo por lo que ocurre en la antigua Yugoslavia y conmigo a todo tipo de nacionalismos por las masacres a las que dan lugar. Tengo que confesar que yo también estoy meditando sobre todo ello y he sacado algunas conclusiones que espero publicar en forma de libro con el título de “*Nacionalismo Preventivo*”. Las principales tesis de este libro las resumo a continuación:

1.- La gente debe estarse quieta. Si uno nace en un sitio debe quedarse allí y no enredar en ninguna otra parte. La mayoría de los problemas surgen por las mezclas indiscriminadas de gente que hacen que luego sea imposible aplicar el nacionalismo sin recurrir a soluciones traumáticas. Si la gente no se mezclara no habría que deportarla después, asesinarla y cosas por el estilo para conseguir dividirlos según su etnia. Para conseguir esto bastarían medidas tan sencillas como:

–prohibir los viajes de estudios, de negocios y turísticos así como las competiciones deportivas,

–prohibir los concursos de belleza internacionales, la aviación comercial y los trenes que no sean de cercanías

–potenciar Internet (con el control que explico más abajo) para que nadie tenga que salir de casa para nada

Por no aplicar estos principios tan básicos es por lo que ciudadano@s de unos países conocen a ciudadano@s de otros países y ocurre lo peor que imaginarse pueda: tener hijos mestizos; hijos que serán apátridas (o bipátridas que a todos los efectos es lo mismo). Siempre he sido un defensor del monopatriotismo (y del

monoteísmo) como el estado más avanzado de la evolución humana. El polipatriotismo (al igual que el politeísmo) son prácticas paganas deleznable.

2.- Se instaurará un Registro de Patrones Genéticos Nacionales. Cada gobierno definirá cuáles son las características genéticas propias de su etnia y se encargará de que estén presentes en cada uno de sus ciudadanos. Además la identidad genética individual (en forma de número personal) se grabará en el culo (nalga) de los ciudadanos en forma de código de barras. En las fronteras se instalarán detectores fotoeléctricos que se activarán emitiendo un sonoro pitido si un individuo se sale de su zona, de la misma manera que saltan las alarmas cuando nos llevamos un objeto del supermercado sin pagar. Si no existiera una etnia ni patrón genético que reclamar, se inventa uno y se registra en la Oficina del Registro de Patrones Genéticos.

3.- Control de los medios de comunicación: libros, radio, TV e Internet para censurar todos los valores ajenos a la cultura “nacional”. Todas las películas, obras de teatro, música, etc., que difundan valores contrarios a los del país en cuestión serán prohibidos. ¡No vaya a ocurrir que se ame algo hecho por los de fuera!

4.- Formar un Panel de Expertos que estudie qué más cosas hay que prohibir. Como candidatas se me ocurren algunas: la evolución natural, las mutaciones, el movimiento, el escepticismo, el agnosticismo, el sexo, el rock and roll, los cómics... En fin, soy consciente de que este enfoque resulta muy novedoso y es necesario todavía profundizar más en sus implicaciones pero creo que estamos aplicando un nacionalismo secundario y terciario cuando debería hacerse un nacionalismo preventivo o de estadios iniciales... El Nacionalismo Preventivo es el futuro.

Atentamente, Slovodan Milosevic Bunker XJ2634 Belgrado.”

(Nº 34, 2 de mayo de 1999)

Nota de los Eds: Aunque la dirección <http://www.mp3.com/> sigue existiendo ya no es posible como antes tener alojadas canciones en la misma. Las canciones de los Beautiful Brains, desgraciadamente ya no están disponibles en esa dirección

Psiquiatras Intrépidos

La exitosa vuelta al mundo en globo sin escalas de nuestro colega Bertrand Piccard ha hecho, a mi juicio, más bien por nuestra imagen que ningún otro acontecimiento reciente que recuerde. Intrépido, valeroso, arriesgado, eficaz y resolutivo, no son adjetivos que normalmente se asocien de forma espontánea a los psiquiatras. Igual que los pacientes aguantan su estigma, lo mismo hacemos nosotros, probablemente de forma menos injusta que ellos. Y es que nos lo hemos ganado a pulso. Si pidiéramos al personal que asociara la palabra psiquiatra con algo, probablemente no le vendrían a la cabeza ideas cálidas y agradables. La Psiquiatría siempre se ha asociado con la parte de la Medicina más represora, acientífica (o más bien, pseudocientífica) y oscura, a lo que han contribuido asuntos como la masacre nazi, el uso político-represivo de la Psiquiatría rusa, el entusiasmo lobotomizador del señor Freeman, el descrédito social del electroshock (cuya validez terapéutica no hemos sabido transmitir a la opinión pública), el flaco favor que nos ha hecho el cine en general (desde *“Alguien voló sobre el nido del cuco”*, hasta el psiquiatra de *“Terminator”*), y más recientemente nuestro pluriempleo como genocidas balcánicos. Nuestro único premio Nobel, Von Jauregg, pasó a la historia por el innovador tratamiento de un trastorno no propiamente psiquiátrico, y del que, sacado de su contexto histórico y visto desde nuestra perspectiva actual, parece difícil sentirse orgulloso. En nuestro país (perdón, en el Estado Español) es posible que uno de los psiquiatras que más reconocimiento popular haya conseguido sea el embacaudor Jiménez del Oso* y sus gilipolleces paranormales... De todas maneras, y sin ayuda de nuestra cuota de colegas indeseables, nuestra propia actitud, muy dada al fanatismo ideológico, al pseudocientifismo y a las disputas teóricas ha terminado por hundir nuestro crédito. Aburridos, extravagantes, chalados, inútiles, mareadores profesionales de perdices, represores, ruines, torturadores, y otras lindezas parecen adjetivos más ajustados a nuestra imagen pública.

Un comentario en la revista *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* titulado “*Psychiatry: an impossible profession?*”, se dedicaba a examinar la desconcertante cuestión de si la Psiquiatría puede considerarse una profesión madura y respetable o no. Una revisión de la literatura con respecto a los criterios de nuestra profesión, la vulnerabilidad de la Psiquiatría al abuso, y los potenciales modelos para una práctica adecuada de la Psiquiatría concluye que la Psiquiatría perdió su crédito profesional con actuaciones como su uso para la represión de disidentes en la Unión Soviética (ver por ejemplo “*The Russian concept of schizophrenia: A review of the literature*. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24: 537-557”) o con su participación en los programas “eugénico-eutanásicos” de la alemania nazi. El autor propone un soporte para nuestra profesión basado en la ciencia, el arte y la ética: apreciar la necesidad de alcanzar un cuerpo coherente de conocimientos a través de un proceso genuinamente creativo, promover el arte de la Psiquiatría cultivando un “*ethos*” de cuidados y sensibilidad y funcionar dentro de un marco ético.

Así que mi enhorabuena y agradecimiento personal a Bertrand Piccard, psiquiatra intrépido, nieto de Auguste Piccard, el inventor del batiscafo, (que fue quien inspiró a Hergé para crear al Profesor Tornasol), por permitirme sentirme orgulloso de pasar con él a la historia y gritar a los cuatro vientos que los psiquiatras hemos sido los primeros en dar la vuelta al mundo en globo sin escalas. Y es que los psiquiatras somos gente intrépida.

(N^o 35, 15 de mayo de 1999)

Bloch S. Psychiatry: an impossible profession? *Aust N Z J Psychiatry* 1997; 31: 172-83.

Nota de los Eds: Jiménez del Oso falleció el 27 de marzo de 2005

Boticas

No he ido al congreso de la APA, y por lo tanto mi información sobre el particular no es directa. En su mayor parte se basa en lo que

uno podría llamar “*prensa médica*”, en forma de los múltiples boletines y páginas web sobre Psiquiatría que me ofrece Internet. Y lo que me sorprende es que si me baso en estas fuentes, en el Congreso de la APA, salvo alguna honrosa excepción, como la recogida líneas abajo, se ha hablado sobre todo de *boticas*. Boticas que curan bien, o mejor que otras, o más rápido, o más seguro, pero todas ellas muy eficaces, por lo que bien haría en ir tomando nota de sus virtudes. Vaya por delante que no hago ninguna objeción al respecto, ya que considero no sólo lícitas, sino muy necesarias, este tipo de informaciones; de hecho, en nuestro boletín recogemos con asiduidad flashes y noticias de este tipo, con reacciones variadas entre los profesionales del ramo psicofarmacológico, dicho sea de paso. Lo que me llama la atención es que todo este cúmulo de información se refiere a datos obtenidos de ensayos clínicos.

En el mundo civilizado el gasto farmacéutico es el segundo capítulo en importancia del presupuesto sanitario (detrás del gasto de personal, que es con diferencia el primero, como solemos olvidar con frecuencia los implicados), y los diversos mecanismos de contención puestos en marcha por los diferentes países han tenido desigual fortuna (para una revisión, ver el artículo de M^a E Gómez Martínez y colaboradores, “*Políticas de uso racional del medicamento en Europa*”, en la *Revista de Administración Sanitaria* de enero-marzo 99). Algunos intentos, como el último *medicamentazo* español han sido baldíos cuando no ridículos, por apoyarse en criterios más académico - farmacológicos que clínicos (como es el caso de la retirada del *Nobritol* o *Deanxit*, por ser combinaciones de fármacos, sin caer en la cuenta de que muchos prescriptores acabarán sustituyéndolos por opciones mucho más caras).

Los fármacos son cada vez más específicos, cada vez más seguros (aunque en algunas ocasiones suceda exactamente lo contrario), cada vez más combinables y, sobre todo, cada vez más caros. La necesidad de demostrarlo todo mediante ensayos clínicos tiene posiblemente algo que ver con el dispendio, porque encarece notablemente la investigación y desarrollo de las compañías farmacéuticas. No soslayaré el inmenso gasto que representa la deno-

minada “*promoción*” con sus inversiones en formación continuada, congresos, *pichigüilis*, saraos y turismo médico, pero honestamente no creo que sea la parte del león del asunto. Mi impresión es que la tajada se la llevan los ensayos y los esfuerzos por hacerlos públicos (en muchas ocasiones, en el marco de los apartados que he enumerado en promoción). Y hoy en día los ensayos no se contentan con demostrar la eficacia y seguridad del fármaco en una indicación terapéutica, sino en todas y cada una de las indicaciones posibles. Esto supone que una molécula puede estar siendo *ensayada* simultáneamente en varios multicéntricos cada uno de los cuales aspira a demostrar sus virtudes como –pongamos por caso– antidepressivo, antiobsesivo, antipánico, antifobiasocial, ansiolítico, al tiempo que, si llega al caso, se realiza un ensayo orientado a demostrar que nuestro producto es *de-efectos-sobre-la-ofensa-sexual-comparables-a-los-del-placebo*.

Todo el proceso es muy complejo, y muy caro. El ensayo clínico –y presumo que es de calidad y no sesgado o chapuceraamente diseñado– es un instrumento útil y necesario, pero arduo, y lleva tiempo. Para producir los vistosos diagramas de barras en colores que aparecen en las *literaturas* con notas al pie sobre significación estadística es preciso implicar, coordinar y *compensar* a muchas personas, y plegarse a una normativa legal (y posiblemente ética) bastante exigente. El laboratorio contará después con un plazo limitado para explotar y amortizar su *creación*, y por este motivo no es de extrañar que el coste de los fármacos sea creciente. Otro implicado en el asunto es quien aprueba los precios de los medicamentos, que es en último término el Estado, quien al menos en nuestro país es al mismo tiempo y con diferencia el principal cliente de la empresa farmacéutica. No es ilógico, por lo tanto, que haya *atornillado* los beneficios de los farmacéuticos o de los laboratorios, pero al menos en España tal vez pudiera hacer algo más. Lo planteo desde el punto de vista del prescriptor, con sus hábitos (a veces tics) al respecto, y que –véase el artículo citado– es en muchos países un objetivo esencial de los planes para la contención del gasto. En nuestro cotidiano quehacer es lógico

que nos encontremos en ocasiones en el dilema entre recetar un producto *barato* con un perfil de efectos secundarios desfavorable (pongamos por caso un neuroléptico de los de toda la vida) o un producto más inocuo pero muchísimo más caro, al menos en cuanto a costes directos. Lo que no tiene mucho sentido es que a la hora de prescribir un fármaco *con receta del seguro* podamos optar entre doce medicamentos, entre los que llevan marca y los genéricos. No deja de ser chocante que la institución pública espere un autocontrol del prescriptor al tiempo que mantiene abierta la opción de prescribir las diversas presentaciones equipotentes del medicamento... aunque la diferencia de precio entre ellas sea acusada. En una situación de monopolio de pago de hecho, ¿qué sentido tiene que el prescriptor pueda decidir cuál de entre doce productos es el que hará tomar al paciente y hará pagar al Estado? ¿No sería más ventajoso desde el punto de vista económico que la institución sanitaria *subastara* cada año las recetas en todo el país (o comunidad autónoma) de un determinado producto entre sus diferentes fabricantes o distribuidores? Y por último queda el usuario, quien a veces no se entera de qué va la feria, ya que el límite de pago relativamente bajo que tienen los medicamentos *con punto negro* le mantiene alejado del problema.

Y todo esto en una cultura *de la pastilla*, en la que el ciudadano no sólo se toma sus aspirinas y sus fármacos para su hipertensión, su asma, su úlcera o su diabetes, sino que combate con *pastillas* problemas que en la mayor parte de los usuarios son más cercanos a lo cosmético (calvicie), o se corresponden más con la idea de calidad de vida que con la de salud (la impotencia) o que podrían combatirse con remedios higiénico - dietéticos que entrañaran menos gasto y una mayor responsabilización del usuario (la obesidad). Este usuario *pastillero* recibe de cuando en cuando el *susto*, propagado muchas veces con intereses políticos y un estilo francamente demagógico, de que el *gobierno* (el que tenga la patata caliente en ese momento) le va a quitar las *medicinas*. ¿No sería mejor que contáramos a este usuario *lo que hay*? Decirle que aunque nos hemos acostumbrado al uso de *pastillas*, y él mismo espe-

ra que se las recetemos, las *pastillas* tienen un coste directo, e indirecto, y además (esto es Medicina creativa) han dado a patologías iatrógenas que a su vez requerirán nuevas *pastillas*. Que sepa que si queremos *pastillas* razonablemente efectivas y seguras tendremos que hacer muchos ensayos; los fármacos tardarán en llegar al mercado y las compañías tendrán que amortizar inversiones cada vez más altas. Y eso sin contar que no es raro que efectos secundarios severos no lleguen a detectarse en los ensayos (véase el reciente caso del tolcapone). Habrá que explicarle también que a este paso será difícil que se puedan mantener las mismas prestaciones sanitarias o que siga pagando una parte pequeña del gasto farmacéutico. Y debería saber también que la seguridad de un producto dispara su coste, y que una vía para reducir la factura farmacéutica podría ser prescindir o limitar los ensayos... con el coste de que el consumo de fármacos entrañaría más riesgos. La situación es compleja, y parece difícil vislumbrar una salida. Me imagino que con motivo del próximo congreso de la APA se presentarán los resultados de múltiples ensayos que definirán mejor el perfil de los fármacos y que habrán costado un pastón que irá al precio del producto. Algún día alguien tendrá que explicar a los ciudadanos que nos hemos hecho todos demasiado dependientes de las pastillas y que ninguna solución para reducir su coste es idónea.

(N^o 36, 1 de junio de 1999)

Sentencias Interesantes

En esta ocasión vamos a comentar un par de sentencias de juzgados británicos que nos parecen interesantes. En primer lugar la *High Court* de Londres ha dictaminado recientemente que la circular que envió el secretario de salud, Frank Dobson, a los médicos de cabecera nada más aprobarse el *Viagra* (apremiándoles a que no lo recetaran) era ilegal (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7197/1509/b>). Según la ley inglesa, es ilegal porque impide a los médicos usar su juicio clínico y según la ley europea también lo es porque para prohibir

un medicamento la decisión debe basarse en criterios objetivos y verificables (Dobson la prohibía por miedo a que se disparara el gasto farmacéutico). Este caso es un ejemplo más de los muchos que estamos teniendo recientemente en los que la administración aprueba un fármaco caro y luego nos dice que no lo usemos o que usemos otro más barato (hablábamos precisamente de todo este asunto del precio de las boticas en el editorial anterior) pasándonos la patata caliente de la responsabilidad del gasto y sometiéndonos a una situación de doble vínculo. Si la administración considera que un fármaco no ofrece una adecuada relación calidad-precio, que no lo apruebe; pero si lo aprueba que no interfiera luego con la labor del médico que para algo habrá estudiado 10 años para saber lo que tiene que recetar y a quién. En esta época de gestión empresarial de la Medicina se pretende tal vez que los médicos asumamos valores que no nos corresponden y esta sentencia viene a decir que un médico es un médico y un gerente es un gerente lo cual nos parece clarificador ya que acota el terreno que le corresponde a cada cual (zapatero a tus zapatos). De todos modos veremos en qué queda la cosa porque el amigo Dobson ha anunciado que a partir de julio va a meter el *Viagra* en el llamado *Schedule 11* permitiendo su uso solamente para la disfunción eréctil debida a determinadas causas físicas (y no a otras) estimándose que será solamente un 17% de los potenciales usuarios del producto los que lo recibirán. (Mientras tanto en Irlanda parece que *Viagra* va a ser gratuito: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7198/1578/b>). Esta decisión parece que tampoco tiene precedente ya que supone limitar la prescripción en base a la causa última de la enfermedad: algo así como si dijéramos que podemos usar un analgésico para un dolor menstrual pero no para un dolor de muelas o de cabeza... ¿están locos estos británicos?... Puedes leer varias cartas al director sobre este debate en <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7198/1620>.

Por otro lado, una sentencia de un juez, también de la *High Court* de Londres, dice que la venta de información acerca de las prescripciones médicas por parte de médicos y farmacéuticos a compañías que las utilizan para objetivos comerciales supone romper la confi-

dencialidad del paciente incluso aunque los datos se “anonimicen”: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7197/1505>. Y este tema sí que es peliagudo. En cuanto a la confidencialidad del paciente la sentencia dice que el consentimiento implícito del paciente al dar sus datos se refiere exclusivamente al tratamiento. Por lo tanto queda en entredicho su utilización para investigación, para la realización de bases de datos estadísticas y administrativas (como hace la administración) pero no digamos ya para temas comerciales. Pero es que además cabe preguntarse si los médicos tenemos derecho a algún tipo de confidencialidad de los datos de nuestras prescripciones. En nuestro país han existido y existen mecanismos (algunos bastantes turbios) por los que las compañías farmacéuticas recogen datos de lo que recetamos o dejamos de recetar cada uno (parece que en ocasiones son aportados por la propia administración) por lo que esta sentencia sería muy aplicable en nuestro medio...

(Nº 37, 15 de junio de 1999)

Los Pacientes y la Ley

Varios artículos han coincidido en diversas revistas que me han llamado la atención, y que tienen en común su referencia a aspectos legales que incumben a los pacientes psiquiátricos. El primero que despertó mi atención es un editorial del *British Journal of Psychiatry* (*Br J Psychiatry* 1994; 174: 378-379) titulado “*Entre la Cárcel y la Comunidad: La puerta giratoria de los 90*”. Aunque nuestra realidad asistencial dista de la de los EEUU, en donde el tema de los pacientes psiquiátricos encarcelados adquiere tintes dramáticos, no estamos tan lejos de las Islas Británicas. El editorial alerta de que “*está apareciendo una creciente evidencia que indica que el cierre de camas en hospitales psiquiátricos, aunado con una asistencia comunitaria sin recursos suficientes, está provocando un problema similar... parece que las cárceles están empezando a ser poco más que un alojamiento temporal para las personas con enfermedades mentales, que en general no son detectadas y vuelven a la comunidad sin tratamiento ni un programa de asistencia posterior...*” El editorial describe cómo un sistema de

asistencia psiquiátrica en crisis no es capaz de responder a las necesidades de los pacientes psiquiátricos más graves, pacientes que tienen más probabilidades de implicarse en conductas problemáticas y peligrosas que pueden conducirles a problemas judiciales. El hecho, en líneas generales es que el sistema sanitario no tiene los recursos necesarios para atender de forma adecuada a los pacientes con patología más grave; que esto puede conducir a que dichos pacientes cometan actos delictivos con más facilidad y terminen en la cárcel; que una vez en la cárcel, no son detectados, y si son detectados no son tratados de forma apropiada, y si son tratados nadie se preocupa de que lo sigan siendo tras el alta. Pero bueno, esto son cosas que pasan en el Reino Unido y en los USA, así que para qué preocuparnos.

Un editorial del *Psychiatric Services* (50: 729) titulado: “*Combating Stigma by Providing Treatment*” reflexiona sobre la relación entre la enfermedad mental y la comisión de crímenes violentos. El señor Lamb viene a decir que nada estigmatiza más a un enfermo mental que la comisión de crímenes violentos, y que los pacientes que más probablemente se van a ver implicados en los mismos son los más graves y los que rechazan el tratamiento. Defiende la necesidad de disponer de herramientas jurídicas que permitan mantener en tratamiento involuntario ambulatorio a estos pacientes, sin necesidad de esperar a que cometan un crimen. De forma un pelo dramática termina diciendo que algunas personas, especialmente las que no tienen responsabilidades asistenciales directas, valoran tanto la libertad de las personas con enfermedades mentales, y se oponen de manera tan intensa al tratamiento involuntario, que darían la vida por defender sus ideas; “*tal y como yo lo veo, pueden no estar sacrificando sus vidas, sino las de los demás...*” dice de forma literal.

Y ya metidos en el ajo, recomendaros un muy interesante artículo publicado también en *Psychiatric Services* (50: 767) titulado “*A Confusion of Tongues: Competence, Insanity, Psychiatry, and the Law*”. El artículo, bastante largo pero muy claro y ameno trata de aclarar conceptos de tipo legal, y especialmente distinguir entre el concepto norteamericano de *competencia para ser*

sometido a juicio y la imputabilidad. Un aspecto muy interesante del artículo es su análisis de las actitudes del público lego ante los juicios en los que se alegan problemas de tipo psiquiátrico (recordar que el artículo es *made in USA*, donde estas cosas cobran una especial notoriedad). Lo tienes completito, y para más lujo si lo deseas en el magnífico formato PDF en: <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/50/6/767>.

(Nº 38, 1 de julio de 1999)

Yo, de mayor, quiero ser timorregulador

Periódicamente volvemos sobre ello, y ya sabemos que nos estamos poniendo pesados, pero una vez más nos detenemos en las consecuencias de la necesidad que los nuevos psicofármacos tienen de hacerse con un nicho ecológico y comercial. En esta ocasión nos ha llamado la atención el desembarco de no pocos productos en el campo del trastorno bipolar, con la categoría de *mood stabilizers* o *timorreguladores*. Más allá de la creciente utilización de los nuevos antiepilépticos, recogida ya en números anteriores de estas *News* (por cierto, se ha publicado un estudio según el cual la gabapentina es eficaz en la fobia social), también los nuevos antipsicóticos están haciendo sus pinitos. En los últimos meses se está divulgando la eficacia en el trastorno bipolar de la risperidona, la quetiapina y la olanzapina, en relación con la cual, por cierto, dos compañeros de Valdecilla han comunicado recientísimamente dos casos de aparición de diskinesia tardía. La eficacia en el trastorno bipolar de estos productos, que permitirá su aprobación en esta indicación, se presenta en ocasiones como evidencia de una acción *timorreguladora*, y de hecho, un artículo del *American Journal of Psychiatry* de enero de 1998 sobre combinaciones de *timorreguladores* recogía a la risperidona y la olanzapina entre los timorreguladores *establecidos* o *putativos*.

Un timorregulador debería cumplir cuatro condiciones:

1.- Eficacia en el tratamiento de la manía

- 2.- Eficacia en el tratamiento de la depresión
- 3.- Eficacia en la prevención de la depresión recurrente
- 4.- Eficacia en la prevención de la manía recurrente

Hasta la fecha el Litio es el único de los existentes que ha demostrado cumplir los cuatro requisitos. Los demás productos se caracterizan por un perfil farmacodinámico variado y por una efectividad contrastada con mayor o menor grado de exigencia metodológica, a pesar de lo cual la experiencia clínica parece confirmar su utilidad en determinados aspectos del trastorno. El valproico y la carbamazepina parecen eficaces en el tratamiento y prevención de la manía, pero no hay constancia de que sean especialmente útiles en el tratamiento y prevención de la depresión. Por su parte, la TEC es el único procedimiento igualmente eficaz en el tratamiento de la manía y de la depresión. Pero no es lo mismo mejorar un cuadro maniaco (en lo que puede ser esencial el poder sedativo, más o menos inespecífico, de un fármaco) que aliviar una depresión o prevenir la aparición de nuevas fases. El concepto de *timorregulador*, pues, parece aplicarse con una cierta ligereza y más bien con el ánimo de englobar las diferentes técnicas y los muy dispares fármacos utilizados en el trastorno bipolar. Con un concepto tan utilitarista, cualquier sustancia o técnica es *timorreguladora* con tal de que se emplee con cierto éxito en el trastorno bipolar. Para hacer justicia deberíamos hablar de psicoterapias *timorreguladoras*.

Por otra parte, al concepto de *timorregulador* y a sus momentos crecientes o menguantes no son ajenos ciertos sesgos culturales y la diferente utilización de estos fármacos a ambos lados del Atlántico. De la misma manera que el Valproico fue descubierto en los EEUU cuando llevaba cerca de 20 años siendo empleado en Francia en forma de Valproamida, los norteamericanos, por su preocupación por las diskinesias tardías, han tendido a limitar el uso de los neurolépticos, que en Europa eran (y son) empleados de manera rutinaria en el abordaje de cuadros sin síntomas psicóticos o incluso, en sus preparaciones depot, en el tratamiento de man-

tenimiento. La diferencia es que si en Europa se utiliza un nuevo antipsicótico en un paciente que no tolera el haloperidol, no por eso se concluye que, pongamos por caso, la risperidona tiene una acción antimaniaca específica. En los EEUU, por el contrario, la importancia de recibir el visto bueno a todas y cada una de las posibles indicaciones del producto, hace que este uso convierta al nuevo fármaco en antimaniaco. Por ello, para hacer justicia deberemos incluir al *Meleril* o al *Modecate* entre los *timorreguladores*.

Hoy en día se preconiza la utilización cuasi rutinaria del tratamiento combinado, esto es vamos camino de las pautas de *multi-timorreguladores*. Para hacer justicia, habrá que concluir que la clásicamente denostada pauta de Litio-haloperidol no era sino una incipiente manera de combinar *timorreguladores*.

¿Qué tienen en común todos estos productos para poder agruparlos con seriedad por algo más que por su eficacia en diferentes aspectos de un trastorno psiquiátrico? La TEC, la Estimulación Magnética Transcraneal, los anticomiciales clásicos y modernos, las benzodiazepinas y la nimodipina tienen en común su efecto anticomicial. Y tanto el topiramato como el verapamil o el valproico bloquean los canales del calcio. La lamotrigina y la carbamazepina actúan sobre el receptor NMDA. Algunos de ellos inhiben los sistemas neuronales de transducción de señales, propiedad compartida por los ácidos grasos omega-3, por lo que se han ensayado estos productos en el trastorno bipolar, añadiéndolos al tratamiento previo de un reducido colectivo de pacientes, lo que ya fue comentado en nuestras *News*. Los resultados han sido prometedores, lo que podría ayudar a avanzar en una hipótesis unitaria explicativa de la timorregulación y en el diseño del compuesto ideal... al tiempo que ampliaría la ya amplia nómina de *timorreguladores*. En definitiva, este intento por aunar la evidencia clínica empírica con los modelos explicativos *científicos*, alentada por innegables y lícitas necesidades comerciales corre el riesgo de vestir al concepto de *timorregulador* con el traje del emperador: es decir, dejarlo al desnudo y en ridículo. Esperemos que este ridículo no se haga extensivo a una Psiquiatría que se pretende *cientí-*

fica y que en buena medida se está edificando sobre modelos farmacodinámicos reduccionistas, especulaciones cercanas a la *Neurociencia-Ficción* e intereses políticos y comerciales.

(Nº 39, 15 de julio de 1999)

Medrano Albéniz J, Uriarte Uriarte JJ, Malo Ocejo P. Otros reguladores del humor. En González-Pinto A, Gutiérrez M, Ezcurra J: Trastorno Bipolar. Madrid: Aula Médica, 1999; pp: 157-185

Penalizar la Investigación basura

Advertencia: Este Editorial puede herir la sensibilidad de las personas que publican o han publicado artículos en revistas médicas.

Cuando se señala lo difícil que resulta mantenerse al día en el campo de la Medicina se alude al exceso de información al que nos vemos sometidos: más de dos millones de artículos de Medicina cada año en más de 30.000 revistas médicas; y se suele reconocer que, al final, apenas el 1% de todo lo que se publica tiene relevancia clínica. Es decir, el 99 % de todo ese papel (o ahora también bits electrónicos) es...ruido o basura. Cuando queremos estudiar o revisar un tema y hacemos una búsqueda sobre el mismo nos vemos sepultados bajo una avalancha de artículos que hay que filtrar y seleccionar, tarea en la que perdemos un tiempo y unas energías preciosas (ahí tenemos a los de la *Colaboración Cochrane* volviéndose locos intentando poner orden en esta maraña y produciendo, dicho sea de paso, *metapublicaciones*, trabajos sobre trabajos). ¿Por qué se publica tanto? En el principio se supone que la publicación de artículos era un *medio* de dar a conocer o comunicar los resultados de las investigaciones al resto de los colegas. Quedan ya muy lejanos los tiempos en que un investigador (en números anteriores hablábamos de Cade, por ejemplo) tenía una pregunta, cogía unos monos y de forma independiente se enfrascaba en una investigación a veces durante años. Actualmente publicar se ha convertido en un *fin* en sí mismo. Se publica para conseguir puntos en una oposición, para mantener un puesto en una Universidad o departamento o porque la industria farmacéutica tiene interés en que se publiquen

determinadas cosas. El resultado es que la mayor parte de la gente que publica no tiene en realidad nada que decir y lo que conseguimos de esta manera es complicar el estudio y el trabajo al resto de los compañeros. Los estudios actuales son tan sofisticados y complejos, requieren tantos medios, que no suele ser posible que nadie los lleve a cabo por sí mismo sin ayuda financiera de la Administración o de la Industria Farmacéutica y ya se sabe que este hecho puede contaminar e influir en la calidad de los mismos (ver capítulo 6: “*How the Pharmaceutical Industry Promotes Drugs and Chemical Theories of Mental Illness*” del libro “*Blaming the Brain*”, de Elliot S. Valenstein, que ya hemos mencionado en nuestra *Sala de Lectura*). Asimismo, debido a esas mismas complejidades metodológicas y estadísticas tampoco es posible que nadie los interprete o critique por sí mismo sin ser un experto en metodología y estadística (o sin la ayuda de los chicos de la *Cochrane*) por lo que la posible manipulación a la que nos vemos expuestos es ubicua. Por otro lado hay que añadir que la propia existencia de tantas revistas médicas y de tantos webs de noticias médicas hace necesario un suministro constante de noticias y de alimento para las mismas. Internet se llena a diario de nuevos descubrimientos médicos porque esas noticias interesan a los navegantes. Vamos a poner sólo un ejemplo: un reciente estudio afirma que bajos niveles cerebrales de colina y altos niveles de NAA (N-acetilaspártato) se asocian con un cociente intelectual elevado y los autores plantean que sería posible incrementar el rendimiento intelectual utilizando suplementos en la dieta. Con trabajos como este - todo lo relacionado con la dieta es un campo especialmente afectado- a los norteamericanos se les está cambiando la dieta cada 15 días y los pobres deben de estar frenéticos intentando acertar con la correcta proporción de nutrientes según el último hallazgo científico.

En cuanto a la situación española, Eduardo Vieta en un artículo publicado en *Medicina Clínica* (1999; 112:737-738), titulado “*La Investigación psiquiátrica en España: Luces y Sombras*” aporta datos como estos: “...analizando el periodo 1981-1996, España ocupa el decimoséptimo lugar mundial en el número de publica-

ciones, superada ampliamente por EEUU, Canadá y la mayor parte de los países de Europa, salvo Bélgica, Austria, Irlanda, Grecia y Portugal (...) pero el análisis cualitativo de dichas publicaciones arroja un resultado decepcionante: su impacto sobre la comunidad científica es bajísimo, puesto que el factor de impacto de las mismas nos hace retroceder hasta el vigesimoséptimo lugar, a la altura de la India y Nigeria. Es decir, publicamos un número aceptable de artículos, pero estos son de baja calidad, o pese a tenerla, no influyen significativamente en el progreso de la Psiquiatría porque apenas son citados posteriormente (...) aunque es evidente la influencia de la circunstancia de que la mayor parte de lo que publican los psiquiatras españoles está escrito en español, lo que limita la probabilidad de ser citado (...) ninguna revista española de Psiquiatría tiene factor de impacto”.

No todo es malo. El artículo también refleja que España ocupa, en el periodo 1990-1994 el segundo lugar en el mundo en progresión de calidad de sus artículos científicos. Aunque partiendo de tan bajo es más fácil crecer... Hasta aquí una descripción de los hechos. ¿Qué se puede hacer para cambiar este estado de cosas? A nosotros se nos ocurre que habría que *penalizar*, en lugar de fomentar, la publicación científica. Por ejemplo, en las oposiciones se debería descontar medio punto por cada artículo que el aspirante tenga publicado, a no ser que haya sido citado por un mínimo de 100 autores diferentes. El efecto disuasorio de los puntos negativos podría ser un buen antídoto contra tanta facundia mientras llegan otros métodos menos traumáticos - quizás sistemas de filtrado electrónicos- que nos ayuden a separar el polvo de la paja. Mientras llega ese día, nos tememos que todos seguiremos produciendo investigación basura, la seguiremos recogiendo en las *THMnews* y el que esté libre de pecado que tire la primer piedra.

(Nº 40, 2 de agosto de 1999)

Vieta E. La investigación psiquiátrica en España: luces y sombras. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 737-738:

<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=2920>

MegaloPsiquiatría

Parece que de tanto repetirlo nos hemos creído eso de que las ciencias psiquiátricas avanzan que es una barbaridad. De la mano de los progresos que la Medicina ha logrado en campos como la neuroimagen, la neuroquímica y la genética molecular, se dice a menudo que hemos obtenido ya un importante conocimiento de la etiopatogenia de las enfermedades mentales y enormes avances en su tratamiento y pronóstico. Y el constante mensaje es que nos espera un futuro a corto y medio plazo esplendoroso, en el que la enfermedad mental desvelará sus secretos. Los hospitales se vacían gracias a nuestros potentes antipsicóticos; los depresivos se curan y acceden a tratamiento cuando antes estaban en general infratratados, condenados a la cronicidad por dosis insuficientes de peligrosos venenos como la amitriptilina. Los neuróticos se han reconvertido en apropiados, discretos y clasificables trastornos con tratamientos eficacísimos que en general son una acertada mezcla de psicoterapia cognitivo conductual, sin olvidar un cierto nivel de comprensión psicodinámica, con alguno de los nuevos antidepresivos. Las demencias vuelven a rescatarse para la ciencia médica gracias al milagro de la inhibición de la colinesterasa. Y lo de los trastornos de la personalidad lo dejamos para otro día. ¿Cómo hemos podido vivir sin ISRS, sin antipsicóticos atípicos, sin el receptor 5-HT₃, sin el glutamato, los receptores NMDA, las técnicas de *linkage* genético, el PET y otras maravillas de la técnica? Este discurso triunfal choca a mi juicio con la realidad. De hecho me parece que a poco realistas que nos pongamos debe parecernos bastante desalentador y frustrante que tras 50 años de revolver en los neurotransmisores, tras más de una década de utilizar métodos modernos de genética molecular buscando un fastuoso *linkage* que nos catapulte a la gloria, seguimos casi donde estábamos. 100 años de psicoterapias tampoco parecen habernos llevado a nada definitivo. Nuestros avances en el terreno diagnóstico parecen limitarse (y no es poco) a ponernos de acuerdo a qué llamamos qué, y a crear de la nada nuevos trastornos que engordan las sucesivas ediciones del DSM y la CIE. Y yo me pregunto; ¿tienen

nuestros pacientes depresivos mejor pronóstico ahora que el que tenían hace 10 años, cuando utilizábamos tricíclicos? ¿Ha mejorado el pronóstico de nuestros pacientes esquizofrénicos desde que tenemos antipsicóticos atípicos? ¿Se ha beneficiado realmente la Psiquiatría de los avances científicos de los últimos años? Tras 40 años de enormes progresos en neurobiología y genética, los presuntos avances en un conocimiento real y con consecuencias terapéuticas palpables de las enfermedades mentales siguen pareciendo lejanos, y jalonados por sonoros fiascos. ¿Cuántos genes candidatos a elevarse a la categoría etiopatogénica han aparecido para volver a desaparecer? ¿Cuántos neurotransmisores y receptores han engordado listados ya imposibles de memorizar, que sólo han servido para ilustrar la literatura pseudocientífica ad-hoc de la industria farmacéutica elevando a la categoría de verdad científica meras construcciones científicas (es decir, de apariencia científica, que viste mucho)? Tampoco los modelos psicológicos parecen haber seguido una mejor suerte. Las promesas del psicoanálisis, del conductismo o del cognitivismo de conducirnos a la verdad se han diluido hasta concluir en un ecumenismo políticamente correcto en el que la sorprendente conclusión (no menos sorprendente por ser similar a la que parece alcanzarse con todos los tratamientos farmacológicos) es que todos somos igual de eficaces cuando lo hacemos bien, y que lo mejor es una visión integradora. La verdad, y es que sin ánimo de ser un aguafiestas a estas alturas del verano, esto me recuerda a un refrán de toda la vida que decía algo así como mucho ruido y pocas nueces. Y estando en un periodo más o menos playero o piscinero, me recuerda poderosamente a las personas que nadan mal: salpican mucho y avanzan poco.

Y para terminar, no me resisto a hacer mención a dos psiconterías de campeonato que han sido protagonistas los últimos días. Una es la del Sr Bill Clinton, de cuyos devaneos amorososexuales su esposa responsabiliza a una infancia infeliz, y a las malas relaciones entre su madre y su abuela. Y la otra es la brillante idea de someter a un test psicotécnico a los dueños de los perros para determinar quien está capacitado y quien no para tal

empresa. Sin olvidarnos del señor Lindford Christie que atribuye los excesos de testosterona en su sangre a haber mantenido relaciones sexuales en cuatro ocasiones la noche previa. Además de tramposo, mentiroso y fantasma. Y lo increíble es que todavía haya quien se crea estas cosas... Y nos vamos de vacaciones, así que no esperéis respuestas de vuestros mensajes hasta bien entrado setiembre.

(N^o 41, 15 de agosto de 1999)

Imperialismo ético

En este último mes han sido varias las revistas médicas y psiquiátricas que han dedicado su atención a aspectos *éticos*. En algún caso (*BMJ*) se ha debido a que se cumplía el 50 aniversario de la *Declaración de Ginebra*, pero en otros casos no había un acontecimiento explícito que conmemorar, y a uno, que es de natural malicioso, le ha parecido que podría tener que ver con que estamos en temporada baja, y de la misma manera que en verano se llenan los periódicos con cuestiones poco relevantes que en otra época del año no concitarían un gran interés ni merecerían un titular (el eclipse del día 11, por ejemplo) también podrían llenarse las revistas médicas con temas habitualmente marginales. Evidentemente no es así, pero uno, ya lo he confesado, es más bien malicioso. Nos detendremos en un aspecto especialmente importante, como es el de la ética de la investigación, y por afinarlo más, la ética de la investigación terapéutica.

Los *Archives of General Psychiatry* incluyen un artículo a propósito de un informe sobre "*Investigación con personas con trastornos mentales que pueden afectar a su capacidad de toma de decisiones*", elaborado por el *National Bioethics Advisory Comisión* (*National Bioethics Advisory Comisión. Research Involving Persons with Mental Disorders That May Affect Decisionmaking Capacity. December 1998: <http://www.georgetown.edu/research/nrcbl/nbac/capacity/TOC.htm>*), así como dos comentarios al respecto. La cuestión que desearía comentar va más allá de que los participantes en la investigación o ensayo tengan trastornos mentales. Si el lector ha tenido ocasión

de leer algún protocolo de ensayo clínico sabrá que todos ellos incorporan las “*Recomendaciones sobre Investigación Biomédica con Participación de Seres Humanos*”, un documento de la *Asociación Médica Mundial* más conocido como “*Declaración de Helsinki*”, que data de 1964 y que ha sido enmendado en sucesivas asambleas de la organización. Esta versión *online* está en inglés, pero la página web de la *Asociación Médica Mundial* pronto contará con una versión en castellano desde la que se podrá leer ésta y otras declaraciones sin necesidad de conocer el idioma de Mr Shakespeare (al que nos referimos en *Humanidades Médicas*).

La cuestión es que la *Declaración de Helsinki* será enmendada nuevamente en breve, y a propósito de ello y de algunos ensayos clínicos realizados en el Tercer Mundo, el *New England Journal of Medicine* del 12 de agosto publica dos artículos contrapuestos firmados por TA Brennan y RJ Levine. A grandes rasgos la cosa es así: En los últimos años se están realizando ensayos clínicos en países subdesarrollados que en nuestro mundo desarrollado serían automáticamente denunciados por faltos de ética... y que están viendo la luz en revistas muy importantes y de notable factor de impacto. Se trata de ensayos muy especialmente relacionados con el tratamiento de la infección VIH (además de los artículos reseñados, puede consultarse uno de T Tan-Torres Edejer en el *BMJ* del 14 de agosto, en el que además se plantean unos principios que deberían guiar la investigación conjunta de países ricos y pobres). Estos ensayos a los que nos referimos se plantean en muchos casos frente a placebo, lo cual en cualquier país occidental haría correr ríos de escandalizada y sensacionalista tinta, incluso en el caso de que los participantes, tras ser correcta y completamente informados, dieran su consentimiento a tomar parte en tamaña *lotería*. Una justificación para realizar estos ensayos es que el placebo, o para ser más correctos, la ausencia de antirretrovirales, representa la situación normal (y por lo tanto la *regla de oro*) del tratamiento en todos estos países, por lo que mantener un brazo del estudio sin fármaco no representa una discriminación. Pero incluso si aceptamos este planteamiento hay preguntas inquietantes: ¿qué se

hace cuando termina el ensayo con los pacientes que **sí** han recibido el producto a estudio? Dicho de otra manera: si ensayan conmigo un determinado protocolo *cocktail* de antirretrovirales, que resulta ser exitoso, pero que no es la práctica standard en mi país, y que ni éste ni yo podemos costear, ¿qué sucede cuando termina mi aportación al avance de la Ciencia? ¿Me dejan en la estacada? Actualmente parece que las compañías promotoras se están comprometiendo a continuar suministrando el o los productos... por un periodo limitado de tiempo. Pues bien, en este terreno, tendrá una gran importancia la manera en que se exprese la nueva *Declaración de Helsinki* (siempre que los intereses económicos o de *figuroneo* no la conviertan en simple papel mojado). Para Brennan, por ejemplo, es preocupante que el artículo 18 del borrador afirme que al sujeto participante en el estudio “*no se le negará acceso al método diagnóstico, profiláctico o terapéutico que se haya mostrado mejor y que en condiciones normales [otherwise] le resultara disponible*”. Como señala este autor, el standard, con esta nueva redacción, no es el mejor método posible, sino el método local. Más clarito: con este enunciado seguiría siendo antiético hacer un ensayo de antirretrovirales frente a placebo en Euskadi, o en Murcia, o en Wisconsin... pero se sancionaría definitivamente como perfectamente ético llevarlo a cabo en Malawi... o en algunas repúblicas ex-soviéticas particularmente depauperadas, para que la raza de los probandos sea más próxima a la nuestra y podamos extrapolar más fiablemente los resultados.

Ciertamente, uno corre el riesgo (y cae en la tentación de) ponerse demagógico, pero como ya he proclamado mi tendencia a la maliciosidad no creo que nadie se escandalice excesivamente con mis siguientes reflexiones. Y es que creo que hemos inventado el *imperialismo ético* (la expresión se inspira en la de *colonialismo científico* que recoge en su artículo Tan-Torres). El Tercer Mundo ya no sólo va a ser nuestro proveedor de materia prima o de productos manufacturados baratos, como los balones cosidos por niños pakistanís (que tanto nos escandalizan cuando nos acordamos de ellos o cuando celebramos el día del *pobreniñotrabaja-*

dorexplotado). Va a ser también nuestro gran laboratorio farmacológico, el gran estabulario (con perdón) de donde obtendremos sujetos que participarán de mil amores en ensayos clínicos frente a placebo que nuestro rico mundo ni siquiera contemplaría, sobre todo después de que hemos conseguido desterrar esa práctica entre coactiva y meramente inmoral de los ensayos, no necesariamente frente a placebo, realizados en *nuestros* presos o *nuestros* enfermos mentales. Miraremos para otro lado o consideraremos razonables ensayos frente a placebo realizados en países pobres, que acelerarán notablemente el desarrollo de nuevos fármacos y mejorarán las condiciones sanitarias y la calidad de vida de los enfermos... de los países ricos, porque los protagonistas, tanto los que se tomaron el producto activo como los que tragaron el placebo en un país pobre, seguramente no podrán acceder, por motivos económicos, al tratamiento. La justificación será la de una especie de ética biomédica transcultural, que recuerda a la ética política de ciertos estadistas progresistas europeos que se sobrellevaban la existencia de regímenes dictatoriales en Sudamérica argumentando más o menos que las condiciones sociales y culturales actuales de esos países no daban para más. Y si por un casual los usuarios o prescriptores de fármacos nos enfadamos (y nos permiten enfadarnos) puede suceder que surjan campañas publicitarias con eslóganes *humanistas* tales como "*Panfilón... not tested in the Third World*". Alegrémonos, pues: ¡viva la diferencia! Hemos de respetar no sólo las peculiaridades históricas, religiosas y culturales de otros países, sino también sus deficiencias (perdón, quería decir variaciones) sanitarias, y explotarlas. Todo sea en nombre de la Ciencia y el Progreso. Verdaderamente, el *Mundo Feliz* de Huxley se quedó corto. Un mundo en el que la falta de equidad se convierte en virtud científico-metodológica tal vez no sea la peor de las pesadillas, pero está seguramente en el grupo de cabeza.

(Nº 42, 1 de setiembre de 1999)

- Brennan TA. Proposed Revisions to the Declaration of Helsinki — Will They Weaken the Ethical Principles Underlying Human Research? *N Engl J Med* 1999; 341:527-531
- Levine RJ. The Need to Revise the Declaration of Helsinki. *N Engl J Med* 1999; 341:531-534
- Oldham JM, Haimowitz S, Delano SJ. Protection of Persons With Mental Disorders From Research Risk: A Response to the Report of the National Bioethics Advisory Commission. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 688-93.
- Tan-Torres Edejer T. North-South research partnerships: the ethics of carrying out research in developing countries. *BMJ* 1999; 319:438-41

Nota de los Eds: La revisión de la Declaración de Helsinki realizada en Edimburgo en 2000 abordó los aspectos polémicos mencionados en este editorial en sus artículos 29 y 30. Sin embargo, la redacción de los mismos fue tan desafortunada que fueron precisas notas aclaratorias posteriores para traducir el sentimiento de la Asociación Médica Mundial al respecto (<http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>). En la actualidad, el artículo 29 de la Declaración afirma que:

“Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos existentes. Ello no excluye que pueda usarse un placebo, o ningún tratamiento, en estudios para los que no hay procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados”.

La Nota Aclaratoria a este artículo (agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002), señala que:

“La AMM reafirma que se debe tener muchísimo cuidado al utilizar ensayos con placebo y, en general, esta metodología sólo se debe emplear si no se cuenta con una terapia probada y existente. Sin embargo, los ensayos con placebo son aceptables éticamente en ciertos casos, incluso si se dispone de una terapia probada y si se cumplen las siguientes condiciones:

- Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, su uso es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de un método preventivo, diagnóstico o terapéutico o*

- Cuando se prueba un método preventivo, diagnóstico o terapéutico para una enfermedad de menos importancia que no implique un riesgo adicional, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo.

Se deben seguir todas las otras disposiciones de la Declaración de Helsinki, en especial la necesidad de una revisión científica y ética apropiada”.

Por su parte, el artículo 30 indica que:

“Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos probados y existentes, identificados por el estudio”.

Su nota aclaratoria (agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004), afirma que:

“Por la presente, la AMM reafirma su posición de que es necesario durante el proceso de planificación del estudio identificar el acceso después del ensayo de los participantes en el estudio a procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos que han resultado beneficiosos en el estudio o el acceso a otra atención apropiada. Los arreglos para el acceso después del ensayo u otra atención deben ser descritos en el protocolo del estudio, de manera que el comité de revisión ética pueda considerar dichos arreglos durante su revisión”.

En resumen, e intentando aclarar el embrollo, la respuesta que la Declaración da actualmente es que los ensayos con placebo son éticamente válidos cuando son estrictamente necesarios desde el punto de vista metodológico y siempre que se realicen en una enfermedad “de menos importancia” de manera que el uso de placebo no suponga un riesgo adicional, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que lo reciban. Los pacientes que participen en el ensayo, además, deben tener garantías de que al término del mismo recibirán los métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos que el propio estudio haya son mejores. Así pues, parece que previenen los abusos reales y potenciales planteados en los artículos que comentábamos.

Imperialismo genético o las patentes sobre la vida

Este mes de Setiembre ha entrado en vigor la directiva de la Unión Europea sobre protección legal de inventos biotecnológicos (disponible en: <http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/lvb/l26026.htm>), que facilita el proceso para patentar estos productos con lo que Europa se acerca más a los Estados Unidos y Japón que ya tenían normas más permisivas. Gobiernos como el de Holanda han presentado algún tipo de recurso y no será de obligado cumplimiento hasta Julio del año 2000 pero desde este mes ya se pueden solicitar las patentes. Tal vez sea este un buen momento para echar un vistazo al tema de la protección intelectual de los materiales biológicos, que es objeto de gran debate. Las dos posturas ante esta cuestión son las siguientes: en un lado están los laboratorios y empresas de investigación que invierten grandes cifras de dinero y que no están dispuestas a hacerlo si no tienen una garantía de que van a conseguir una rentabilidad a tales inversiones, cosa que actualmente se garantiza por medio de las patentes. En este bando están también investigadores, científicos y ciudadanos que piensan que los beneficios de estas medidas (por ejemplo avances en la lucha contra enfermedades como el cáncer o el SIDA) justifican la toma de las mismas. Las autoridades europeas también se han dado cuenta desde un punto de vista puramente realista de que si ellas ponen pegas a las empresas, éstas se van a marchar a Estados Unidos y Japón con el consiguiente retraso científico en Europa y con la dependencia subsiguiente de los futuros avances médicos que nos lleguen desde fuera. En el otro bando se encuentran organizaciones no gubernamentales diversas, por supuesto *Greenpeace*, y también muchos ciudadanos con sentido común que no entienden que productos que están en la naturaleza (microorganismos, plantas o genes) puedan patentarse y convertirse en monopolio de empresas privadas. Estas ONGs argumentan que no se puede patentar la vida y que estas leyes propician la *biopiratería* y la expoliación de la biodiversidad del Sur por la tecnología del Norte, etc. pero... ¿están exagerando? Desgraciadamente, parece que no. Un análisis

serio de la directiva reconoce que la frontera entre descubrimiento e invento se ha difuminado de manera que la existencia de un producto en la naturaleza no impide la patentabilidad del mismo. Y precisamente esto es lo que da pie a la biopiratería que no es más que una variante moderna del colonialismo o imperialismo que ya no pretende apropiarse de las tierras de los indígenas sino de los productos de su entorno o incluso de sus propios genes. Viene a la memoria una famosa película del Oeste (los cinéfilos me perdonaran que no recuerde el título de la original pero existe un *remake* (“*Far and Hawai*”, de 1992, con Tom Cruise y Nicole Kidman) que trata de la verídica historia de la *Oklahoma Land Rush* de 1889 en la que se repartieron unas tierras -arreatadas a los indios de mala manera- entre los colonos por el procedimiento de una carrera a muerte quedándose las tierras el primero que llegara. En lugar de las praderas de Oklahoma lo que está en juego actualmente es el Genoma Humano y en lugar de colonos tenemos potentes multinacionales esperando a llevarse su parte del pastel. No parece que estos procedimientos, tan queridos a los yankees, sean de recibo en los tiempos que corren. Recomiendo a nuestros suscriptores la lectura de “*The European Patent Directive: License to Plunder*”, un documento sobre la biopiratería que comenta casos reales que ya han ocurrido de abuso sobre sujetos o pueblos del Tercer Mundo. Porque hay que añadir que la directiva reconoce el derecho a patentar genes o secuencias de genes en su artículo 5 donde dice primero una cosa y luego su contraria, exactamente: “*The human body and the simple discovery of one of its elements, including the sequence or partial sequence of a gene, cannot constitute patentable inventions. However, an element isolated from the human body or otherwise produced by means of a technical process, including the sequence or partial sequence of a gene, may constitute a patentable invention*”. (*El cuerpo humano y el simple descubrimiento de uno de sus elementos, incluyendo la secuencia completa o parcial de un gen, no constituyen inventos patentables. Sin embargo, un elemento aislado del cuerpo humano o producido de otra manera por medio de un proceso técnico, incluyendo la secuencia total o parcial de un gen, puede consti-*

tuir un invento patentable). Quizás la clave está en que el sistema de patentes, creado para el mundo industrial del siglo XIX, no sirve para el mundo de la información del siglo XXI y hay que inventar nuevas formas de recompensar el esfuerzo investigador de las empresas sin dejar en sus manos cosas que, en realidad, no les pertenecen. Nadie puede ser el dueño de algo que es patrimonio de todos, aunque sólo sea por 17 años (que es lo que duran las patentes en USA).

(Nº 43, 15 de setiembre de 1999)

MIRes y MESTOs

El 24 de setiembre el Gobierno aprueba por fin el nuevo decreto de titulación (puedes acceder al texto completo del decreto desde la web de *Diario Médico* en: <http://www.diariomedico.com/profesion/realdecreto2.html>) después de meses de conflictos en los que los médicos nos hemos unido por fin con el elevado motivo de enfrentarnos entre nosotros. El conflicto fatricida entre MIRes y MESTOs es un buen ejemplo de nuestra incapacidad para unirnos en intereses comunes y de relevancia para el bien de nuestra profesión y de la comunidad y de dar una imagen pública profesional coherente, digna y merecedora de respeto social. La resolución final, en una especie de ejercicio salomónico, no deja contenta a ninguna de las partes, y seguramente tampoco hace justicia a ninguna de ellas. Somos conscientes de que esto es un tema espinoso y quizás no somos los únicos en haber sentido una cierta presión a lo largo del proceso para tomar partido; ¿quiénes son los buenos?: los MESTOs, cuyo único pecado ha sido aprovechar una salida profesional en tiempos en los que el acceso a la especialización resultaba tremendamente restrictivo, o los MIRes que se sienten estafados por un sistema que ofrece una puerta de atrás que hace peligrar su futuro profesional y devalúa la formación especializada. Algunas manifestaciones poco afortunadas, han acusado a los MIREs de comportarse como los pilotos de Iberia (abril del 99, Francisco Perteguer, vicepresidente de la OMC), como si los MIRes consti-

tuyeran un grupo de presión defendiendo privilegios. Considerar que las condiciones laborales y económicas de un MIR (que ya no es un crío y que ha pasado por 6 años de carrera y un restrictivo examen) son un privilegio y esgrimirlo de esa manera es un argumento impresentable. Acusar a los MESTOs de poco menos que matasanos y responsables de degradación asistencial, un despropósito. La división entre los médicos se ha evidenciado en muchos ámbitos de la profesión, incluyendo las organizaciones colegiales y las monedas de cambio esgrimidas en la negociación parecen tan poco serias como utilizar como argumento ante los MIRes la amenaza-supresión de un hipotético examen MIR. Entre todas estas cosas me temo que la imagen social de los médicos ha quedado aún más malparada. Como en todas partes cuecen habas, los MIRes británicos se disponen también a ir a la huelga en demanda de mejores condiciones laborales y económicas (<http://www.diariomedico.com/profesion/prof080999combis.html>).

Lo que subyace bajo este conflicto es algo más profundo y grave en la Medicina española, y que aparece reflejado en un artículo de Javier Bosch en *JAMA* del 15 de setiembre titulado textualmente: “*Too Many Physicians Trained in Spain*”. En el mismo se dan cifras del 22% de paro de la profesión médica y negras perspectivas si la administración no toma cartas en el asunto. El 78% de los médicos en ejercicio tienen menos de 46 años y el 88% de los menores de 30 años no encuentran trabajo, al menos como médicos. Si a esto le sumamos una falta de perspectivas profesionales, un desprestigio general de la profesión, ayudada por diversas noticias en los medios de comunicación que solo se ocupan de la Medicina para reflejar errores médicos, corrupciones con los laboratorios, o presuntas virguerías técnicas de escasa trascendencia sanitaria, el panorama no parece muy halagüeño. Nuestra profesión se degrada, a la par que su consideración social y nuestra capacidad para dar respuestas sensatas a temas que nos competen y que hemos dejado en manos de administradores y políticos. Los médicos se buscan la vida en un mercado en el que hay de sobra para elegir, dan salida a sus frustraciones y conflictos peleándose

entre sí, y convierten en enemigos a compañeros cuyo único delito es tratar de vivir dignamente de la profesión que eligieron, mientras la administración se frota las manos viendo como en lugar de tener que enfrentar los errores de una mala gestión de la formación médica contempla un colectivo médico desunido, enfrentado entre sí, sin voz ni voto en los asuntos que más le competen, desprestigiado socialmente, con unas condiciones laborales y sociales manifiestamente mejorables, y preocupado fundamentalmente de sus intereses particulares.

(Nº 44, 1 de octubre de 1999)

De sufrimientos y *pichigüilis*

A medida que uno se va haciendo viejo (bueno, quiero decir, a medida que uno va adquiriendo experiencia en este negocio de la Psiquiatría) va descubriendo que en casa del herrero-psiquiatra no hay cuchara siquiera de palo, sino que se come con los dedos (y, dicho sea de paso, sin servilleta, son los codos encima de la mesa y con abundantes regüeldos entre bocado y bocado). Estamos muy seguros de que sabemos arreglar los conflictos, o los neurotransmisores de las personas a las que atendemos, pero nos cuidamos muy poco. La práctica sanitaria se caracteriza por lo mucho que desgasta y estresa y en el camino se quedan muchas ilusiones, y muchas veces la motivación con la que se arrancó en la línea de salida se queda en la cuneta después de haberse estrellado contra los guardarraíles de una dinámica profesional cada vez menos emocionante. Por supuesto, todas las especialidades se ven afectadas por estos problemas y va surgiendo una densa bibliografía sobre una enfermedad profesional de los médicos un tanto peculiar, ya que consiste en una forma enfermiza de desarrollar la profesión. Hace años ya que se hizo popular la denominada “*Enfermedad de Tomás*”, una especie de abulia profesional autocomplaciente que debía su nombre a una supuesta analogía con el personaje central de “*La insoportable levedad del ser*”, de Kundera. En un lúcido artículo disponible *online*, Mario Mendoza descri-

be el “*Síndrome de Hermógenes*”, que describe como “*Cualquier clase de padecimiento del paciente que sea ocasionado por una actitud deshumanizada del médico o del sistema de salud ante la enfermedad o el sufrimiento humano*”. Estas formas de enfermedad de la profesión tienen a veces su contrapunto en comportamientos del enfermo o vicios del sistema sanitario, que complican más aún la situación. Así, el propio Mario Mendoza describe el “*Síndrome de Adriano*” (“*toda actitud prepotente, arrogante o deshumanizada del paciente, sus familiares o sus representantes legales, los responsables de su seguridad social u otros, que pretenda menoscabar injustamente la importancia y la calidad del acto médico realizado por un profesional ético y competente, cualquiera que sea su fin o intención*”), que aunque parece más propio sistemas sanitarios o prácticas profesionales no generalizadas en nuestro medio no deja de tener cierta validez transcultural. Y en nuestro medio se ha hablado, con gran lucidez, de “*El usuario gorrón y el terapeuta quemado*”.

Los médicos no estamos siempre preparados para afrontar las tensiones que surgen en el marco de nuestra profesión. Véase, por ejemplo, el caso del suicidio de un paciente psiquiátrico. Las emociones, las reacciones que suscita en el profesional un hecho de esta naturaleza (afortunadamente infrecuente pero dolorosamente nada extraordinario) son más o menos universales, y por lo tanto, predecibles por lo que cabría esperar algún entrenamiento, alguna preparación para manejarlas en algún momento de la especialización. No conozco ningún programa de esta naturaleza, y tampoco parece que sean frecuentes en otros países (por cierto, el *American Journal of Psychiatry* de octubre recoge un interesantísimo caso clínico, en el que el protagonista-enfermo es un psiquiatra, y su enfermedad la reacción al suicidio de un paciente en los albores de su práctica profesional independiente; recomendamos su lectura). Cada uno maneja como quiere, o más bien como puede, esas tensiones, y no es infrecuente que se recurra al mecanismo nada profundo de la banalización de los problemas o de los casos que nos afectaron a través de la ridiculización o de balandronadas.

En este sentido, nos ha resultado ilustrativo un reciente comentario de un residente de Psiquiatría en el *BMJ*.

Y más allá de estas consideraciones está el caso de los compañeros con problemas, problemas como los que atendemos en nuestros enfermos, y a los que somos incapaces muchas veces de ayudar. Eso sí, no es raro que el psiquiatra sea capaz de diagnosticar con precisión, en *petit comité* o para sus adentros, el problema de su compañero, pero en el mejor de los casos su actitud se limitará a guardar un prudente, o púdico, o temeroso silencio, dejando que el compañero-enfermo se convierta en un *Hermógenes* conocido como tal por todo el mundo (compañeros, usuarios) y quede crecientemente estigmatizado. Es la cuchara de palo, o el comer con los dedos, y por mucho que uno pueda explicarlo por mecanismos proyectivos, identificatorios, proyectivo-identificatorios o de la naturaleza que sea, no deja de ser lastimoso. En definitiva, que no nos cuidamos. El médico es más vulnerable de lo que se cree o reconoce ser. Veamos más rasgos de nuestro sufrimiento. ¿Qué queda de la antigua imagen social y humanista de nuestra profesión? ¿Qué ha sido de los supuestos privilegios de los médicos? Hoy en día sólo se considera *élite* al médico en el marco de eventos como los congresos y reuniones médicas. Y con todo, damos la nota. Hace algunos años, con su sempiterna lucidez, *The Txori-Herri Medical Journal* publicó un artículo sobre la captura de *pichigüilis*. Para los no avisados, un *pichigüili* es todo objeto que de forma gratuita puede conseguirse en el stand o chiringuito de un laboratorio farmacéutico en un Congreso o Reunión Científica. Cualquiera que haya asistido a uno de estos eventos habrá contemplado -o participado en- las peleas de los señores doctores (psiquiatras, por ejemplo) por hacerse con un boli que se explota *ipso facto*, o una bolsa de papel vistosa, o una visera horterilla. Este lamentable espectáculo nos pone en el sitio que merecemos. Pero para quien desee consolarse, el fenómeno es transcultural. En una reciente carta publicada en el *BMJ*, un ejecutivo de una compañía farmacéutica denunciaba los manejos de los psiquiatras asistentes a un congreso para hacerse con *pichigüilis* de escaso valor. Mal de muchos... Y así nos va.

(Nº 45, 15 de octubre de 1999)

- Dinniss S. The machismo of medicine. *BMJ* 1999; 319:929
- Smith CA. Pichigüilis: State of the Art. *Txor Her Med J* 1997; 5
- Gervás JJ, Hernández Monsalve LM. Tratamiento de la enfermedad de Tomás. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 572-575
- Gitlin MJ. A Psychiatrist's Reaction to a Patient's Suicide. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1630-1634
- Jacobs A. But doctors do see them: "freebies" seem disproportionately important. *BMJ* 1999; 319:1002.
- Mendoza M. Patogenia del síndrome de Hermógenes. Descripción del síndrome de Adriano. *Acta Med Coloma* 1999; 24: 60-65:
<http://www.angelfire.com/il/ireneo/HermogenesyAdriano.html>
- Rendueles Olmedo G. El usuario gorrón y el terapeuta quemado. *Psiquiatría Pública* 1992; 4: 115-129

Rezar por los demás

El presente editorial lo dedicamos a comentar un artículo aparecido en los *Archives of Internal Medicine* que, francamente no tiene desperdicio y cuya lectura recomendamos a todos nuestros suscriptores: "A Randomized, Controlled Trial of the Effects of Remote, Intercessory Prayer on Outcomes in Patients Admitted to the Coronary Care Unit" (William S. Harris y cols en *Arch Intern Med* 1999; 159: 2273-8). El artículo estudia los efectos de "rezar por los demás" como intervención terapéutica sobre un grupo de enfermos en una unidad coronaria. Concluye que el grupo de pacientes por el que se rezó tuvo un 10% menos de sucesos adversos o complicaciones aunque la longitud de la estancia hospitalaria fue la misma en ambos casos. La metodología del trabajo es, sin embargo, la que merece ser resaltada. Señalaremos algunos apartados:

-En primer lugar, las condiciones de doble ciego fueron muy estrictas: ni los pacientes sabían que se estaba rezando por ellos ni siquiera que se estaba realizando un estudio sobre los efectos sanadores de los rezos. Los orantes, a su vez, desconocían cualquier aspecto que no fuera el nombre del paciente ignorando las

características de su enfermedad y de su curso clínico. Los sujetos cuyo número de historia fuera par se incluían en un grupo y los impares en otro de forma aleatoria y consecutiva.

-El Comité del Hospital autorizó que no se pidiera consentimiento informado y la discusión que se hace de este aspecto del trabajo es de morirse de risa. Se concedió esta exención porque 1º) no se conoce que exista riesgo alguno por el hecho de que recen por uno ni tampoco porque no lo hagan; 2º) no se recogen en el trabajo datos extras con respecto a los ordinarios y 3º) si se comentaba que se iba a hacer un estudio de este tipo, algunos pacientes, al pensar que no estaban en el grupo de los pacientes por los que se estaba rezando podrían angustiarse mucho.

- Los “*orantes*”, para ser reclutados debían estar de acuerdo con el siguiente enunciado: “*Yo creo en Dios. Creo que EL es personal y que le preocupan las vidas individuales. También creo que responde a las plegarias de curación hechas en nombre del enfermo*”. Una vez reclutados, se formaron 15 equipos de 5 miembros desconociéndose entre sí incluso los del mismo equipo. Todos ellos eran de tradición cristiana: 35% sin otra denominación, 27% episcopalianos y el resto de otros grupos protestantes y católicos. El 87% de ellos eran mujeres y de una edad media de 56 años. La totalidad de los participantes iba semanalmente a misa y rezaba con regularidad ya antes del estudio (es decir, con experiencia). Debían rezar durante 28 días “*por la rápida recuperación sin complicaciones*” de fulano... más cualquier otra cosa que quisieran añadir.

-El principal punto débil del estudio, según los autores, es la escala de medida que utilizaron, de su invención (*MAHI-CCU*) y que otorga puntos según los sucesos que sufre el paciente (si sufre una angina le dan 1 punto, si le hacen cateterismo 1 punto, una parada cardiaca 5 puntos, etc.) No está validada y no saben el significado de que los pacientes por los que se rezó tuvieran un 10% menos de problemas durante la estancia. Hay que decir que este estudio intenta replicar uno anterior de un tal Byrd que obtuvo también un efecto positivo de los rezos y, por ello, se utilizó también la escala de Byrd aunque con ésta no se encontraron diferencias entre los dos grupos.

-En cuanto a los mecanismos por los que los rezos podrían actuar los autores los dividen en dos tipos: naturales y sobrenaturales. En cuanto a las naturales especulan con la existencia de posibles “*fuerzas*” generadas por el orante y recibidas por el paciente. En cuanto a los mecanismos sobrenaturales dicen que, por definición, no pueden ser discutidos científicamente. En cualquier caso, insisten en que el estudio está diseñado para explorar un fenómeno y no sus mecanismos y que el hecho de que no pueda aventurar una explicación no invalida la existencia de un fenómeno. Pone como ejemplo el descubrimiento en 1753 de James Lind del efecto curativo de las limas y limones en el escorbuto sin que tuviera la menor idea de la existencia del Acido Ascórbico. También aclaran que de los resultados de su estudio no se puede concluir que Dios responda a las plegarias ni siquiera que Dios exista. Lo que se investiga, dicen, son los efectos de los rezos y no la existencia de Dios. Por nuestra parte, decir que nos apuntamos más a la hipótesis de las “*fuerzas*” porque denotaría una falta de sensibilidad terrible por parte de Dios responder solamente a los que le rezan e ignorar a los demás. Aplicar el vulgar principio de “*el que no llora no mama*” nos parece algo indigno de El. Por otro lado, hay que añadir que los próximos investigadores que quieran replicar el estudio van a encontrarse con nuevos dilemas éticos ya que al existir dos estudios previos con un efecto positivo de los rezos cabe plantearse, por ejemplo, si es ético utilizar un grupo control. En definitiva, un estudio genial que nos demuestra una vez más que la realidad supera a la ficción ya que ni los chicos del *Txori-Herri Medical Journal* podrían hacerlo mejor.

(Nº 46, 1 de noviembre de 1999)

Uriarte JJ, Medrano J, Malo P. ¿Es rezar un tratamiento médico eficaz? GOZE 2000; III (10): 43-48: <http://www.ome-aen.org/norte/10g/n10043048.pdf>

De Congreso

Los foros donde los psiquiatras (y por extensión, el resto de los médicos) nos juntamos para poner en común sesudas investigaciones e interesantes experiencias son variopintos; y algunos más

variopintos que otros. Lo cierto es que la creciente confusión entre marketing y ciencia está llevando a ciertos acontecimientos de este tipo a un mercadillo sin ningún tipo de credibilidad. El templo de la ciencia profanado por los mercaderes es cada vez más una realidad, y quizás empiece a hacer falta un Jesucristo que saque el látigo y los expulse. Pero no nos engañemos; no son los mercaderes los culpables, o al menos los únicos culpables, de la situación. Nuestra egosintónica aquiescencia nos hace cómplices de una degeneración de un aspecto fundamental de nuestra profesión: la investigación y la comunicación científica. Y además, hacemos el ridículo. Cualquier observador independiente alucinaría a colores viendo pelearse a personas mayores, y con carrera, por llevarse un paraguas de propaganda, un chubasquero barato, o arramplando con los bolígrafos a puñados. Y de mientras, las salas de ponencias, absolutamente vacías. En la mayoría de las ocasiones, ponentes expertos y de calidad, desperdician su tiempo y energías en contar a una docena de personas perdidas en una sala apropiada para 500 (entre las que media docena son otros ponentes y la otra media compromisos) una milonga ensalzando las virtudes de algún antidepressivo que trata de buscar su supervivencia en un suculento pero competido mercado. Y en otras, ponencias de indudable interés se pierden en el vacío de las butacas, mientras el rumor del personal agolpado en los *stands* de los fenicios pone la nota animada. Yo no defiendo congresos monacales; no sólo de ciencia vive el hombre, pero creo que no sería tan difícil aunar el componente lúdico y social de un congreso con su seriedad y utilidad científica; y además creo que esto sería rentable para la propia industria farmacéutica. ¿Qué credibilidad merecen los cátedros que un día hablan de las virtudes de tal antidepressivo y al siguiente de tal antipsicótico? ¿Qué credibilidad tienen los estudios esponsorizados que sin ningún rubor sólo señalan resultados del tipo “*lava más blanco*”? Algunas cosas que se no ocurren podrían mejorar, a nuestro juicio, la situación: Alentar reuniones y congresos de tamaño medio, huyendo de la organización de eventos mastodónticos, con grandes gastos y muy dependientes de financiaciones perversas. La esponsorización de ponencias por parte de la indus-

tria debería seguir un sistema de doble ciego; es decir, ni el esponsor sabe qué ponencia esponsoriza, ni el esponsorizado quién le esponsoriza. El pago de las inscripciones al congreso del personal asistente debería estar condicionado a la asistencia obligatoria a un número determinado de ponencias; esto, lógicamente obliga a pasar lista. Si no acudes y no llevas justificante devuelves la pasta. En congresos grandes, con muchas ponencias y temas debería ser posible un sistema de pago tipo *pay per view* permitiendo el pago parcial sólo de las conferencias y eventos a los que se quisiera asistir. Los pichigüilis entregados deberían tener en todo caso un mínimo valor científico o al menos cultural: libros, CDs, etc.

(Nº 47, 15 de noviembre de 1999)

Enfermedad de Alzheimer y demencias

A primeros de noviembre se celebró en el Palacio Euskalduna de Bilbao el Congreso sobre Enfermedad de Alzheimer. Desgraciadamente yo no pude asistir, pero según tengo entendido el esquema empleado (talleres participativos) y la asistencia *responsable* de las personas inscritas dieron al evento una seriedad y un nivel muy apreciable. En sintonía con este acontecimiento, vamos a comentar en estas *News* novedades publicadas en el último mes sobre la enfermedad de Alzheimer y *Demencias Afines* y dedicaremos las *Highlights* y la sala de lectura a aspectos más o menos relacionados con esta cuestión.

Recientemente se ha *construido* un ratón transgénico capaz de expresar los acúmulos de proteína tau típicos de las marañas neurofibrilares. Este ratón permitirá estudiar la patofisiología de la enfermedad y tal vez desarrollar algún tipo de abordaje terapéutico... y se unirá a otro ratón transgénico, que es *capaz* de producir en su cerebro acúmulos de proteína amiloide y que ya ha dado pie a un trabajo, publicado en *Nature* en julio, sobre las posibilidades de la terapia *inmunológica* para la enfermedad. ¿En qué consiste este tratamiento? Pues en vacunar a los ratones contra la proteína en cuestión. Por cierto, en el *New England Journal of Medicine* del 25

de noviembre se desarrolla la idea y se plantean los inconvenientes teóricos que tendría este abordaje. También hay avances técnicos en el diagnóstico precoz, desde la neuroimagen y desde lo inmunorreactivo (ver más adelante). Un equipo norteamericano especializado en técnicas de microscopía publicará en breve en los *Proceedings of the National Academy of Science* un artículo, liderado por H Benveniste, en el que se comunica el desarrollo de un procedimiento de RNM microscópica capaz de detectar placas seniles, que no son detectables por la RNM convencional. Aunque hasta la fecha sus hallazgos se han producido sólo *post-mortem*, la impresión es que dentro de nada tendremos una técnica irrefutable para hacer diagnósticos precocísimos de enfermedad de Alzheimer. Habrá que esperar que la técnica se depure adecuadamente, para no hacer diagnósticos demasiado precoces, ya que las placas se dan, como se sabe, también en los cerebros de personas de edad avanzada no afectadas por la enfermedad.

En cuanto a la etiopatogenia, un trabajo publicado en el *American Journal of Epidemiology* encuentra una relación entre los TCE y la aparición ulterior de enfermedad de Alzheimer. Algún día alguien terminará por sintetizar debidamente todos los factores facilitadores, causas, etc, sugiriendo que el Alzheimer es una respuesta inespecífica a diferentes noxas o estresantes. Por su parte, los *Archives of General Psychiatry* recogen un interesante estudio sobre la relevancia de los neuropéptidos en la enfermedad, encontrando que en fases tempranas de la misma hay una reducción del CRF, por lo que las técnicas de inmunorreactividad relacionadas con este producto podrían servir de marcadores diagnósticos. El artículo da pie a un comentario que resalta la importancia de los sistemas peptidérgicos en la fisiopatología del Alzheimer precoz, y que se acompaña del sugestivo subtítulo: *viva el CRF, abajo la acetilcolina*. Tal vez no tardemos en conocer fármacos que *trabajan* el CRF, y al hilo de estos hipotéticos productos, tampoco será de extrañar que de la noche a la mañana nos abrume la divulgación científica/propaganda comercial sobre lo importantes que son los péptidos en la Enfermedad de Alzheimer. Y sería una lata, ahora que estamos reconociendo las virtudes de los inhibidores de la acetilcolinesterasa, que no sólo mejoran el rendimiento cognitivo, sino

que en el caso de la rivastigmina consiguen recuperaciones en las actividades de la vida diaria, o, en el del donezepilo, corrigen los trastornos conductuales asociados al Alzheimer. Y siguiendo con teorías patogénicas y fármacos, *El Médico Interactivo* recoge una noticia (<http://www.medynet.com/elmedico/noticias/1999/11/20/n3.htm>) a propósito de un simposium internacional sobre patologías neurodegenerativas organizado por la Fundación Ramón Areces. En este foro, Stuart Lipton, neurólogo de The Burnham Institute, afirma que en el año 2000 la demencia asociada al SIDA será más frecuente que la enfermedad de Alzheimer, y asegura que el futuro terapéutico lo representan los fármacos anti radicales libres. ¿Viva, pues, la vitamina E? O vivan los estrógenos, ya que la terapia sustitutiva, según AJC Sooter en el *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, parecen reducir el riesgo de Alzheimer de inicio precoz.

La enfermedad de Alzheimer, pues, es un problema socio-sanitario grave, al que se le va dando una creciente importancia... y al que al parecer le van saliendo cada vez más *novios*

(N^o 48, 1 de diciembre de 1999)

- Benveniste H, Einstein G, Kim KR, Hulette C, Johnson GA. Detection of neuritic plaques in Alzheimer's disease by magnetic resonance microscopy. PNAS 1999; 96: 14079-14084
- Blass JP. Immunologic Treatment of Alzheimer's Disease. N Engl J Med 1999; 341:1694-1695
- Davis KL, Mohs RC, Marin DB et al. Neuropeptide Abnormalities in Patients With Early Alzheimer Disease. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:981-987.
- Ishihara T, Hong M, Zhang B, et al. Age-Dependent Emergence and Progression of a Tauopathy in Transgenic Mice Overexpress the Shortest Human Tau Isoform. Neuron 1999; 24: 751-762.
- Nemetz PN, Leibson C, Naessens JM. Traumatic brain injury and time to onset of Alzheimer's disease: a population-based study. Am J Epidemiol 1999; 149: 32 - 40
- Schenk D, Barbour R, Dunn W et al. Immunization with amyloid- attenuates Alzheimer-disease-like pathology in the PDAPP mouse. Nature 2000; 400, 173 - 177

¿Qué es un Trastorno Mental?

En el *American Journal of Psychiatry* de Diciembre aparece un artículo muy interesante de Robert L Spitzer y Jerome C Wakefield sobre el criterio de relevancia clínica (*clinical significance*) en el DSM-IV (<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/156/12/1856>). Se refieren a ese criterio que aparece en un 46% de los trastornos y que reza algo así como: “*el trastorno debe generar un daño clínico significativo o un deterioro social, ocupacional o en otras áreas de funcionamiento*”. Si este criterio no se cumple, no se trataría de un trastorno psiquiátrico. Según explican, este criterio se añadió tras la elevada prevalencia de enfermedad psiquiátrica en la comunidad que apareció en el *Epidemiological Catchment Area Study* (ECA), realizado con criterios *DSM-III* y en el *National Comorbidity Survey*, realizado con criterios *DSM-III-R*, quedaba feo tanta enfermedad psiquiátrica en la gente y los diagnosticadores pensaron que se habían pasado y que había que bajar un poco el umbral de lo que se considera trastorno psiquiátrico.

Enseguida nos damos cuenta del terreno resbaladizo que pisamos y que nos sitúa al margen del resto de la Medicina. Resulta que los criterios diagnósticos de la enfermedad no son suficientes para diferenciar trastorno de no trastorno y entonces tenemos que realizar una interpretación o juicio clínico con lo que, al final, nos sobran los famosos criterios objetivos del *DSM*. En el resto de la Medicina, si se produce una alteración de un proceso biológico interno entonces existe una enfermedad (aunque a veces tampoco está tan claro...). Podemos diagnosticar enfermedad valvular cardíaca o un tumor o lo que sea aunque no exista repercusión clínica y el sujeto se encuentre incluso asintomático y haga una vida normal. Si una válvula no cierra como es debido o unas células proliferan de forma anómala hay una enfermedad. En Psiquiatría resulta que tiene que haber una repercusión clínica importante, un malestar o un sufrimiento, lo cual apoya el punto de vista de los que critican el *DSM* por no distinguir enfermedad psiquiátrica de lo que no lo es y por medicalizar cosas que, en realidad, muchas

veces son problemas sociales. Por ejemplo, si una pareja se lleva mal y se tiran los trastos todo el día a la cabeza, estaríamos ante un problema matrimonial; pero basta que la señora diga “*esto no lo soporto más...yo me suicido*” para que estemos ante un trastorno psiquiátrico (o simplemente que no duerma bien y esté ansiosa). Como cualquier problema psicosocial es capaz de llevar a la persona hasta ese punto (dificultades económicas, laborales, de relación...) entonces cualquier cosa puede ser un problema psiquiátrico: que una señora compre mucho, que alguien pase horas navegando en Internet, etc. El artículo se acompaña de un Editorial de Kenneth S. Kendler muy inteligente titulado “*Setting boundaries for psychiatric disorders*”. Entre los puntos que toca Kendler destaca la crítica al amago que hacen Spitzer y Wakefield de volver a un modelo etiológico. En un momento del artículo dicen que un conjunto de síntomas (por ejemplo un intenso cuadro de tristeza, desánimo, etc.) no es suficiente para decidir si se trata de una enfermedad: este cuadro podría deberse a un duelo en cuyo caso no sería patológico o deberse a una depresión en cuyo caso sí lo sería. Kendler argumenta que un alto porcentaje de depresiones mayores aparecen en medio de adversidades psicosociales y que incluso cuando los sujetos se enfrentan a las adversidades más graves (un asalto, por ejemplo) sólo una minoría desarrolla depresión mayor, lo que hace también muy difícil determinar lo que constituye una reacción normal al estrés. Dice Kendler que volver a la situación de que el clínico decida si una situación es una reacción comprensible a un problema o es un problema endógeno no sería muy aconsejable teniendo en cuenta que no ha dado tampoco resultados muy brillantes en el pasado. Spitzer concluye que cree que hay que quitar ese criterio del futuro *DSM-V* ya que se incluyó sin un apoyo adecuado de estudios y simplemente se decidió sobre bases conceptuales. Por su parte Kendler nos dice que pasará mucho tiempo antes de que podamos definir los límites de la enfermedad psiquiátrica. A su vez, mientras esto no ocurra tampoco podemos decir qué es un psiquiatra y para qué sirve ¡y luego los americanos se sorprenden de que los estudiantes de Medicina

cada vez elijan menos la especialidad de Psiquiatría !... afortunadamente, aún queda gente con sentido común.

(Nº 49, 15 de diciembre de 1999)

Kendler KS. Setting Boundaries for Psychiatric Disorders. Am J Psychiatry 1999; 156:1845-1848

Spitzer RL, Wakefield JC. DSM-IV Diagnostic Criterion for Clinical Significance: Does It Help Solve the False Positives Problem? Am J Psychiatry 1999; 156:1856-1864: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/156/12/1856>

De la Década del Cerebro al Milenio de las Personas

Aunque la *THMA* defiende, desde su reconocida postura de racionalidad, que el siglo y el milenio no cambiarán hasta el 2001 (y además, ¿qué más da?), no podemos por menos que sentir que este número que recibís, último de la década de los 90 y número 50 de nuestra modesta historia tiene algo de especial. Y como hace todo el mundo, nosotros también aprovechamos para hacer balance. Cuando empezamos esta pequeña aventura, hace ya dos años, no podíamos imaginar que llegaríamos hasta aquí. Con casi 700 suscriptores y 19.000 visitas a nuestra página Web lo que se inició como un experimento, casi un juego, se ha convertido en algo moderadamente serio, en un compromiso que tiene mucho de satisfacción, pero también algo de carga de responsabilidad. A lo largo de estos 50 números hemos tocado infinidad de temas en nuestros editoriales, y recomendado cientos de direcciones, algunas más útiles que otras. Hemos disertado sobre temas más o menos tecnológicos (el surgimiento de la Tecnología *mp3*, Nº 20. 1 de Octubre de 1998; los Alimentos Transgénicos Nº 31. 15 de Marzo de 1999), pontificado sobre la Investigación Biomédica (Nº 40. 2 de agosto de 1999) o los Límites del Concepto de Enfermedad Mental (Nº 49. 15 de Diciembre de 1999); y sermoneado sobre Ética (Nº 42. 1 de setiembre de 1999), el Estigma (Nº 17. 14 de agosto de 1998) o la Psicofarmacología Cosmética (Nº 7. 15 de

Marzo de 1998). Total, que nos hemos explayado a gusto, y como esto crea vicio, de momento pensamos seguir con el rollo.

Y hablando de balances, la llamada pomposamente, y con cierta autosatisfacción, “*Década del Cerebro*” no parece que haya sido para tanto. A pesar de los innegables avances científicos que han visto la luz en esta década, especialmente los relacionados con la genética y la neuroquímica, no parece que esto haya repercutido demasiado en nuestros pacientes. La Psiquiatría avanza a pasos agigantados, pero nuestros pacientes lo notan poco. Y es que abundando en lo que decíamos en un editorial más bien pesimista y *tocacojones* (Nº 41. 15 de agosto de 1999), seguimos descubriendo receptores y fármacos que interactúan graciosamente con ellos, pero nuestros pacientes están más o menos donde estaban. Parece que avanzamos mucho en el conocimiento del cerebro pero no tanto en el de las personas, especialmente de las enfermas. Como decía un artículo editorial de J M Kane (*Curr Opin Psychiatry* 1999, 12: 17-18), “*es muy alentador ser testigos de la amplitud y profundidad de las perspectivas de la investigación y la tecnología aplicadas al desafío de la esquizofrenia. Al mismo tiempo es esencial evaluar lo que hemos avanzado realmente en mejorar las vidas de los individuos que padecen dicha enfermedad*”. El artículo, tras reconocer que desde la revolución que siguió a la introducción de los psicofármacos en los años 50 no se han producido grandes avances en la evolución de tales pacientes, incide en la influencia de un mercado farmacéutico que enfatiza supuestas ventajas y diferencias a favor de los nuevos fármacos sin tener demasiado en cuenta su impacto real clínico y funcional. Es decir lo importante no es descubrir cosas, sino la relevancia que esto tiene sobre la evolución clínica de los pacientes. Con respecto a la depresión, parece que esta década hemos aprendido a descubrir muchos más depresivos que antes, pero los curamos parecido. El porcentaje de personal que toma antidepresivos ha crecido de forma exponencial con el surgimiento de los ISRS, pero la depresión parece más que nunca una enfermedad crónica. No me parece casual que los ansiolíticos de consumo hayan dado paso a

los antidepresivos de consumo; la sociedad rica occidental, cada vez más cobarde, o más derrotada, o más saciada de todo lo consumible, tira más de pastillas para la desesperanza y la tristeza. Y de pastillas para enfrentar el descontrol de impulsos: impulsos de comer, de comprar, de darse de hostias con el vecino, o de arrancarse el cabello..., a falta de preocupaciones más elevadas en las que gastar nuestras energías.

Pero en el año 2000 lo que consideramos avances y problemas de la Psiquiatría son sólo avances y problemas de una parte de la Psiquiatría. Parece muy preocupante delimitar de forma adecuada el ADHD en niños, pero esto les importa una minga a los niños de Uganda, pongamos por caso, que bastante tienen con reunir fuerzas para cargar con el kalashnikov (o como coño se escriba). Y podemos jamarnos la cabeza y tratar de tomar una decisión, firmemente basada en la evidencia del viaje-congreso-jolgorio que nos paga el laboratorio correspondiente, acerca de cuál es el atípico más molón para nuestros pacientes, mientras decenas de miles de psicóticos del la Europa del este (Europa, sí), no tienen ni para calefacción en sus manicomios. ¿Y puede la Psiquiatría vivir ajena a esto? ¿Podemos vivir en esta malsana autosatisfacción que ignora la realidad de las personas enfermas del mundo y se regodea en pseudoavances científicos sin repercusión clínica, o en verdaderos avances científicos que quedan fuera del alcance de la mayoría de la humanidad? Y mientras, en los países desarrollados, los sanos pero débiles ciudadanos suplantán en su papel de enfermos a los verdaderos enfermos. Una Psiquiatría dirigida a sanos, débiles, y egoístas ciudadanos que se comen el pastel que nos vende ufana la industria farmacéutica, con su interesada confusión entre el sufrimiento y las dificultades de una vida (que aunque se nos haya olvidado, siempre ha sido difícil) y la verdadera enfermedad mental, que ha encontrado en muchos casos un nuevo manicomio en la comunidad. Quizás haya que pedir que la década del 2000 sea nombrada década de la persona, en lugar de del cerebro. Y que podamos hablar de una Psiquiatría que incide en la vida de las personas enfermas, de las que sufren enfermedades

mentales de verdad, y necesitan de toda nuestra ayuda, esfuerzo e investigación. Y lo sentimos por la chapa, y el tono un pelo demagógico, pero así nos ha salido.

(Nº 50, 31 de diciembre de 1999)

Tratamiento de las demencias

Desde 1996 se han incorporado al mercado farmacéutico español, con restricciones para determinados especialistas, los llamados *inhibidores de la acetil-colín esterasa (IACE)* para el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer (EA). Desde 1996, en la Comunidad Autónoma del País Vasco, la prescripción de estos fármacos está limitada a los neurólogos, por lo que en principio los psiquiatras no pueden utilizarlos. Desde 1996 no consta que haya habido ninguna protesta forma por parte del colectivo de psiquiatras del País Vasco por esta medida, que implica de alguna manera la idea de que los psiquiatras no somos capaces de diagnosticar certeramente la EA. Y si no ha habido ninguna protesta, habrá que atribuirlo o bien a que efectivamente compartimos esta apreciación de la administración o bien pasamos de este colectivo de enfermos. Llama la atención poderosamente si uno revisa estudios de revistas neurológicas, o de *médicos-de-verdad* en general, que cuando se presentan estudios sobre demencia se suelen invocar los criterios diagnósticos del DSM-IV. Es decir, aunque se aborde la demencia desde campos vecinos a la Psiquiatría, se utilizan criterios *de psiquiatras* para diagnosticarla. Podrá decirse que se debe a que son los criterios operativos más a mano, con independencia de que los haya elaborado y auspiciado una sociedad psiquiátrica, pero si se usan será que no son tan malos... y que desde la Psiquiatría puede diagnosticarse la demencia y abordar todos los problemas que acarrea, y no sólo la sintomatología psiquiátrica asociada. Y así, de hecho se hace en otros países (no nos queda tan lejos el Reino Unido).

La demencia, la llamada *marea gris*, amenaza con reventar los recursos sociales y sanitarios de los países desarrollados, y de su

creciente importancia y trascendencia dan fe los avances en la comprensión de la enfermedad registrados en los últimos años (“descubrimiento” de la EA, eliminación de la “*demencia arteriosclerótica*”, auge y redefinición de las demencias vasculares, *redescubrimiento* de las demencias frontales, individualización de las demencias con Cuerpos de Lewy, focales y de las enfermedades por priones). Y, por supuesto, el creciente interés terapéutico y comercial por el desarrollo de fármacos que al menos atenúen la enfermedad. Este último campo es especialmente conflictivo, y no sólo por la inmensidad del pastel económico que está en juego. La patogenia y fisiopatología de la EA y de las demencias en general no está clara, como recoge un reciente artículo sobre causas de la EA y al hilo más de coyunturas de mercado que un verdadero espíritu científico hemos asistido al auge de la hipótesis colinérgica, a su desaparición para hacer sitio a la neurotoxicidad por calcio y a su reaparición, con los IACE subidos a su carro. Seguramente, si la vitamina E o los estrógenos rindieran más desde el punto de vista comercial las teorías sobre radicales libres o la neuroprotección por estrógenos estarían más en boga. Y a medio plazo y en función de lo que den de sí los fármacos inhibidores de la proteína amiloide (recogíamos el comienzo de un ensayo clínico con *Beta-bloc* en las pasadas News) es posible que de pronto éste mecanismo y no otro aparezca como básico, central, esencial, en el panorama científico-terapéutico de la EA. Y si no, siempre ha lugar a la politerapia, intentando con múltiples remedios combatir a la enfermedad desde todos los frentes posibles. Una enfermera diagnosticada de EA presenil nos cuenta en el *Western Journal of Medicine* cómo ella se trata con vitamina E y ginkgo biloba, dos ilustres *outsiders* que han mostrado cierta efectividad en el tratamiento de la EA, aunque en un artículo recogido en *Bandolier* nos alertan de la falta de evidencias en lo que se refiere al ginkgo. Ahora, por el momento, es el tiempo de los IACE. ¿Qué ofrecen estos fármacos? Al parecer, una atenuación del curso de la EA en sus fases leves a moderadas. La mejoría con el donepezil, nos dicen en el número de enero de los *Archives of Neurology* no es espectacular, pero sí significativa frente a placebo, y desaparece a los tres meses de

suspensión del producto. La rivastigmina, el metrifonato y la tacrina, son igualmente eficaces para obtener una mejoría en escalas como la ADA y mitigar los efectos de la enfermedad sobre la autonomía personal y reducir los trastornos de conducta. La cuestión, aún por despejar, es si resultan coste-efectivos, si estas mejorías merecen la pena. Seguramente oiremos argumentos contrapuestos, apasionados y viscerales. A veces lo más caro no es lo más eficiente, pero otras veces sí (por ejemplo, en el *Western Journal of Medicine* nos cuentan que para el diagnóstico precoz de la demencia merece más la pena utilizar el PET que otras pruebas de neuroimagen más baratas). Y en la medida en que se aporten evidencias de efectividad de los IACE en demencias avanzadas o en demencias vasculares (como ya está haciendo la rivastigmina, lo cual, por cierto, echaría por tierra la idea de la especificidad colinérgica de la EA), el debate puede ser más tenso. Entre tanto, los psiquiatras del País Vasco asistiremos como meros espectadores al debate, porque no podemos utilizar estos fármacos, lo cual tiene un intrínquilis sobreañadido, ya que últimamente se está comenzando a deslizar la idea de que podrían ser considerados como psicofármacos con pleno derecho. Ya en 1996 Cummings publicaba en *Neurology*, un artículo sobre la posible relevancia del sistema colinérgico en una amplia gama de síntomas psiquiátricos asociados o no a la demencia. Uno de los argumentos era que la potenciación colinérgica favorece la depresión, en tanto que la inhibición de este sistema parece tener un efecto antidepresivo. En línea con esta idea se ha publicado un estudio abierto preliminar sobre la acción del donepezilo en la manía. A pesar de que en la bibliografía hay comunicaciones de manía secundaria al uso del fármaco, parece que en el ensayo en cuestión fue relativamente eficaz (un comentario malicioso: si la inhibición del sistema colinérgico tiene un efecto antidepresivo, ¿resultará ahora que el potencial anticolinérgico de los tricíclicos, lejos de ser un inconveniente, era la auténtica razón de su acción terapéutica? ¡Qué poco serio es esto de la Psicofarmacología y la Neurociencia Ficción!). Abundando en la idea de que estos fármacos son *psico*-fár-

macos, el *American Journal of Psychiatry* de enero publica un extenso y documentado artículo del propio Cummings.

Así se redondea la paradoja: los psiquiatras de la Comunidad Autónoma Vasca no podemos recetar fármacos que se van a promocionar como psicofármacos y que se usan para tratar a enfermos que atendemos por enfermedades que aparecen en los tratados de nuestra especialidad. La indiferencia al respecto, bien sea por desidia hacia nuestra profesión, bien por reconocimiento de una carencia de ciertas habilidades, bien por desinterés por un grupo de *usuarios* no dice, desde luego, nada bueno de nuestro colectivo.

(Nº 51, 15 de enero de 2000)

Nota de los Eds: Recientemente se ha cuestionado la efectividad de los IACEs y su utilidad práctica. Entre otros artículos: Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt HP, van den Bussche H. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2005; 331:321-7

¿Por qué la gente no busca?

Hace unas semanas la música de un anuncio de la compañía *Telefónica* más odiada del mundo ha supuesto un auténtico bombazo. Nos estamos refiriendo al dueto “*Ain't no mountain high enough*” de Marvin Gaye y Tammi Terrell. Marvin Gaye es bastante conocido pero Tammi Terrell probablemente no lo es tanto. Fue una mujer promiscua, bebedora, víctima de malos tratos (por muchos de los hombres con los que estuvo, Marvin Gaye incluido, según las malas lenguas) y que murió como consecuencia de un tumor cerebral cuyo síntoma inicial fue precisamente una pérdida de conocimiento en el escenario en brazos de Marvin. Tras varias intervenciones quirúrgicas acabó falleciendo y Marvin quedó tan afectado que desapareció del panorama musical durante 3 años. Al final del editorial incluimos algunos enlaces para conocer la biografía y discografía de esta mujer así como la letra de esta preciosa canción.

Pero lo curioso es que tenga que ser un anuncio de televisión el que llame la atención de mucha gente sobre una maravillosa música soul que lleva décadas en las estanterías de las tiendas de discos. ¿Porqué ocurre esto?...Podemos mencionar muchos factores pero uno podría ser el fracaso de la radio musical. Hace ya muchos años, los disc-jockeys de las cadenas de radio tenían libertad para poner la música que quisieran y no eran raros programas contando la trayectoria musical de uno o varios grupos y de estilos musicales completos (*blues, country*, etc.). Uno podía conocer la trayectoria y las relaciones entre ellos y en definitiva, formarse musicalmente. Después, llegaron las radiofórmulas y todo aquello se acabó. Ahora, excepciones aparte, sólo se escuchan los éxitos del momento que interesan a las compañías discográficas y los disc-jockeys se limitan a soltar las 4-5 horas de música enlatada que les han preparado, con sus correspondientes anuncios en un tono pretenciosamente joven y desenfadado. Si a esto añadimos que mucha gente no oye la radio pero que son muy pocos los que no ven la TV en algún momento del día, pues no resulta extraño que la gente vaya a la tienda pidiendo la canción de tal o cual anuncio (dicho sea de paso, temas generalmente muy bien escogidos: “*oldies*” “*soul*”, etc., de gran calidad y que han resistido muy bien el paso del tiempo). ¿A dónde queremos llegar? La moraleja es que hay mucha música ahí afuera pero que unos pocos señores (cada vez menos) deciden lo que suena y lo que se escucha por todos lados y que esto mismo ocurre en otro muchos campos y si no fijate en las fusiones de *AOL-Time Warner* que comentábamos en el número anterior o las de *Warner-EMI* o *Glaxo Wellcome - Smith Kline & Beecham* que comentamos en estas mismas News. ¿Y qué pasa con Internet? Veamos. Existen cerca de 1000 millones de páginas web pero 4 ó 5 sitios acaparan el 75% de todo el tráfico de la red. Los primeros usuarios de Internet (después de los militares) fueron estudiantes, investigadores e informáticos que eran a la vez emisores y receptores de información, gente activa que buscaba, hacía preguntas y que compartía los conocimientos, pero... ¿en qué se está convirtiendo?... Pues en algo mucho menos interactivo, en una repetición de la TV o de las radiofórmulas

donde unos pocos emiten y la mayoría recibe pasivamente. Hay muchas cosas en Internet, pero casi nadie las ve.

Pero todo esto es una parte del problema. Está muy bien que los medios de comunicación y casi todas las actividades humanas estén controlados por unos pocos pero ¿por qué la gente no busca...por qué la gente no pregunta?... Ahora no hay disculpa. En tiempos de los amanuenses era muy difícil leer a los clásicos y sólo unos pocos clérigos y unos privilegiados podían permitirse una biblioteca con varios volúmenes (entre otras cosas porque la mayoría era analfabeta). Pero hoy en día existe la imprenta, la educación pública y podemos leer en baratas ediciones de bolsillo a los clásicos de la literatura universal. Y si no podemos comprar un libro tenemos librerías públicas perfectamente surtidas; pero resulta que una de cada dos personas no lee nunca, según una reciente encuesta. Y como decíamos, aunque Internet es la madre de todas las imprentas y la madre de todas las bibliotecas, mucho nos tememos que Internet no va a arreglar esto. La respuesta a estas cuestiones no se puede hoy en día achacar a limitaciones técnicas o económicas sino que, probablemente, hay que buscarla en la naturaleza humana. Dice un aforismo zamudiano que una persona vale lo que valen sus preguntas pero también pudiera ser que preguntar no sirva de nada.

(Nº 52, 1 de febrero de 2000)

<http://surf.to/tammerrell>

http://tracy_prinze.tripod.com/atributetomotown/id2.html

http://www.aldielyrics.com/lyrics/marvin_gaye/aint_no_mountain_high_enough.html

Psiquiatría Social

El número de enero de la revista *Psychiatric Services* publicaba un artículo de Carl I. Cohen con el sugerente (y libremente traducido) título de “*Superar la Amnesia Social: la importancia de la perspectiva social en la investigación y práctica psiquiátrica*” (*Overcoming Social Amnesia: The Role for a Social Perspective in*

Psychiatric Research and Practice. Psychiatr Serv 2000; 51: 72-78; <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/full/51/1/72>). Aunque para mi gusto el artículo resulta un pelo farragoso, creo que la empresa de la defensa de la dimensión social de la Psiquiatría merece la pena. El artículo revisa y expone argumentos en defensa de la relevancia de los aspectos sociales para la Psiquiatría, extendiéndose en tópicos como que los conceptos “*mental*” y “*enfermedad mental*” son conceptos sociales, que las fuerzas sociales transforman las estructuras psicológicas y biológicas y que modifican los trastornos psiquiátricos.

¿Qué es lo que más influye hoy día en el pronóstico, evolución y calidad de vida de nuestros pacientes con enfermedades mentales graves y de curso crónico? Consideremos algunos aspectos puramente sociales. En primer lugar los cambios en la estructura social, como el mercado del trabajo y la edad de incorporación al mismo, o la cohesión de las familias y su papel de cuidadoras, o el incremento en la esperanza de vida, la alteración de la pirámide de edades de la población y la progresiva llegada de inmigrantes jóvenes. ¿Cuántos de nuestros nuevos crónicos han tenido oportunidad de trabajar para garantizar el cobro de una pensión digna? ¿Cuál será la actitud de las familias hacia los pacientes, una vez los padres mueran? ¿Qué sucederá con el incremento exponencial en el número de ancianos psicóticos residuales? ¿Qué influencia tendrá en la evolución a largo plazo de los pacientes una política asistencial sin manicomios pero con una puerta giratoria vertiginosa? ¿Qué va a suceder cuando un porcentaje significativo de los nuevos pacientes psicóticos sean inmigrantes magrebíes o del este europeo?

Por otro lado tengo la impresión de que, al menos en algunos extremos, la vertiente social de la enfermedad mental es utilizada de modo perverso por el sistema. Me explico; esta vertiente es tan evidente en cuanto a las enfermedades mentales graves de curso crónico que hablamos de *Tratamientos Psicosociales* para referirnos a las técnicas de rehabilitación reconocidas. De hecho, existen estudios controlados (*Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, et al:*

Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 340-347), que demuestran la eficacia de los mismos y su enorme relevancia clínica (*Falloon IRH and The Optimal Treatment Project Collaborators. Optimal Treatment for Psychosis in an International Multisite Demonstration Project, Psychiatr Serv 1999; 50: 615-618*).

Y sin embargo, ¿cuántos de los pacientes que padecen tales trastornos tienen acceso a tales tratamientos administrados de forma técnicamente correcta? Parece claro que cualquier persona afecta de esquizofrenia no tendrá problemas para ser abordada clínicamente desde un punto de vista biológico (es decir, tomar antipsicóticos de última generación), pero no tendrá manera de recibir tratamientos psicosociales de eficacia demostrada en estricta *Psiquiatría basada en la evidencia*.

Es frecuente oír también, en relación con los problemas asociados con la evolución de las enfermedades mentales severas frases como “*es un problema social*”, como si las consecuencias sociales derivadas de la enfermedad mental no fueran un problema psiquiátrico, en una confusión interesada entre los recursos sociales necesarios para la vida digna de cualquier persona y el necesario tratamiento de las consecuencias de la enfermedad en el funcionamiento y competencia social. Es decir, las más graves secuelas, los pacientes más graves, los que más repercusión padecen de su enfermedad en cuanto a su competencia social en lugar de ser reivindicados por la Psiquiatría, son reconvertidos en problema de otros. En otras palabras, cuanto peor evoluciona tu enfermedad más posibilidades tienes de que el sistema sanitario no considere que eres su problema.

Y luego tenemos que oír cosas como lo del espacio sociosanitario. O sea, discusiones bizantinas sobre lo que es sanitario y lo que es social. ¿Cómo es posible desligar el padecimiento de una enfermedad como la esquizofrenia de su resultado y de sus condicionantes sociales? Lo que debería ser un punto de encuentro, de colaboración de entidades e instituciones para dar una adecuada

cobertura a quien más lo necesita se convierte en una tierra de nadie en la que los pacientes se pierden, máximo exponente del tuyo-mío, perversión de un sistema que no tiene en cuenta a las personas....Y es que cada vez estoy más convencido de que no nos tomamos en serio las enfermedades mentales graves, ni a los pacientes que las padecen

(Nº 53, 15 de febrero de 2000)

Euskopesimismo

Hace ya unos cuantos años escuché una intervención de la Sra Thatcher en la que aportaba una ingeniosa imagen para ilustrar su euroscepticismo. Decía que construir una Europa unida sería más complicado que edificar la Torre de Babel, ya que los constructores de la Torre, al menos al comienzo de las obras, *sí* hablaban todos el mismo idioma. Esta imagen me pareció ocurrente, y digna de elogio, a pesar de que entre otras inclinaciones por la utopía, me considero europeísta. Y precisamente por esta especie de ilusión me aburren mucho todas estas cosas de gestas de las selecciones nacionales deportivas. Y también por eso, las soflamas patrióticas hispanas me parecen un tanto anacrónicas, y las vascas, anticrónicas. Pero en los últimos tiempos envidio el euroscepticismo de D^a Margaret, porque me parece menos doloroso que mi creciente euskopesimismo. ¿Qué es eso del euskopesimismo? Podría definirse como la impresión cierta de que en el País Vasco (o en Euskadi, o en Euskal Herria, como se prefiera) las *cosas* siempre pueden ir peor. No es bueno esto de ser pesimista. Para empezar, acortará mi vida, si se confirma eso que han descubierto en la *Clínica Mayo* de que los optimistas viven más. Además, dar vueltas a todo lo negativo es contraproducente y no consigue cambiar las conductas. Pero a veces es difícil poner buena cara al peor de los tiempos. Esta semana pasada han destrozado en Vitoria-Gasteiz a dos personas; una de ellas era un representante del *pueblo* en cuanto que había sido elegido en las últimas elecciones autonómicas. La otra era un policía autonómico cuya misión era

protegerle... porque en este país ciertos políticos necesitan escolta. No son las dos primeras víctimas, y desde luego su vida no era más importante que la de los cientos de víctimas previas, pero el *momento*, las *circunstancias*, el *contexto* y las penosas reacciones de la clase (o así) política, que parecen dividir a la sociedad vasca convierten a este doble crimen en muy especial.

Teníamos previsto otro tema editorial, pero no está de más recordar lo sucedido en un marco como estas News. No creemos que recordarlo sea *politizar* nuestras News más que eludir la cuestión. Al fin y al cabo, la inmensa mayoría de nuestros suscriptores pertenecen a profesiones sanitarias (o *helping professions*, que dicen ahora los EEUUenses), y cabe suponernos a los *helping professionals* un cierto respeto y una cierta preocupación por la vida; incluso una cierta indignación por la falta de respeto por la vida. Es difícil que los seres humanos nos pongamos de acuerdo, pero si no compartimos unos mínimos valores de validez transcultural, transhistórica y transpolítica, lo único que podemos esperar los unos de los otros son dentelladas alevosas; si el respeto por la vida no consigue ser un valor común, no habrá ninguna esperanza. Quienes hacemos estas News somos *helping professionals*, y además, ciudadanos vascos, y creemos que tenemos el derecho y el deber de recordar lo que ha sucedido y de expresar nuestro euskopesimismo. Un euskopesimismo que se acrecienta con algunos de los comentarios comunes en nuestra tierra. Por ejemplo, con la asimilación de la dispersión de los presos de ETA y los asesinatos de personas de otras ideas como atentados comparables contra los Derechos Humanos. Y también, con la alusión a que todas las ideas políticas son respetables y que sólo los medios son criticables. La recientísima experiencia de Vitoria-Gasteiz demuestra que habría que matizar. Algunas ciertas ideas o concepciones de la política vienen derivando últimamente con mayor facilidad que otras en comportamientos que desprecian por completo la vida de quienes no las comparten. Esto tiene nombre, un nombre que al igual que las personas que ejercen estos comportamientos no tiene nada de respetable

(N^o 54, 1 de marzo de 2000)

Apartheid Farmacológico

En esta ocasión queremos recomendar la lectura de un artículo de “*Le Monde Diplomatique*” denunciando una situación que los autores del mismo llaman de “*Apartheid farmacológico*”, refiriéndose con ello a la imposibilidad que tienen los países pobres de acceder a los medicamentos que necesitan (<http://mondediplo.com/2000/01/12bulard>). Vamos a poner algunos ejemplos.

La enfermedad del sueño transmitida por la mosca *tse-tse* mata unas 150.000 personas al año, principalmente en África. Existe un tratamiento eficaz para la enfermedad, eflornitina (*Ornidyl*), desarrollado por la firma americana *Merell Dow* en 1985, pero como cuesta una pequeña fortuna y no está al alcance del bolsillo de los afectados, su fabricación y distribución se abandonó. Cuando *Hoechst Marion Roussel* heredó el fármaco, transfirió los derechos comerciales a la OMS pero su falta de medios económicos impidió su fabricación y uso. Tras tres años de negociaciones, parece que la ONG francesa *Médicos Sin Fronteras*, en colaboración con otras ONGs, espera sacar el producto al mercado con la ayuda de algún patrocinador (se habla de Bill Gates).

La malaria mata de 1 millón a 2,5 millones de personas al año principalmente en el África Subsahariana. Podríamos pensar por tanto que se trata de uno de los principales objetivos de las firmas farmacéuticas. Pues no. Se calcula que el gasto en investigación en la malaria es de alrededor de 80 millones de dólares, y sólo una pequeña fracción en vacunas.

La Leishmaniosis. El tratamiento de esta enfermedad parasitaria existe en el laboratorio pero no se va a producir porque no existen garantías de una “*recuperación de la inversión*”. Existe una larga lista de medicamentos que no se producirán nunca porque no son rentables. La tuberculosis está resurgiendo con gran virulencia pero como el mercado de posibles “*clientes*” capaces de pagar una vacuna que reemplace a la veterana BCG es de sólo unas 400.000 personas tampoco se está haciendo una investigación demasiado seria.

El Sida. La terapia triple que ha reducido la mortalidad por SIDA en un 60% en Occidente es inaccesible en África. En el caso del SIDA, el 92% de la población mundial afectada tiene que apanárselas con el 8% del total del gasto. La *CNN* ha dedicado un número especial a la situación del SIDA en África (<http://www.cnn.com/SPECIALS/2000/aids/>) y las cifras son espeluznantes: 33,6 millones de personas tienen SIDA, 23,3 millones en África subsahariana; más de 16 millones han muerto de SIDA, 3,6 millones con menos de 15 años; 5,6 millones de nuevos casos de SIDA, 3,8 millones en África; 2,6 millones de muertos en 1999, 85% de ellos en África; 13 millones de niños huérfanos, 10 millones de ellos en África subsahariana; la esperanza de vida en África subsahariana bajará de 59 a 45 años entre el 2005 y el 2010 y en Zimbabwe bajará de 61 a 33; más de medio millón de recién nacidos infectados por sus madres, la mayoría en África.

El presidente de la “*Asociación de la Industria Nacional Francesa*”, Bernard Lemoine, destaca las cosas positivas que está haciendo la Industria Farmacéutica: reducciones temporales de precios, donación de moléculas, becas para fundaciones, etc. pero finaliza con una frase terrible: “*no veo porqué se le tiene que pedir un esfuerzo especial a la industria farmacéutica. Nadie le pide a Renault que dé coches a los que no los tienen*”. No dice que la Industria Farmacéutica ha perseguido con uñas y dientes a los países que han intentado producir genéricos más baratos como ocurrió con el *triflucan* para la meningitis criptocócica en Tailandia o el caso más afortunado de Sudáfrica, que está decidida a sacar genéricos para el tratamiento del SIDA y va camino de conseguirlo. No dice tampoco que la Industria Farmacéutica adolece de falta de competencia debido en parte a megafusiones como la de *Glaxo* y *SmithKline&Beecham* que se ha convertido en el cuarto grupo industrial del planeta controlando el 7,3 del mercado mundial. Dos tercios del mercado mundial están en manos de 20 grandes grupos que dentro de poco van a ser muchos menos. Y esto nos sitúa de nuevo ante la cuestión de hasta qué punto es lícito que unos pocos posean los derechos sobre unos conocimientos que pertenecen a toda la humanidad. Tratamos de ello en el número 42 de nuestro boletín a propósito de los ensayos clínicos en países del Tercer Mundo o en el número 43 con las patentes genéticas. La respuesta

parece evidente: la propiedad intelectual no puede estar por encima de necesidades humanas básicas. En los albores del siglo XXI nadie debería morir por culpa de enfermedades que tienen vacuna o tratamiento. No es de recibo que el 85% de la inversión mundial en investigación y desarrollo en salud se concentre en 30 países industrializados de la OCDE y que menos del 15% se lo tengan que repartir los cinco mil millones de personas restantes.

¿Y qué se puede hacer?. Algunas soluciones se esbozan en el propio artículo citado o en otro artículo del economista Jeffrey Sachs en *"The Economist"* cuya lectura también recomendamos. Dice Sachs que si los pobres fueran igual que los ricos pero con menos dinero la solución sería más fácil de lo que es en realidad. El problema es que los pobres viven en unas condiciones diferentes (climáticas, religiosas, políticas, culturales, etc.) y que estas condiciones son una causa de la persistencia de la pobreza. A pesar de ello, propone una colaboración entre países ricos y pobres y una colaboración también entre la empresa privada y el sector público. Dice que los países ricos podrían prometer un mercado a la Industria farmacéutica para que esta se lanzara a investigar. Por ejemplo, en el caso de la malaria, podrían prometer comprar 25 millones de vacunas a un precio razonable (10\$ por dosis o más si fuera muy eficaz) y los países pobres pagarían una parte según los ingresos. Sin embargo, los Gobiernos no pagarían un duro hasta que la vacuna estuviera disponible. Propone crear un Fondo de Vacunas (que incluiría malaria, TBC y SIDA) con esta filosofía. Propone también repensar el sistema de patentes para que no se puedan patentar "*bienes públicos globales*" (también hay que recordar que la inmensa mayoría de las patentes a nivel mundial están en manos de unos pocos). También se podría gravar a la Industria Farmacéutica con una tasa sobre sus beneficios y ese dinero iría al fondo citado. Se nos ocurre también otra idea: se podría hacer un listado de enfermedades de ricos y una lista paralela de enfermedades de pobres de manera que cuando un laboratorio quisiera sacar al mercado un medicamento para una de ellas (la calvicie, pongamos por caso) se viera obligado a sacar otro para una enfermedad de pobres (la leishmaniosis, por ejemplo).

(N^o 55, 15 de marzo de 2000)

Muerte de un paciente

El pasado día 22 de marzo saltó una noticia estremecedora a las cabeceras de los periódicos: una mujer había degollado a su hijo de 17 años y después se había suicidado arrojándose al mar. El móvil: el hijo padecía una esquizofrenia y la madre estaba desesperada por sus problemas de conducta y la falta (literal en la noticia) de atención especializada. Creo que la noticia, con todo lo que implica, merece algún comentario, siempre teniendo en cuenta que la falta de datos de primera mano deja algunos extremos en el terreno de la especulación. Aun así parece increíble que pueda ser aceptado sin crítica alguna un argumento como el de que la conducta de esta madre es proporcionada, y que tener un hijo con esquizofrenia, por grave que ésta sea, es una motivación aceptable para degollarlo y luego suicidarse (dejando de lado que con toda probabilidad la madre padecía un trastorno depresivo, claro responsable de su actuación). La noticia también sugiere como móvil la “falta de respuesta de la administración”, que “únicamente había ingresado al paciente en un centro de día”.

Sin obviar la tragedia que supone tener un hijo enfermo de cualquier trastorno de gravedad, considero absolutamente terrible el mensaje que la noticia, tal y como ha sido transmitida, conlleva: tener un hijo esquizofrénico es insoportable, y hace falta que la administración haga.... ¿qué? Porque si ingresar al paciente, atenderle en un hospital de día, tratarle con los medios de los que dispone la Psiquiatría actual no es suficiente, ¿qué es lo que se espera del sistema, y de nosotros los psiquiatras? ¿Que volvamos a encerrar a los pacientes? ¿Y no es la primera víctima de este suceso el propio paciente, además de afectado por una enfermedad, degollado por su madre, y señalado después de muerto sino como culpable sí al menos como responsable de haber amargado la vida a su familia hasta el extremo de enloquecer a su madre?

Pero es también indudable que la noticia tiene otra cara. Y es la falta de mecanismos apropiados para afrontar el tratamiento y seguimiento de los pacientes más graves. Lo que se debe de esperar del sistema es que ponga los medios apropiados y proporcio-

nados para el adecuado tratamiento de cada caso, y muy especialmente de aquellos casos en que un trastorno mental grave se asocia a una conducta muy alterada, agresiva, y a una falta de conciencia de enfermedad que impide la continuación del tratamiento. Nuestro sistema actual (si puede hablarse de un sistema dada su heterogeneidad) tiende a ofrecer recursos fragmentados, descoordinados, y en los que prima la falta de responsabilización, lo que permite a los pacientes de este tipo vagar por el sistema sin rumbo, y obteniendo asistencia a golpe de crisis, asistencia que se limita en muchos casos a una actuación transversal que puede presumir de ser autosatisfactoria, pero que no incide de forma significativa en la evolución longitudinal del paciente. Estancias medias de diez días, centros de salud mental copados por usuarios más que por pacientes, y un cierto desinterés por parte de nuestra profesión en hacerse cargo de los pacientes conflictivos se conjuran para que precisamente los pacientes más graves tengan la respuesta asistencial menos coherente. Así que la pregunta que encabezaba este comentario, qué es lo que se podría haber hecho, tiene fácil contestación: atenderle, a él y a su familia, con un esfuerzo y una dedicación proporcionada a la gravedad de su patología e impacto de la misma en su medio sociofamiliar.

Pero se ha de explicar a la sociedad que esto no va a evitar al 100% que sucedan cosas. Que a pesar de que se haga todo bien, seguirá habiendo suicidios de pacientes depresivos, agresiones y homicidios protagonizados por pacientes delirantes, y situaciones familiares trágicas. Que una asistencia comunitaria, una sociedad que quiera hacerse cargo de sus miembros más débiles e integrarlos, debe facilitar una convivencia de los pacientes en su entorno y no alejarlos del mismo, y que esto conlleva riesgos que se han de aceptar. Igual que aceptamos que todos los fines de semana mueran 40 personas en accidentes de tráfico y nadie pide que se declaren ilegales a los automóviles. Riesgos que no deben hacernos caer en la fácil tentación de volver a las andadas y olvidarnos de los derechos elementales de los pacientes esgrimiendo como bandera la seguridad y el bienestar de la comunidad, porque la comunidad también son ellos, los pacientes.

Y para recordarnos estos derechos aquí podéis acceder a un documento-borrador del Comité de Bioética del Consejo de Europa en el que se expone el trabajo del comité en la elaboración de una normativa europea sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que sufren enfermedades mentales, especialmente las ingresadas en unidades psiquiátricas hospitalarias de forma involuntaria. Disponible en formato PDF en: http://www.diariomedico.com/normativa/libro_blanco.pdf

(Nº 56, 1 de abril de 2000)

Los chicos y las chicas

Hace unos días he oído en algún telediario una curiosa noticia: en el Reino Unido han descubierto llenos de sorpresa y pavor que a pesar de que las chicas/mujeres son más listas y sacan mejores notas en la enseñanza secundaria, sus elecciones profesionales se mantienen dentro de los roles tradicionalmente femeninos (sanidad, enseñanza, etc.), con lo que dejan los campos más *modernos* y mejor pagados (Ingeniería, Telecomunicaciones, cosas de éstas) a los chicos/varones. De esta manera, se teme, las mujeres continuarán ocupando puestos de trabajo menos reconocidos y retribuidos, lo que redundará en una desventaja de hecho para el sexo femenino. Los británicos esperan corregir este desequilibrio mediante campañas de información (o así) y una serie de medidas de discriminación positiva que no se detallaban en el reportaje.

Aun a riesgo de que se me tilde de sexista/machista (bueno, corrijo: aún a riesgo de que se me tilde de más sexista/machista de lo que pueda ser y soy), esta noticia me parece un ejemplo más de esa actitud políticamente correcta y un tanto ñoña tan en boga que retomando las posiciones de los movimientos feministas aspira a una especie de homogeneización amorfizante de la sociedad. Las mujeres y los varones somos diferentes, y no sólo en los aspectos más anatómicamente obvios. Mi hija, cuando tenía dos años y medio, sostenía con gran convicción que los chicos tienen *cola* y son del Athletic, mientras que las chicas no tienen *cola* y son del

Alavés. Evidentemente, su criterio de distinción de los dos sexos era imperfecto (de hecho, a sus tres años ya es del Athletic, sin que por ello le haya aparecido una *cola*), pero en su ingenuidad infantil ya atisbaba que la diferencia no es únicamente anatómica, con lo que probablemente estaba más en la realidad que muchas personas importantes y con responsabilidades en la planificación educativa o laboral. Clásicamente los varones se han distinguido por ser más proclives a una serie de comportamientos violentos, bruscos o meramente delictivos. Los hombres superan claramente a las mujeres como víctimas o perpetradores de asesinatos, o como víctimas de accidentes, e incluso hay muchísimos más piratas informáticos varones que mujeres. Un juego como el ajedrez, en el que son precisas ciertas habilidades peculiares, cuenta con muchísimos más practicantes entre los varones que entre las mujeres, aunque recuerdo haber leído que un psicoanalista interpretaba este último hecho como derivado de la conflictiva edípica (el varón quiere dar mate al Rey-padre, y la mujer no tiene estos impulsos hostiles hacia la figura paterna).

Obviamente, todas estas diferencias pueden entenderse como inducidas o condicionadas socialmente. Recientemente se publicaba en el *Journal of Men's Studies* que la sociedad promueve en los varones conductas (violentas, agresivas, audaces) que nos conducen a una muerte más temprana. Bueno, es posible que *además* estas conductas estén favorecidas por elementos educacionales o sociales, pero este tipo de argumentos suele olvidar que el hombre tiene un cuerpo más volcado a la acción y a la agresividad, y que cuenta con una hormona, la testosterona, en concentraciones unas diez veces superiores a las presentes en las mujeres, a la que atribuimos alguna influencia sobre la conducta del individuo. En los últimos años, además, estamos empezando a conocer que existen diferencias estructurales entre el cerebro masculino y femenino, y que estas diferencias se traducen en un perfil de habilidades especiales específico de ambos sexos. El cerebro masculino es más grande, lo que parece relacionado con su mayor capacidad para manejar gráficos y aplicarse en tareas visuoespaciales; sin embar-

go, el cerebro femenino es más rico en sustancia gris. Por otra parte, según un estudio publicado en *Cerebral Cortex*, en los hombres el lóbulo inferior parietal (relacionado con funciones como estimación del tiempo, visión en 3-D, capacidad para solucionar problemas matemáticos, etc.) es más grande que en las mujeres; en los hombres esta zona es más amplia en el hemisferio izquierdo, en tanto que en las mujeres es más voluminosa en el derecho. A su vez, en el cerebro femenino el volumen que ocupan las áreas frontotemporales relacionadas con el lenguaje es mayor que en el masculino. No dudo que habrá quien sostenga que dada la plasticidad neuronal estas peculiaridades pueden ser más efecto que causa de las habilidades de cada sexo, pero si se presentan uniformemente, la idea de que también el cerebro esté condicionado socialmente parece difícil de sostener.

Desde el punto de vista psicopatológico existen diferencias notables entre ambos sexos. Pasaremos por alto el alcoholismo, en el que la preponderancia masculina sí puede tener condicionantes sociales (de hecho, no hay un mayor condicionante social que la inexistencia del problema en los países en que está prohibido el alcohol), pero hay ejemplos mucho mejores. La enfermedad de Alzheimer es un problema más *femenino*, y en el que los estrógenos parecen tener algún papel. La depresión es más frecuente en la mujer, y tiene algunas peculiaridades en este sexo, sin pasar por alto que se ha apuntado que los antidepresivos podrían ser efectivos únicamente en las mujeres. También hay diferencias epidemiológicas, clínicas y pronósticas en la esquizofrenia, y en el *American Journal of Psychiatry* de marzo se ha publicado que en el cerebro de los varones esquizofrénicos el lóbulo parietal inferior izquierdo es menor que el derecho, y menor que en sujetos normales, mientras que en las mujeres no se observan diferencias frente a la distribución anatómica normal.

Los hombres y las mujeres somos obviamente diferentes, y probablemente lo que es *condicionante social* es el intento de borrar nuestras diferencias. Un caso dramático es el del *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*, cuya preponderancia en

varones es explicada por algunos críticos por la patologización y distorsión que el comportamiento *absolutamente masculino* de los niños causa en un modelo educativo cada vez más *feminizado* (lo cuenta el libro que recogemos en nuestra *Sala de Lectura*). Si esto fuera cierto, en los EEUU se estaría exponiendo innecesariamente a anfetaminas a un montón de niños varones... por el mero hecho de serlo. Y esto sí que es un verdadero *condicionante social*. La historia de las relaciones entre los sexos es suficientemente trágica como para que a estas alturas caigamos en actitudes que de puro compensador de excesos antiguos pueden resultar grotescas. Ni los niños pueden mantener la capacidad de concentración o las habilidades lingüísticas de las niñas, ni se trata de comerles el coco intentando modelarles el cerebro a éstas para que se interesen por la Ingeniería o iguallen a los varones en habilidades para las que no están tan dotadas. La manera de eliminar la injusticia no es intentar androgenizar lo no androgenizable, sino acabar con las diferencias que siendo *socialmente condicionadas* no son en absoluto justificables. Si los británicos quieren que las mujeres ganen más dinero, que paguen mejor sus profesiones; y si quieren que se aúpen a los puestos de decisión social o política, harán bien en favorecerlo, siempre que haya mujeres que lo deseen, pero se equivocarán si insisten en *condicionarlo*. Cielos, a la gente, y a los gobiernos les encanta neurotizarse.

(Nº 57, 15 de abril de 2000)

Busquets E. Diferencias de género en el trastorno depresivo mayor. *Psiquiatría.COM* [revista electrónica] 1999 Junio [citado 1 Jul 1999]; 3(1): [50 pantallas]. Disponible en: URL:

http://www.Psiquiatría.com/Psiquiatría/vol3num2/art_5.htm

Journal of Men's Studies: <http://www.office.com/idc/details.html>

Frederikse M, Lu A, Aylward E, Barta P, Sharma T, Pearlson G. Sex Differences in Inferior Parietal Lobule Volume in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 422-427

Nota de los Eds: Con el paso del tiempo la hija del autor se hizo del Alavés, lo que en cierto modo refuerza su idea de que las diferencias biológicas entre los sexos se traducen en diferencias conductuales y, lo que es más dramático, diferentes elecciones futboleras.

Economía Sanitaria de la abuela

Viñeta 1. Transcurre el año 1990. En un centro de Salud Mental de una ciudad cualquiera 2 psiquiatras, una psicóloga, una enfermera y una administrativa trabajan denodadamente para atender a una población que ronda los 100.000 habitantes. Han abierto hasta el momento algo más de 3000 historias clínicas. Fijémonos un momento en los tratamientos farmacológicos que aparecen reflejados en los cursos clínicos. Los pacientes de la esfera neurótica y depresiva reciben cosas como estas: 1 ó 2 *Nobritoles* al día; *Trypizol* en dosis que raramente exceden los 75 mg; *Valium* o *Tranxilium* como ansiolíticos y muchos de ellos marchan de maravilla con 1 ó 2 comprimidos de un producto misterioso que no sale nunca en las revistas serias llamado *Deanxit*. Los pacientes psicóticos por su lado son tratados con *Haloperidol* (a dosis más bien altas y acompañados de anticolinérgicos), *Meleril* o *Decentán* (a dosis más bien bajas y sin correctores). Los enfermos maniaco-depresivos se tratan con Litio y con un surtido variado de los productos mencionados anteriormente, al igual que los pacientes dementes con trastornos de conducta que reciben también *Visergil*, *Meleril* o *Haloperidol*. La psicóloga realiza unos grupos además de las terapias individuales, la enfermera algo de relajación, etc. Pero no vamos a contar detalladamente el día a día del centro; baste con decir que los pacientes van y vienen, unas veces están mejor, otras peor...y curar lo que se dice curar...

Viñeta 2. Nos encontramos ahora en el año 2000. Nuestros esforzados colegas se han visto reforzados por 2 nuevos psiquiatras y el Centro de Salud Mental es todo un éxito. La gente le ha perdido el miedo a eso de ir al “*de los locos*” y ya han abierto más de 9000 historias. Hay que decir que la situación social (el paro en algunos sectores de población, por ejemplo) así como un concepto generoso de lo que es la enfermedad mental han contribuido en buena medida al éxito. Observemos ahora con algo de detenimiento los psicofármacos que aparecen en las hojas de curso clínico. Entre los pacientes neurótico-depresivos lo que más se lleva

ahora son los ISRS. Las benzodiacepinas no han cambiado mucho pero no están en la onda y los *Nobritoles*, *Deanxit* y *Tryptizoles* no sólo han desaparecido sino que están muy mal vistos. Los pacientes psicóticos toman cada vez más unos nuevos antipsicóticos llamados “*atípicos*” que ocupan los primeros puestos en las listas de ventas. Los dementes llevan un cierto tiempo recibiendo unos fármacos para frenar su deterioro cognitivo cuyo precio tampoco está nada mal y todo hace presagiar nuevas incorporaciones en el futuro. En lo que concierne a los enfermos bipolares el Litio ha caído un poco en desgracia y va dando paso o haciéndose acompañar de fármacos antiepilépticos y de los nuevos antipsicóticos a los que ya nos hemos referido. Si nos fijamos en la historia de pacientes individuales, con nombres y apellidos, podremos comprobar que, en muchos casos, los mismos pacientes que hace 10 años tomaban *Nobritol* o *Deanxit* ahora toman un ISRS, por ejemplo. La psicóloga y la enfermera siguen con las terapias, la relajación, etc. y la administrativa realiza muchos más informes (para incapacidades, por ejemplo) y está mucho más colgada del teléfono. Los recetarios desaparecen como por arte de magia, sobre todo los rojos, los de pensionista, los verdes cada vez se usan menos. ¿Y los pacientes?... Los pacientes van y vienen...unas veces están mejor, otras peor...curar lo que se dice curar...

Bien. Hablando concretamente del aspecto farmacoeconómico, la pregunta es: ¿existe una manera mínimamente sensata de que a la Administración no le cueste un montón de dinero más la Asistencia que se presta en la viñeta 2 con respecto a la que prestaba en la viñeta 1? Respuesta: ver el final de las News

Respuesta a la pregunta del Editorial: No, no existe. ¿Cómo pudiste pensar que la había?

(Nº 58, 1 de mayo de 2000)

Psicopesimismo

Tres semanas de lapso desde nuestras últimas *News* pueden dar, y dan, para mucho. En estos tiempos de avalancha informativa, de acceso prácticamente expedito (que no siempre libre) a la información, el volumen de noticias puede ser inmenso. Y como, por otra parte, los medios de comunicación cada vez beben más de fuentes de la red, que por otra parte nos son comunes a todos, uno puede encontrarse con la paradoja de que puede comentar mucho material... que ya ha sido comentado unos días antes (por ejemplo, la noticia sobre los teléfonos móviles, que recogemos más adelante, o lo mucho que podríamos haber dicho, hasta aburrir al lector, sobre el virus “*I love you*”).

De entre todo ese material, a mí, hoy, me resuenan más las noticias negras. Hace dos semanas era asesinado un colaborador de *El Mundo* en Andoain, lo que supone que Euskadi ha entrado por derecho propio en el elenco de países en que se asesina a periodistas (entre otros distinguidos compañeros de club: Turquía, Colombia, El Salvador...). Más recientemente se ha atacado una original (y más o menos aceptable) obra de arte, en otro gesto que se califica a sí mismo. En los tiempos del franquismo, cuando decir *Euskadi* estaba prohibido, y la gente expresaba su nacionalismo con tretas tan *naïves* como la combinación en la ropa de los colores rojo, blanco y verde, se solía cantar que “*Euskadi es tan pequeño que no se ve en el mapa, pero bebiendo vino nos conoce hasta el Papa*”. Al paso que vamos, el Papa y todo el mundo nos va a conocer por actividades incluso menos edificantes que darle a la priva. El euskopesimismo al que nos referíamos en otras *News* tiene cada vez más motivos para instalarse y consolidarse en nuestra sociedad y en nuestras conciencias.

Pero si uno se centra en aspectos más cercanos, más profesionales, tampoco tiene motivos para sentirse mínimamente satisfecho. En el sector sanitario psiquiátrico público, al menos en nuestro entorno más cercano, la arbitrariedad es cada vez más acusada, con la ventajosa circunstancia, para quien toma las decisiones,

de que se combinan tanto la discrecionalidad contractual del sector privado como las garantías y seguridades laborales de lo funcional. Aquí, al parecer, nadie es *accountable*, que dirían los británicos, nadie responde, nadie se responsabiliza. Y es muy difícil que estas prácticas se conjuguen de manera no disonante con los conceptos tan en boga de mejora continua de la calidad, satisfacción del cliente interno, y esas cosas con las que a los gestores se les llena la boca.

También en nuestro terruño hemos asistido al fallecimiento de un compañero, al que no pudimos o supimos ayudar en la medida que lo necesitaba y merecía. Surge una vez más la cuestión de lo mucho que nos cuenta ayudarnos (el *nos* en forma reflexiva: a nosotros mismos, y recíproca: *entre nosotros*). En estas cosas de lo que se ha dado en llamar *Salud Mental* muchas veces usamos cuchillo de palo.

Así que en este contexto *psicopesimista* no extrañará al lector que comentemos en la editorial una *editorial*, igualmente, publicada en el *New England* del 18 de mayo, redactada por la propia directora de la revista, Marcia Angell, a quien por cierto se va a sustituir en breve. Los antecedentes: en 1984 el *New England* se convirtió en la primera revista que determinó que los autores que pretendieran publicar sus artículos en ella debían revelar sus vínculos financieros (becas, *consulting*, relación laboral directa o indirecta) con las compañías farmacológicas que fabricaban los productos sobre los que versaban los trabajos. Más adelante, se fijó una norma más estricta para los editorialistas, que debían revelar sus conexiones con *cualquier compañía* relacionada con los productos mencionados en las editoriales o incluso con productos análogos fabricados por otras empresas. Huelga decir que esto ha hecho que sea muy complicado encontrar un editorialista *inmaculado* y, de hecho, como ya recogimos en otro número de las News, la propia revista se ha visto en la obligación de reconocer que se le han *colado* muchos editorialistas *maculados*; en un gesto de pública expiación de culpas, no sólo lo ha reconocido, sino que ha facilitado la relación de estas personas.

Estos son los antecedentes. El desencadenante, tal vez, es psiquiátrico, lo cual resulta preocupante. En el mismo número de la revista se recoge un artículo, que comentamos más adelante, sobre el tratamiento de la depresión con nefazodona, psicoterapia o ambas, que en sí mismo no suscita ninguna sospecha, pero que llama la atención cuando uno repasa las vinculaciones financieras de sus autores con los laboratorios. La dra Angell confiesa que son tantas, tan extensas, tan variadas, que han optado por resumirlas en la versión en papel de la revista para economizar espacio; eso sí: quien desee conocerlas puede leerlas en la versión electrónica del *New England*. Esta constatación lleva a la editorialista a cuestionarse si la Medicina académica, o universitaria, o doctrinal (elija el lector el término que más le agrade) no se estará vendiendo a los laboratorios.

La investigación científica, las revistas biomédicas (incluso las más modestas, como esta misma) necesitan del apoyo económico de anunciantes, y no es de esperar que en aras de una mayor transparencia, por ejemplo, el *American Journal of Psychiatry* deje de anunciar psicofármacos para incluir publicidad de automóviles con modelo famosa a medio estriptearse. Por otro lado, el claro viraje hacia la farmacología de algunas especialidades como la nuestra y el énfasis concedido a los ensayos clínicos fomenta que el contenido de la investigación se decante hacia campos que directa o indirectamente están favorecidos, patrocinados o sesgados por los laboratorios. Pero todo tiene un límite. No deja de ser sorprendente en nuestro país ver siempre las mismas caras promocionadas (porque es ésa la palabra adecuada) fármacos de todos los grupos terapéuticos sin ningún reparo y sin siquiera ponerse rojos por glosar un día las virtudes de un producto y al poco tiempo las de un competidor. No deja de ser chocante comprobar que la mayoría de los ensayos clínicos tienen lugar en un reducido número de departamentos o servicios. Da la impresión de que si los autores españoles hubieran de confesar sus vínculos financieros al presentar un ensayo clínico, en muchos casos las revistas necesitarían publicar un suplemento para recogerlos.

La queja, sin embargo, debe matizarse. Es cierto que parece que algunas destacadas figuras de la *academia* o de la investigación deberían ir por la vida como los pilotos de rallies o de fórmula 1 (esto es: con un traje ignífugo *decorado* con los anagramas de sus múltiples sponsors), pero no es menos cierto que es difícil encontrar a quien esté en condiciones de tirar la primera piedra (al menos, yo no lo estoy). El clínico de a pie tiene también sus propias *vinculaciones* con los laboratorios. Iniciativas como la del Colegio de Médicos de Asturias no hacen sino denunciar una situación que todos conocemos y de la que muchos participamos o hemos participado. ¿Quién no ha recibido un *pichigüili*, o algo más que un *pichigüil*? No deja de ser sorprendente que muchos psiquiatras *vijados* no sean capaces de entender el inglés, y conocemos varios compañeros que se han desplazado al Congreso de la APA (comentado más adelante) con el único objetivo de conocer Chicago y sus alrededores... a menos que los de la APA, que deberían haberse dado cuenta del fenómeno para estas alturas, hayan dispuesto un servicio de traducción simultánea al castellano. El panorama es especialmente sombrío si tenemos en cuenta que la Administración, que tiende siempre a jugar con las cartas marcadas y a colocar a todo el mundo en situaciones de doble vínculo, ha dejado, de hecho, la formación continuada en manos de los laboratorios.

Y aquí me paro. Hay ocasiones en las que uno, queriendo ir de Pepito Grillo, se desliza por una peligrosa pendiente (*slippery slope*) que le conduce a convertirse más bien en el Enano Gruñón, y antes de que se enciendan las alarmas, conviene pararse para que la crítica no degenera en pataleta. Lo que había que decir ya ha quedado dicho, y para la próxima editorial esperamos poder ofrecer algo menos pesimista y más desenfadado.

(Nº 59, 21 de mayo de 2000)

Angell M. Is Academic Medicine for Sale? N Engl J Med 2000; 342:1516-1518

Ara Callizo JR: Sobre la incorrección de que el médico acepte regalos de la industria farmacéutica. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid, 1999

Un pasito palante, un pasito patrás

Nos hemos referido en anteriores editoriales al fascinante, cambiante, y confuso asunto de la información médica en Internet, y especialmente a la postura de la Medicina académica y la de las revistas médicas tradicionales en lo que concierne a la política de publicación y difusión de los hallazgos científicos y los resultados de la investigación. Y volvemos a la carga aprovechando que se han producido algunos acontecimientos de cierta relevancia en este ámbito, algunos claramente positivos, y otros no tanto (aunque todo es según el cristal con el que se mira).

Por un lado, la de cal. Damos una efusiva bienvenida a las revistas del *Royal College* (<http://www.rcpsych.org/>, <http://intl.rcpsych.org/>), incluyendo al *Psychiatric Bulletin* (<http://pb.rcpsych.org/>) y especialmente al *British Journal of Psychiatry* (<http://bjp.rcpsych.org/>) a la red. Se estrena con una Web con acceso gratuito a sus contenidos, de momento en fase de pruebas. Más adelante, en nuestra sección de Medicina y Psiquiatría resaltaremos algunos de los artículos del último número.

Y la de arena. La amenaza del *JAMA* y resto de revistas de la *AMA* (incluyendo al *Archives of General Psychiatry*) de dejar de dar acceso libre a sus contenidos y pasar a ser de pago. La balanza se mantiene equilibrada, sin definir de forma definitiva. Lo cierto es que la información médica ha pasado a ser un objeto de consumo para el público general, y en la medida en que los profesionales no tengamos acceso gratuito a las fuentes, tenderemos a recurrir a las fuentes de información de libre acceso, es decir, las noticias médicas que pululan por la red ofrecidas por diversas agencias de noticias que seleccionan la información al servicio de diversos intereses. Así que el acceso a gran cantidad de información parece ir conduciéndonos al acceso a una información uniforme, controlada y sesgada al servicio de intereses disfrazados de ciencia. La actitud de las revistas de la *AMA* nos hace la tarea más difícil, pero de momento parece tener su contrapeso con la llegada del *BJP*. Veremos.

(Nº 60, 5 de junio de 2000)

Nota de los Eds: Las revistas del Royal College of Psychiatrists no mantuvieron durante mucho tiempo el acceso libre online. Actualmente, siguen la estrategia del acceso libre al de un tiempo (un año, en este caso) de la publicación. Otras revistas que han optado por esta política son el American Journal of Psychiatry o Psychiatric Services. Age and Ageing hace lo propio transcurridos dos años tras la publicación. Los contenidos de JAMA son accesibles de forma gratuita y previo registro entre seis meses y cinco años después de su publicación. En definitiva, el pasito p' adelante y p' atrás ha dado lugar a un acceso que podría denominarse con retraso.

Gran Hermano. Pan y Circo

No veo este programa de la TV por muchas razones, entre ellas por deformación profesional. Como psiquiatra, me paso la mañana metiendo mis narices en la vida de la gente y además me pagan por ello. Por lo tanto, lo último que me apetece es llegar a casa y seguir con más de lo mismo, viendo las miserias de la gente, aunque en este caso sea de mentirijillas. Ya me siento bastante *Gran Hermano* por las mañanas. Siempre he pensado que los psiquiatras éramos en este sentido unos privilegiados que podemos acceder a las experiencias de mucha gente diferente y aprender de ello; aprender sobre el ser humano y sobre la vida y así enriquecernos personal y humanamente. También pienso a veces que desperdiciamos un material muy rico que si llegara a manos de escritores, poetas o cineastas daría para muchas películas y libros. Como para nosotros hacer esto es un trabajo, acaba aburriéndonos pero parece que, como *hobby*, es algo muy divertido y la gente hasta disfruta. Pero también me llevo sorpresas a veces cuando veo a mis pacientes en situaciones diferentes a las de la consulta: en un restaurante, en un bar o en la calle. A veces lo que veo no se corresponde con la idea que me hacía de ellos y no sólo en los casos más claros en los que una persona que dice estar muy deprimida se encuentra tomando algo tranquilamente con unos amigos. Lo que yo veo en 15 minutos en la consulta no es toda la verdad y nos vendría muy bien como herramienta diagnóstica observar a los

pacientes las 24 horas del día, algo así como un *bolter* pero con cámara. Esto es precisamente lo que se recomienda para diagnosticar el *Síndrome de Munchausen* “*by proxy*” o *por poderes* en un trabajo aparecido en *Pediatrics*: una vigilancia encubierta con cámaras de video. Sin esta vigilancia, muchos casos de esta enfermedad en la que los padres (generalmente las madres) fabrican los síntomas no serían descubiertos. Recomiendan que todos los hospitales pediátricos terciarios desarrollen protocolos de vigilancia con video (no lo dice la noticia pero se supone que con la conveniente cobertura legal).

He leído en algún sitio que en Japón cuando alguien va de visita a la casa de un amigo, éste le sienta en una esquina para que observe desde allí cómo su anfitrión atiende los asuntos de la casa: habla con la mujer de los problemas económicos, con los hijos de sus problemas personales o de estudios, etc. En una palabra, le deja ver cómo vive y no sólo se toman un café charlando como se hace aquí. No sé si esto es así de verdad, pero me parece una técnica de la que tomar nota para la atención psiquiátrica domiciliaria y ahora ya lo podemos hacer sin desplazarnos físicamente. Les ponemos una cámara en casa a los pacientes y les vemos por Internet. Es más, dentro de poco no va a hacer falta ni que vengan a la consulta, ya les *teleatenderemos*.

Pero esta moda televisiva de fisgarlo todo no va a parar aquí, no. Siempre queremos más y esto no ha hecho más que empezar. El siguiente paso de las TV será retransmitir la vida real. Ya se retransmiten juicios por TV y, dentro de poco, intervenciones quirúrgicas, arrestos policiales, la vida carcelaria o las consultas psiquiátricas. Cada vez emociones más fuertes, la reedición del *pan y circo* de los romanos. Si alguna de las cadenas competidoras de Tele 5 inventara un nuevo programa llamado Gladiador con peleas a muerte en horario *prime time* y el público decidiera en última instancia con su voto si un gladiador debe o no morir, la gente votaría. Es triste pero es así

(Nº 61, 18 de junio de 2000)

De Repaso. ECAs, Rezos y Fármacos

En estos últimos días han aparecido varias informaciones, artículos o editoriales interesantes, y que tienen en común el tratar sobre temas que de una u otra forma ya han aparecido en nuestro humilde boletín.

Por ejemplo, hace ya unos meses dedicamos un editorial al tema de los Ensayos Clínicos Controlados, con ocasión del 50 aniversario del primero publicado (Nº 23, 15 de Noviembre de 1998). La postura científica oficial es la de que los *ECA* son el no va más de la evidencia científica, y el soporte que todos buscan para dotarse de la máxima respetabilidad científica (desde la simvastatina hasta los productos homeopáticos...). Para empezar, un estudio publicado en el *New England Journal of Medicine* (*N Engl J Med* 2000; 342: 1887-92) sugiere que el *gold standard* de la investigación científica en Medicina pudiera no ser tan *gold*. En la llamada *Medicina Basada en la Evidencia*, los estudios controlados y aleatorizados (ECAs) constituyen el primer nivel de evidencia científica, mientras que los llamados estudios observacionales se conforman con una más modesta consideración, considerándose que tienden a sobreestimar los efectos de la intervención. Pues bien, el presente artículo parece demostrar que no es para tanto y que los resultados de los estudios observacionales bien diseñados (con un diseño de cohorte o de casos-controles) no producen sistemáticamente este efecto, y que sus resultados son comparables a los que se obtienen en ECAs bien diseñados sobre el mismo tema o intervención.

Amén de otras consideraciones, es posible que los *ECA* puedan ser objeto de abuso. Ya lo sugeríamos con nuestro comentario un tanto mordaz acerca de los *ECA* publicados sobre intervenciones a nuestro juicio tan peregrinas como la oración intercesoria (rezar por los demás), y que ante la aparición de nuevos comentarios nos suscitó la suficiente curiosidad como para revisar un poco el tema y escribir un pequeño artículo que se publicará en una publicación de divulgación escéptica (*“El Escéptico”*). Sobre este tema, además,

los *Archives of Internal Medicine* publican un comentario dirigido a los críticos en defensa de la verosimilitud de los hallazgos obtenidos. En el mismo número se recopilan publican diversas cartas que constituyen un auténtico debate, unas a favor y otras en contra, sobre este controvertido tema (que a mí personalmente me parece poco controvertido, aunque sí divertido). Y un editorial del último número del *New England (N Engl J Med 2000; 342: 1907-9)* se pregunta, al hilo de todo este revuelo, si los médicos debemos prescribir actividades religiosas como tratamiento.

Y más. Ya hemos también pontificado sobre el tema de los fármacos, su costo, el acceso a los mismos por parte de los países y colectivos menos favorecidos y los trapicheos de las compañías farmacéuticas (Nº 55, 15 de marzo de 2000) Pues también el *New England (N Engl J Med 2000; 342: 1902-4)* publica un comentario editorial sobre el tema de lo más jugoso, en el que se analizan diversos aspectos relacionados con el precio de los medicamentos y las actitudes y conductas de mercado de las compañías. Recorre y desmonta algunos de los mitos y falacias en los que las compañías se escudan, y con que justifican sus desorbitados precios y sus discutibles estrategias comerciales. Merece la pena leerlo.

(Nº 62, 1 de julio de 2000)

BILBAO

El pasado mes de junio se celebró el 700 aniversario de la fundación de Bilbao. Se hizo en cierta medida *a lo bilbaino*: alarde de fuegos artificiales, ambientación medieval en algunos lugares, y participación, en el papel de Don Diego López de Haro, fundador de la villa, de un exitoso bilbaino (sale en la tele, y en una cadena nacional, nada menos). La conocida línea editorial bilbainista de este boletín nos obliga a hacernos eco bilbainazo de tamaño efemérides.

Bilbao es y ha sido siempre una ciudad con un sabor especial. Desordenada, dinámica, sucia y caótica, viene a ser algo así como

el paréntesis de fealdad entre dos ciudades costeras de enorme belleza, como Santander y Donostia. Pero al mismo tiempo, su condición de puerto, su apertura al mundo y su -en su momento- minería e industria pesada, hicieron de ella la locomotora del desarrollo económico de Euskadi y la cuna de sus movimientos sociales y políticos más decisivos. Bilbao fue a principios de siglo una ciudad pujante, cuya prosperidad celebraba una *bilbainada* de la época (entre paréntesis, la bilbainada es un género musical local que glosa las *grandezas* o más bien *grandiosidades* de Bilbao y los bilbainos): “*Bilbao, Bilbao, Bilbao, Bilbao, Bilbao, Bilbao, cada día te encuentro más arreglao, más adornao. El nuevo Ayuntamiento, la nueva Diputación, el nuevo Teatro Arriaga, que es digno de admiración, el puesto de las triperas, que ha costado un sacrificio y las nuevas vertederas que han puesto en el comunisio*”. Probablemente esta letrilla es bastante elocuente a la hora de describir el carácter ufano y fanfarrón de los bilbainos. Décadas después, Bilbao entró en crisis: “*Bilbao, Bilbao, Bilbao, Bilbao, Bilbao, Bilbao, cada día te encuentro más jorobao, más jorobao. Altos Hornos no trabaja, tampoco la Babcock Wilcox, Basconia despide gente y el Aurrera está hecho un sisco; los vascos se van a Soria, a plantar nabos y bersas, pues aquellos buenos tiempos, se fueron a baser puñetas*”, letrilla ésta que, de paso, ilustra la manera perdonavida con la que los bilbainos han tendido a lo largo de la historia a considerar a las personas de otras procedencias.

Nuevas vacas gordas precedieron a las escuálidas reses de la crisis de los 70-80, de la que Bilbao ha intentado recuperarse convirtiéndose en una ciudad “*de servicios*” y en un destino turístico de primer orden gracias al Guggenheim. Que por obra y arte de este edificio Bilbao haya pasado a ser *algo* en el itinerario turístico mundial, por cierto, no deja de sorprenderme, por mucho que uno sea de Bilbao y nacido justamente en frente de la obra del Gerhy. En el cambio de siglo, Bilbao se pavonea orgulloso también con su metro futurista, que cuenta incluso con una anti-web puesta en marcha por un usuario disgustado con sus fallos, y exhibe pretencioso las iniciativas urbanísticas que prevén recuperar anti-

guos suelos industriales y astilleros como zonas residenciales o de equipamientos culturales, al estilo de los Docklands londinenses. Incluso se está construyendo una línea de tranvía, muy vistosa ella, que a bote pronto parece más otra *bilbainada* que algo estrictamente necesario para el transporte público de la villa.

Pero Bilbao ya tenía su atractivo antes del desembarco del *Guggy*. El Museo de Bellas Artes es una pinacoteca muy notable. La Feria Internacional de Muestras es una institución de prestigio –dicen los que se mueven en ese campo. También está –cómo no– el Athletic. Y no debe perderse de vista que Bilbao es una ciudad que cuenta con medios de transporte tan peculiares y pintorescos como funiculares y ascensores, por no mencionar el famoso Puente Colgante de Bilbao, que ni es puente, ni es colgante, ni está en Bilbao, sino que se trata de una barquilla pendiente de una estructura metálica que une Portugaleta y Las Arenas. Los bilbainos, además, son capaces de emocionarse con su peculiar léxico o con el diseño exclusivo de las baldosas de sus aceras, como lo muestra una página que se completa además con chistes de guipuzcoanos (muy completita, vamos).

Con sorpresa he de confesar que ahora que vivo fuera cada día tengo más nostalgia no del Bilbao funcional, *modelno* y turístico que está abriéndose paso, sino de aquél en el que crecí, sucio, bullicioso, ruidoso, cutre. Soy capaz de sentirme orgulloso de aquel Bilbao que no salía en los folletos turísticos. Me dejo llevar por ese espíritu tan bilbaino y por su anglofilia, por la convicción cuasi delirante que hemos tenido los bilbainos de que la ría, los barcos, la contaminación, la industria, los trolebuses de dos pisos que surcaron la ciudad en su día, o la recuperación de nuestros propios muelles hacen que Bilbao se parezca a Londres. Pobres provincianos, jebos, boronillos, que desde un humilde puerto excesivamente pagado de sí mismo nos hemos querido comparar con una de las ciudades más importantes del mundo... sin darnos cuenta de que en realidad es Londres la que tenía que estar orgullosa de parecerse a Bilbao.

(Nota: En esta editorial aparece la palabra Bilbao y sus derivados un total de 52 veces).

(Nº 63, 15 de julio de 2000)

Athletic de Bilbao: <http://www.athletic-club.es/>

Metro Bilbao: <http://www.metrobilbao.net/>

Página oficial de Bilbao: <http://www.bilbao.net/>

Puente de Bizkaia: <http://www.puente-colgante.com/>

Tranvía de Bilbao: <http://www.euskotren.es/euskotran/flash.html>

Nota de los Eds: Con el paso de los años, la FERIA Internacional de Muestras se trasladó a Barakaldo, y ahora atiende al cosmopolita nombre de "Bilbao Exhibition Center"

¿Qué es un Atípico?

*¿Qué es un atípico, dices Amada Industria mientras clavas
en mi pupila tu pupila azul;*

¿Qué es un atípico! ¿Y tú me lo preguntas?

Lo de atípico lo inventaste tú....

No, en serio...la tendencia a clasificar y etiquetar, que es algo inherente al ser humano, es una de las actividades estrellas en Psiquiatría. Dentro de las clasificaciones, el pensamiento dualista o dicotómico ha tenido un éxito sin parangón tanto en el pensamiento oriental como occidental lo que hace pensar que el cerebro humano está especialmente dotado para producirlo: el Ying y el Yang, el bien y el mal, blanco o negro, izquierdas y derechas, síntomas positivos y síntomas negativos, los ejemplos de polarización son infinitos. Las terminologías psiquiátricas también cambian y de vez en cuando alguna de ellas hace fortuna. Es el caso de la división actualmente en boga de los antipsicóticos en típicos y atípicos. Pero... ¿de verdad se ajusta a la realidad ?. Yo más bien pienso que no. Veamos:

¿Existen los antipsicóticos típicos como grupo? ¿De verdad se puede meter bajo un mismo paraguas productos como el Haloperidol, la Perfenacina, la Tioridacina o el Sulpiride? (Por cierto, para leer importantes novedades con respecto al Meleril ver la sección Boticas más abajo). ¿Y las viejas subdivisiones en incisivos, sedantes, etc.? ¿Ya no cuentan? Si somos sinceros, cuando leemos u oímos “*antipsicótico típico*” en realidad estamos refiriéndonos al Haloperidol. Si miramos los estudios comparativos de cualquiera de los nuevos antipsicóticos con los “*típicos*” veremos que la mayoría de ellos son estudios comparando el nuevo producto con el Haloperidol y, dicho sea de paso a dosis más bien altas (20 mg/ 200gotas). ¿Es comparable la acción de 20 mg de Haloperidol con la que podrían tener 200-400 de Tioridacina, 24 de Perfenacina o 600-1200 de Sulpiride? ¿Conoce el lector trabajos comparativos de los nuevos productos con Perfenacina o Trifluoperacina, por ejemplo? Yo puedo citar uno aparecido en el *Journal of Clinical Psychiatry* comparando la Perfenacina con Haloperidol y Risperidona que, además, concluye que la relación coste-eficacia es favorable a los dos primeros.

En el lado de los atípicos la situación es parecida. ¿Se pueden meter en el mismo saco, por ejemplo, la Clozapina y la Risperidona? ¿De verdad se puede afirmar que tienen más cosas en común que diferencias? Pues un estudio realizado con ratas (Porter JH, Varvel SA, Vann RE, Philibin SD, Wise LE. *Clozapine discrimination with a low training dose distinguishes atypical from typical antipsychotic drugs in rats. Psychopharmacology (Berl) 2000; 149: 189-93*) concluye que sí y que un servidor puede estar equivocado. Según el trabajo, estos listos animales son capaces de distinguir los antipsicóticos típicos de los atípicos. Se enseñó primero a las ratas a discriminar dosis bajas de Clozapina y luego se realizó su sustitución por otros antipsicóticos con los siguientes resultados: Sustitución total por Olanzapina (90,3%), Sertindol (99,8%) y Risperidona (87,1%). Sustitución parcial por Quetiapina (66,4%) pero también por “típicos” como Haloperidol (56,8%) o Tioridacina (74,3%). Antipsicóticos que no consiguieron sustituir a

la Clozapina fueron el Remoxipride (23,1%), la Clorpromacina (27,9%) y la flufenacina (29,5%).

A pesar de todo a mi no me convencen estos ratones y mientras aparecen argumentos más sólidos que apoyen esta terminología, considero más acertado, por ahora, el empleo del término “*nuevos antipsicóticos*” que por lo menos es descriptivo, se ajusta a la realidad y no hace otras presunciones.

(Nº 64, 1 de agosto de 2000)

Nota de los Eds: “*Más abajo*” se decía: **“Adiós al Meleril.** *Novartis ha realizado una serie de importantes cambios en el prospecto del Meleril a instancias de la FDA y ha publicado una carta dirigida a médicos y farmacéuticos informando de los mismos. Los puntos más destacables son los siguientes:*

- *El Meleril prolonga el intervalo Q-T de forma relacionada con la dosis. Los fármacos que producen este efecto presentan un riesgo de arritmias (torsade de pointes...) e incluso muerte súbita.*
- *El Meleril está indicado ahora solamente para pacientes que no respondan a otros antipsicóticos pero no como fármaco de primera elección.*
- *El Meleril está ahora contraindicado en combinación con otros fármacos que inhiben el citocromo P450 2D6 como algunos ISRS (paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina), propanolol, pindolol, y otros fármacos que prolongan el intervalo QT*
- *Si a pesar de todo se decide utilizar el Meleril, tanto antes como durante su empleo habrá que realizar EKG y determinaciones de potasio sérico y suspenderlo si el intervalo QT es mayor de 500 msec (o no iniciarlo si es mayor de 450 msec)*
- *Hay que informar a los pacientes que estén tomando actualmente Meleril de estos riesgos y ofrecerles la posibilidad de cambiar de medicación. En este sentido recuerda la carta que la Mesoridazina (Serenital) es un derivado de la Tioridacina y también prolonga el QT.*

Estos cambios se deben a la revisión que ha hecho la FDA de tres estudios publicados (...) La carta de Novartis se encuentra en: <http://www.fda.gov/medwatch/safety/2000/mellar.htm> (...). Aunque la compañía no suspende la producción del producto parece que, en

la práctica, esto puede suponer la muerte de un clásico de la Psicofarmacología”.

En España, la ficha técnica del producto fue modificada al año siguiente en el mismo sentido. El 30 de junio de 2005 cesó la comercialización de la tioridazina, por iniciativa del fabricante.

Cochinadas

Aprovechando las fechas veraniegas nos ha salido un número delgadito y un pelo frívolo, aunque como siempre, se nos han colado también cosas más bien serias. Esperemos que nadie se moleste por esta incursión quizás poco científica, y en todo caso, como yo me largo de vacaciones, las protestas al maestro armero.

Una de las mayores aficiones de los usuarios de la red es, sin lugar a dudas, el sexo. De hecho, probablemente es, junto con la búsqueda de ficheros *mp3*, la actividad favorita del personal. Esta es otra de las demostraciones de que Internet, al menos en su vertiente más lúdica y menos utilitaria, es cosa de hombres. No me imagino a la mayoría de las chicas que conozco (incluida mi señora) pasando horas navegando en Internet buscando culos y penes a baja resolución, bajándose durante horas (mientras corre la factura *Telefónica* y bloqueas la línea, a no ser que seas un afortunado usuario de cable o ADSL) vídeos que luego duran segundos, y que hay que ver a tamaño sello...Las direcciones desde donde practicar este noble pero frustrante deporte son innumerables, y aunque lo niegue, seguro que cada uno de nuestros suscriptores masculinos tiene más de una en sus *favoritos*. Yo os propongo una, en castellano, con el sugerente nombre de Gemidos, y que se auto-define como “*tu guía de placeres en Internet*”. Como siempre promete más de lo que da, al menos gratis, pero para perder el tiempo vale como otra cualquiera. Pero bueno, esto es parte de la salsa. A lo que íbamos. Una de las cosas que proliferan en Internet son fotos y videos porno presuntamente protagonizados por famosas más o menos deseables; por supuesto, en la mayoría de los casos son montajes. Pues *The Fake Detective* (

detective.com/) es una caballerosa página dedicada a salvaguardar y devolver la dignidad perdida a dichas damiselas. Como dice en su propia página principal, está dedicados a “*proteger al inocente, defender la verdad y devolviendo la reputación dañada a las bellas damas que sufren, desde 1996*”. Puedes ver y alegrar el ojo con fotos con el antes y el después de personajes como Sandra Bullock, Michelle Pfeiffer, Meg Ryan o incluso Raquel Welch. Y siguiendo con cosas curiosas de temática sexual, *RealDoll.com* es una empresa creada por un cantante rock de un grupo para mí enteramente desconocido (*Chaotic Order*), dedicada a la venta de muñecas para uso sexual fabricadas con silicona y acero utilizando técnicas de efectos especiales de Hollywood. Con un precio de 20.000 dólares USA, no tienen nada que ver con las muñecas hinchables cutres de los sex-shops, e imitan de forma perfectamente fiel la piel y los rasgos anatómicos humanos. Vamos, que como acostarse con un cadáver. El siguiente paso serán los replicantes de “*Blade Runner*”.

Pero la reina de Internet es Danni Ashe, presidenta de “Danni's HardDrive” que sostiene que su foto ha sido descargada más de 841 millones de veces en los últimos 4 años, convirtiéndola en la mujer más descargada (*downloadada* sería la palabra) de Internet. El libro Guinness de los Records está comprobando dichos datos antes de confirmarla como la *download diva* de todos los tiempos. Así que hazla una visitilla en <http://www.dannisharddrive.com/>.

Y por cierto, ya que parece que los hombres y las mujeres también nos comportamos de forma diferente en Internet, y nos interesan cosas diferentes, la pregunta es obligada: ¿qué les interesa a las mujeres de Internet? Y la respuesta está en una columna editorial de *ZDNet* (<http://www.zdnet.com/anchordesk/stories/story/0,10738,2613748,00.html>), en donde dicen que las mujeres en general no se dedican a vagar por la red, sino que van a tiro hecho, que frecuentan sitios de compras, y que huyen de los lugares complicados. Como la vida misma.

(Nº 65, 15 de agosto de 2000)

Summer, bloody summer

Este verano estamos asistiendo en Euskadi / Euskal Herria / País Vasco (táchese lo que no proceda según el gusto del lector) y en el-resto-del-Estado-Español / España (ídem) a una ofensiva terrorista de gran intensidad y preocupantes repercusiones en la sociedad vasca, que continúa a buen ritmo su proceso de escisión en dos comunidades antagónicas y enfrentadas, dirigidas hacia la catástrofe por el euskofaszio y por unos políticos que en el mejor de los casos habrá que calificar de ineptos, aunque sin excesiva malicia podríamos tildarlos en ocasiones de perversos. Pero es más penoso el pesado silencio que según cada caso particular crean alrededor de tanta sangre y tanta miseria la complicidad, la connivencia o el miedo. Volver sobre la cuestión empieza a ser cansino, agotador, sobre todo porque no se atisba en modo alguno la luz al final del túnel, y porque con tanto pacto, documento y mesa, con tanto tercer espacio, segundo espacio, primer espacio (más bien con tanto agujero negro) se nos va a todos el tiempo, y a no pocos se les va la vida. Aburre, indigna, tanta alusión a derechos históricos, a ámbitos de decisión, a ideas, a opiniones políticas, a abstracciones, en definitiva, que parecen anteponerse a las personas y al más básico derecho, que es el de la vida. Y es abominable que el derecho a la vida pueda ser relativizado, pueda quedar en un segundo plano respecto de esas abstracciones. ¿Cuándo aprenderemos que no hay una sola idea, política, religiosa, con más valor que una sola vida humana? ¿Cuándo aprenderán algunos políticos que mala compañía para su ideario político son quienes están dispuestos a defenderlo (o más bien imponerlo) con la violencia? Lo triste es que probablemente en unas semanas o meses tendremos que desempolvar este comentario de desahogo. Hasta entonces muchos seguirán mirando para otra parte, otros proyectarán la culpa y otros se rigidificarán aún más en posiciones que por inhumanas no tienen aún un calificativo adecuado... salvo que alguien diseñe un neologismo adecuado, deseablemente en euskera, si queda aún una mínima esperanza de insight. Hasta el próximo edi-

torial en que tengamos que abordar la cuestión, os dejamos con unas sabias palabras de John Donne (1572-1636) que le sonarán a quien haya leído “*Por quién doblan las campanas*”, y con las que queremos dolernos por *todas, todas* las vidas perdidas. Ojalá algún día a nadie le parezca más importante una abstracción que una vida:

*“Nadie es una isla, completo en sí mismo;
Cada hombre es un pedazo del continente,
Una parte de la tierra;
Si el mar se lleva una porción de tierra,
Toda Europa queda disminuida, como si fuera un
promontorio,
O la casa de uno de tus amigos,
O la tuya propia.
La muerte de cualquier hombre me disminuye
Porque estoy ligado a la humanidad;
Y por consiguiente, nunca preguntes
Por quién doblan las campanas;
Doblan por ti”*

(Nº 66, 3 de setiembre de 2000)

El Correo Electrónico con los Pacientes

El correo electrónico se va extendiendo como una nueva forma de comunicación entre los médicos y sus pacientes, aunque todavía no de forma generalizada. Dada la novedad de su empleo y los tiempos de “*guidelines para todo*” que nos ha tocado vivir, no podía faltar una guía que se ocupara de aclarar los interrogantes que la utilización del correo plantea en la clínica. Vamos a comentar algunos aspectos de la guía de la *AMA* (disponible en: <http://www.ama-assn.org/meetings/public/annual00/reports/bot/bot2a00.rtf>). Esta

guía es, en realidad, un resumen de una previamente publicada por el *Journal of the American Medical Informatics Association*: “*Guidelines for the Clinical Use of Electronic Mail with Patients*”, revista que ha cedido a la AMA la utilización de su contenido (http://www.amia.org/pubs/other/email_guidelines.html).

La guía reconoce al correo electrónico una serie de ventajas:

- acelera la comunicación con respecto al correo tradicional alcanzando su destino en minutos
- permite la comunicación en cualquier momento del día
- no necesita la atención de las dos partes al mismo tiempo
- provee un mecanismo para enviar información sobre Educación Sanitaria simultáneamente a muchos pacientes
- es sencillo y barato
- permite a los clínicos la oportunidad de seguir o clarificar con los pacientes los planes de tratamiento
- permite a los médicos dirigir a los pacientes la información sanitaria disponible en la Red

Sin embargo, para que el empleo del correo electrónico sea aceptado de forma generalizada existen una serie de obstáculos referidos principalmente a la necesidad de salvaguardar la confidencialidad, la privacidad y en definitiva las medidas de seguridad con respecto a la información del paciente. Las principales recomendaciones son las siguientes:

- Establecer los términos de la relación, por ejemplo la frecuencia de intercambio. Hay que explicar al paciente cada cuanto tiempo se leerán y contestarán los mensajes y no exceder dicho límite. El correo electrónico no se debe utilizar para urgencias y habrá que explicar también la forma de escalar a otras formas de comunicación, es decir con qué personas o a qué números de teléfono o servicios se dirigirá en situaciones de emergencia.

- Informar de los asuntos de confidencialidad y privacidad. Hay que informar al paciente de quién será la persona que leerá o filtrará sus mensajes normalmente o durante los periodos de vacaciones, etc. así como de que los mensajes formarán parte de su historia clínica. Establecer tipos de transacciones y especificar el asunto (citas, recetas, consultas...)
- Enseñar a poner el tipo de transacción en el tema de forma que si en el encabezado aparece por ejemplo “*cambio de cita*” sea la secretaria la que se encargue del asunto. En este sentido hay que aclarar que determinados asuntos no deben tratarse por correo electrónico y esto nos incumbe porque el tema VIH y el tema Salud Mental, por ejemplo, no estarían permitidos dada su sensibilidad. Un encabezamiento que dijera “*los resultados de su prueba VIH*” es obvio que no sería aceptable.
- Pedir a los pacientes que pongan su nombre en el cuerpo del mensaje
- Configurar el programa de correo para que responda automáticamente a los mensajes.
- Imprimir todos los mensajes y guardarlos en la historia, junto con el acuse de recibo
- Mandar un nuevo mensaje al completar la respuesta o requerimiento del paciente
- Pedir al paciente que responda también a nuestros mensajes con acuse de recibo
- Mantener una lista de correo de los pacientes pero no mandar nunca un mensaje de forma que el que lo recibe vea los nombres del resto de miembros de la lista
- Evitar ira, sarcasmo, críticas y otras manifestaciones emocionales en los mensajes.
- Comprobar dos veces el campo “*para*” o “*enviar a*” antes de enviar el mensaje. No será la primera vez que mandamos un mensaje a la persona equivocada.

- Desde el punto de vista medico-legal se recomienda también pedir el consentimiento antes de iniciar esta forma de comunicación. El documento que firme el paciente debe recoger precisamente la información sobre todos los extremos que hemos ido explicando anteriormente perfectamente especificados.

Otra guía interesante sobre el uso del correo electrónico es “*Guidelines for the Use of Patient-Centered E-mail*”

Pues nada, que los tiempos están cambiando y las nuevas tecnologías modificarán la relación médico-paciente como refleja un artículo de Santiago Marimón publicado en *El Médico* (no disponible ya *onlin*).

(Nº 67, 17 de setiembre de 2000)

Panfilón, el Antidepresivo Campeón

Actualización en Panfilón. Septiembre 2000

Laboratorios **Latxorra**, junto a *Txoriberri.com*, inician con este mensaje un Servicio de Información Científica sobre **Panfilón** (Clorhidrato de Membrillo), que recibirá bimestralmente en su buzón de correo electrónico.

Si Ud. no desea recibir más números de Actualización en Panfilón, envíenos por correo certificado un mandamiento judicial y le daremos de baja de este servicio de información. Dicha baja es independiente de su suscripción al THMNews.

Panfilón, el Antidepresivo Campeón

La evidente necesidad de desarrollar nuevos psicofármacos eficaces para el tratamiento de los trastornos afectivos es incuestionable. En los últimos tiempos han aparecido en el mercado muchas nuevas moléculas aportando avances espectaculares en este campo. El descubrimiento accidental de las propiedades antidepresivas del Clorhidrato de Membrillo a finales de la pasada década llevó al

desarrollo de un programa de investigaciones con el fin de materializar su introducción en el arsenal clínico. Hasta el momento actual las posibilidades antidepressivas de una molécula se inferían de su capacidad para interactuar con sistemas neurotransmisores serotoninérgicos o noradrenérgicos. Este nuevo antidepressivo no comparte estas características, dudándose incluso de su capacidad para atravesar la barrera hematoencefálica.

La reciente evidencia de las propiedades antidepressivas del Clorhidrato de Membrillo (Panfilón) abre nuevas expectativas en el tratamiento de la patología afectiva. El presente estudio puede considerarse una primicia en cuanto a la demostración clínica, mediante un estudio riguroso, de la seguridad y eficacia de la nueva molécula.

En el estudio participaron un número de pacientes igual a tres (dos machos y una hembra). Todos ellos cumplían los criterios *DSM-IV* de Trastorno Depresivo Mayor. Hay que decir que uno de ellos no los cumplía inicialmente (por el contrario, parecía bastante contento) por lo que fue sometido a tratamiento con haloperidol a dosis elevadas durante seis semanas hasta que mostró la conveniente hipomimia, hipotimia y lentificación psicomotriz para cumplir sobradamente los criterios, incluso con melancolía.

Los pacientes fueron divididos en tres grupos:

- Grupo A (número=1)
- Grupo B (número=1)
- Grupo C (número=1)

Los tres grupos fueron cometidos inicialmente a las siguientes exploraciones y escalas:

- Cuestionario de Morriña de Elvenham-Morris (CMEM)
- Escala Autoaplicada de Infelicidad de Okinendick-Ulzlova (EAIUO)
- Ecografía abdominal
- Biopsia Hepática

- Enema Opaco
- Laparotomía exploradora
- Biopsia del hueso turbinado medio izquierdo en su tercio frontal

El Grupo A recibió Imipramina a dosis de 250 mg/día durante seis semanas. El Grupo B recibió Clorhidrato de Membrillo a dosis de 300 mg/día durante el mismo periodo. El Grupo C recibió placebo (*Placebol*) durante igual tiempo. Los tres grupos fueron asignados aleatoriamente a los diversos tratamientos, concretamente jugándose a los chinos. El doble ciego quedó garantizado por el método directo: todos los investigadores implicados permanecieron absolutamente borrachos durante todo el tiempo que duró la fase de estudio. Se utilizó güisqui de calidad intermedia a demanda, hasta que todos alcanzaron niveles de alcoholemia superiores a 2.

Sin dar muchas explicaciones diremos que el Clorhidrato de Membrillo fue mucho más eficaz que la imipramina (y no digamos el placebo), y desde la primera toma. La diferencia es por supuesto significativa, alcanzando la S de Morgan un valor de por lo menos p medios (incuestionable, vamos).

Aunque los tres pacientes quisieron abandonar el estudio (de hecho ninguno quería comenzar), fueron obligados a seguir en el mismo hasta su término con diversas medidas coercitivas. El grupo que más efectos secundarios mostró fue inexplicablemente el del placebo. Se están llevando a cabo diversos estudios que hasta el momento parecen implicar al excipiente utilizado (Aceite de Ricino)

Los efectos secundarios fueron mayormente de índole escatológico. El grupo que recibió el Clorhidrato de Membrillo sufrió como único efecto secundario relevante flatulencia. Otros efectos colaterales de menor importancia fueron Ictericia, tres cólicos renales y uno biliar (que se resolvió de forma rápida mediante colecistectomía) y una obstrucción intestinal (que también se resolvió sin más mediante una sencilla colostomía). Ninguno de estos efectos cola-

terales alcanzó un valor significativo en relación con el grupo control (S de Morgan menor de pi medios)

Al final del estudio todos los pacientes fueron sacrificados y sometidos a una pormenorizada autopsia. Se estudiaron niveles de neurotransmisores de todo tipo y otras cosas que se nos ocurrieron sobre la marcha y que no sabemos muy bien que hacer con ellas, pero que a ojo de buen cubero no parecen demasiado trascendentales.

Aunque los datos aquí presentados se basan en un análisis post-hoc con múltiples comparaciones, las diferencias son muy evidentes y estadísticamente significativas en las primeras visitas del estudio, pudiéndose concluir que:

- El Clorhidrato de Membrillo tiene magníficas propiedades anti-depresivas, es seguro, eficaz, aunque no barato, y promete.
- No tenemos ni idea de como actúa aunque algunos datos sugieren que puede tener que ver con receptores periféricos reguladores de la motilidad intestinal.
- El güisqui de calidad intermedia es adecuado para obtener un buen doble ciego, pero deja clavo.

(Nº 68, 1 de octubre de 2000)

Ansiolíticos Atípicos en el Horizonte

El campo de los ansiolíticos no suele procurar muchas noticias y no hay más que mirar nuestra sección de boticas para comprobarlo. La renovación del parque de psicofármacos empezó con los antidepresivos y se encuentra ahora en plena ebullición con los antipsicóticos, pero tras el sonado fracaso de la buspirona parece que nadie se atreve a retar a las benzodiazepinas. Desde los tiempos del *Trankimazín* y el *panic attack* (no había revista que se preciara que no publicara un mes sí y otro también algún trabajo sobre la inducción con lactato de los famosos ataques) pocas noticias relevantes tenemos en este terreno. Hubo una época en que

salían continuamente revisiones sobre el riesgo de dependencia de las benzodiazepinas, con crecientes trabas a su prescripción (sobre todo en EEUU) y también en los últimos tiempos los antidepresivos intentan introducirse en este terreno y desplazarlas, como es el caso, por ejemplo de la aprobación de la venlafaxina en el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Pero a pesar de todo las benzodiazepinas ahí siguen.

Sin embargo la revista *Science* acaba de publicar un trabajo que tal vez augure el comienzo de una nueva era, aunque todavía vaya para largo. En este trabajo, por medio de técnicas de manipulación genética, los investigadores generaron dos cepas de ratones. A una de ellas le inutilizaron el receptor 2 del tipo GABA A y a la otra cepa el receptor 3. Se comprobó luego que el diazepam era ineficaz en los ratones carentes del receptor 2 lo que en definitiva quiere decir que para producir el efecto ansiolítico sólo se necesita actuar sobre uno de los 4 receptores de tipo GABA A, el tipo 2(H101R), receptores presentes sobre todo en el sistema límbico. El camino está abierto para intentar diseñar fármacos que actúen selectivamente sobre este receptor y no sobre los 4 como hace el diazepam. De esta manera se conseguiría el efecto ansiolítico obviando otros efectos secundarios como la sedación, trastornos de memoria, etc.

No sabemos cuándo se iniciará este “*Plan Renove*” de las benzodiazepinas ni quién será el valiente que dé el primer paso pero lo que es seguro es que se producirá. El mercado potencial es enorme (por lo menos un 25% de la población) y las benzodiazepinas actuales tienen muchos inconvenientes: potenciación con alcohol, somnolencia, riesgo de dependencia y otro no menos importante: que son ridículamente baratas.

Versión periodística de la noticia según la BBC:
http://news.bbc.co.uk/hi/english/sci/tech/newsid_957000/957391.stm

(Nº 69, 15 de octubre de 2000)

¿Un electrodoméstico más?

Este pasado mes he sufrido una catástrofe informática que ha puesto de manifiesto no sólo mi dependencia del ordenador y de la red, sino, sobre todo, lo lejos que están los ordenadores de convertirse en un electrodoméstico más y lo difícil que es facilitar el acceso de todo el mundo a Internet.

Todo empezó cuando en mayo contraté una línea ADSL con *Telefónica*, oferta cuyos términos he olvidado, lo cual no es extraño con todo lo que ha llovido desde entonces. Quiero decir que no sé si es recomendable en sí misma y probablemente no lo sabré a ciencia cierta hasta que me empiecen a llegar los recibos del gasto telefónico. En aquella lejana mañana de primavera, mientras los pajarillos saludaban alegres con sus cantos el vital florecer de los jardines de mi barrio, la amabilísima señorita del 1004 me prometió que dispondría del ADSL en un plazo de un mes. Pasó el mes, y otro, y otro más, y en agosto recibí un curioso mensaje de correo electrónico en el que alguien dependiente de *Telefónica* me comunicaba consternado que no podían contactar conmigo para acordar día y hora para la instalación; me pedían un teléfono de contacto (algo sorprendente, viniendo de *Telefónica*) y la dirección de correo electrónico (más sorprendente aún, puesto que se habían comunicado conmigo por ese procedimiento, y no a través de tam-tam o txalaparta). Facilité los datos que se me pedían y no tuve respuesta alguna, ni por correo electrónico, ni por teléfono, ni por carta, ni por tam-tam, ni por txalaparta. Desconozco si se intentó comunicar conmigo por paloma mensajera. Y desgraciadamente vivo lejos del mar, lo que es un notable handicap cuando intentan enviarte mensajes dentro de una botella.

En ese mismo mes de agosto, uno de mis socios vio por fin instalada la línea ADSL, lo cual le permitió comprobar sus bondades y la ineficiencia de *Telefónica*, *Terra* y demás derivaciones (funcionamiento errático del correo, página web con menor capacidad de la contratada). En fin, una serie de pequeñas minucias que le mantuvieron entretenido llamando a la línea 902 en la que se

supone que recogen quejas y solucionan problemas, y que se caracteriza fundamentalmente por estar colapsada, por lo que no resulta eficaz para recoger quejas y solucionar problemas (y sí para engrosar la factura de teléfono con innumerables llamadas, e interminables minutos a la espera oyendo la insoportable musiquilla y la periódica voz que dice algo así como que están todos ocupados y que espere por favor.)

Con un retraso apenas perceptible de cerca de cinco meses, a primeros de octubre, los instaladores anunciaron que vendrían a colocarme la línea ADSL. Solicité información a mi socio, que me contó que a él le habían instalado un módem interno. Mi sorpresa fue que al llegar los instaladores me ofrecieron elegir entre interno y externo. Cuando les dije que creía que sólo ponían internos me miraron con ese careto condescendiente que los iniciados en lides informáticas miran a los pardillos cuando decimos alguna chorrada. “*No, hombre, no, eso era antes*” (y el antes sonó como más o menos cuando los mamut pastaban en los terrenos en que unos cientos de miles de años después se edificaría mi casa). Reflexionaba yo sobre la relatividad del paso del tiempo en lo que a avances informáticos se refiere, cuando los operarios se pusieron manos a la obra, encontrando una serie de problemas (traían datos incompletos para la instalación, por ejemplo), y todo culminó en una avería del lector de CDrom, y en el diagnóstico de que mi equipo era absolutamente jurásico. En consecuencia tuve que llevar el PC a boxes, para solucionar lo del lector y poner al día mi, por lo visto, antigualla cibernética. Allí me lo tuvieron parado dos semanas para facturarme una hora de trabajo, lo que da idea de la capacidad de solucionar problemas de la empresa en cuestión y de su agilidad. Todo el mundo me dice que ese retraso es lo habitual, y bueno, vale, pues consuelo de tontos, pero por otra parte, no puedo por menos de deducir que hay un cierto desfase entre la pretensión de informatizar el país y la capacidad real de sostener tan ambicioso objetivo.

Una vez repuesto mi ordenador, tuve que esperar a que los instaladores superaran una inoportuna y solidaria gripe que mantuvo

en el dique seco a todos sus operarios. Cuando por fin vinieron, instalaron lo que tenían que instalar (no sé muy bien qué era), todo ello tras superar una curiosa prueba de habilidad, consistente en introducir el enchufe macho especialmente ancho con que viene el aparato en un enchufe hembra de dimensiones convencionales, lo que requirió el concurso de otro operario, al parecer más mañoso que el primero. La navegación era perfecta, pero no me supieron configurar el correo electrónico. El instalador llamó en mi presencia a una línea ad hoc para instaladores de ADSL, donde dijeron que eso era problema de *Terra*; llamamos a *Terra*, donde nos dieron otro teléfono, en el que nos informaron de que era cosa de una gente de *Terra* que solía estar por allí, pero que en ese momento no estaba, que igual se habían marchado, o igual no, a lo mejor estaban tomando un bocadillo (*sic*), porque la persona que se puso al teléfono no sabía su horario de trabajo, y que lo mejor sería que llamáramos en otro momento, aunque no sabía decirnos cuándo. Sonaba como hastiada de atender múltiples llamadas que no tenían demasiado que ver con ella, pero en cualquier caso no resolvió nada. El instalador, en un arranque de sinceridad, me confesó que *Telefónica* ha creado una línea de apoyo para instaladores, atendida por seis personas, seis, que deben cubrir toda la península; de ellas, cuatro son nuevos y carecen de experiencia según mi informador, que se reconocía desbordado.

Finalmente, mi socio, que ya había pasado por la exigente prueba de esperar, recibir y organizar el ADSL, y que es infinitamente menos garrulo que quien suscribe, supo orientarme, me dijo lo que tenía que hacer y conseguí así que mi correo electrónico funcionara. Y espero que mi ordenador y yo, a partir de ahora, seamos felices y comamos perdices, y desde luego, hay más de uno a quien no le daremos ni una perdiz. Eso sí: la línea ADSL va como un tiro, es otra historia, francamente aconsejable, y el proceso de instalación, hoy por hoy, absolutamente recomendable para quienes disfruten con las emociones intensas, kafkianas y doble-vinculantes.

Y a todo esto, ¿quién puede creerse hoy en día que el ordenador esté siquiera camino de convertirse en un electrodoméstico más o en una tecnología más o menos democratizada como el automóvil? Pues no, y esto va a echar al traste, entre otras cosas, el empeño de las instituciones públicas (por ejemplo, el Gobierno Vasco), que intentan con ayudas económicas y fiscales que nos hagamos todos con ordenatas y naveguemos en Internet hacia la información, el conocimiento, la competitividad y el futuro. Porque, ¿qué servicio técnico de lavadoras tarda dos semanas en empezar a solucionar el problema? ¿Hay algún electrodoméstico, incluidos esos complejísimos videos con infinidad de funciones generalmente innecesarias, que haga sentirse al usuario tan necesitado de conocimientos *básicos* extensísimos? ¿Qué taller de automóviles debe depender de suministros congelados en una línea de apoyo colapsada? ¿Qué otro utensilio de tecnología doméstica nos hace tan dependientes de amigos y conocidos que solucionen nuestras dudas y problemas para poder manejarnos con él? No tiene nada de extraño, desde luego, que haya una iniciativa que propone la creación de un *carnet informático* al estilo del permiso de conducir, que tras el oportuno examen califique el grado de conocimiento y capacidad de cada individuo. Pero si utilizamos el paralelismo de la conducción de automóviles, cuando uno tiene un problema con el suyo generalmente puede solucionarlo mediante recursos ágiles y no ha de recurrir a un amigo iniciado en mecánica, chapa o electricidad del automóvil. En definitiva, que una vez más, ir de internauta en este país hace sentir que se está conduciendo un *Ferrari* por un camino carretero.

(Nº 70, 1 de noviembre de 2000)

Los niños, sus padres y los demás

La sociedad ha cambiado mucho, y con ella, el rol de los hijos. No son ya la prolongación de la estirpe, el consuelo de la vejez de sus progenitores o una mano de obra auxiliar para el sostén de la familia, sino que tienen otras funciones. Hace unos años saltó la

polémica porque una pareja norteamericana concibió un niño con la esperanza de que fuera histocompatible con un hermano adolescente afecto de leucemia. El embarazo y el parto fueron normales, el niño fue histocompatible, y su médula ósea salvó al hermano enfermo, en un gesto que tal vez podríamos denominar altruismo parental por poderes. En agosto ha nacido un niño cuya médula ósea podrá sanar a una hermana afectada de una anemia de Fanconi. Esta vez la concepción no ha sido a ciegas, sino que mediante fecundación artificial se han obtenido varios embriones y se han desechado los que portaban el gen de la enfermedad y, según algunas fuentes, también alguno no portador. El embrión seleccionado ha sido el *elegido* en un sentido casi bíblico: viene al mundo con una misión redentora, nada menos. Menudo papelón cuando cobre conciencia de su razón de ser o al menos de haber sido creado.

Desde una perspectiva menos mesiánica, los niños cubren en nuestros días una importante función. Conozco a personas con problemas psiquiátricos o psicológicos derivados de una parentalidad frustrada (aumentados a veces por una cierta actitud vacilona de los Servicios Sociales, cuyos criterios de pre y adopción son un tanto desconcertantes, vistos desde fuera). En este sentido, los niños adoptados *sanan* a sus nuevos padres. A su vez, la reivindicación del derecho de adopción para las parejas homosexuales parece terminar de configurar la *normalización* jurídica y social de este tipo de relaciones. Los hijos, naturales o adoptados, hacen felices a sus padres, y no parece que nadie se rasgue las vestiduras por ello.

Toda esta disgresión viene a cuenta del famoso niño hijo de una enferma mental, entregado por los servicios sociales de Castilla - León a una familia preadoptiva, reclamado por su madre biológica y que una decisión judicial ha derivado inicialmente a una casa de acogida y, después, a una tía materna. Y también a propósito de la cantidad de majaderías, insensateces y aseveraciones injustas que hemos tenido que oír desde que estalló el caso. La enfermedad de la madre biológica y el supuesto argumento de su

psiquiatra tratante para justificar la *devolución* del niño han dado el elemento de morbo para que se hayan puesto las botas toda la caterva de cotillas que pululan por el país, algunos de ellos reconocidos y otros disfrazados de eruditos *opinadores* en periódicos y tertulias.

Los medios de comunicación han ocultado prudentemente la cara del niño y han ofrecido descubierta la de la madre, de la que nos han dado sin el menor pudor el nombre, apellidos, diagnóstico e historial clínico, así como datos similares de su pareja (¡Viva la confidencialidad!). Han secundado, cuando no *calentado* al ayuntamiento del pueblo en que ha vivido el niño en su posicionamiento contrario a la decisión judicial y han transmitido la idea de que el Juez, *enredado* por el psiquiatra, ha sentenciado que la razón de ser vital del niño es procurar la mejoría clínica de su madre. Una breve y leve crisis de ésta cuando pretendía ver a su hijo ha sido publicitada poco menos que como la señal inequívoca de que se iba a entregar a una criatura indefensa a una persona peligrosa y desequilibrada.

La realidad, como siempre, es compleja, y no hay ni buenos ni malos. Sólo víctimas. Una enferma mental a quien se separó de su hijo con precipitación y que contrariamente a lo que nos han contado no estaba ingresada en el momento de la sentencia. Unos padres preadoptivos que se creyeron padres adoptivos a destiempo. Un psiquiatra que se limitó a decir que una mujer previamente incapacitada podía ahora autogobernarse, ya que tras el nacimiento del niño el cumplimiento del tratamiento había sido adecuado, lo que dista mucho de asegurar, como nos han contado, que la madre mejoraría de su enfermedad al tener al niño, como si la criatura fuera otro timorregulador más (el comentario de Gabriel Albiac en *El Mundo* del 23 de octubre es un botón de muestra de enjuiciamiento equivocado, además de pedante, acerca del psiquiatra). Y, *last but not least*, un pobre chaval de menos de dos años al que le costará entender toda la historia cuando tenga edad para que se la cuenten. Curiosamente, nadie se ha preguntado qué andan los Servicios Sociales acordando preadopciones que posteriormente parecen intempestivas.

El niño ya está en con su tía materna. Sus padres preadoptivos han tenido que resignarse a *devolverlo*. Sus padres biológicos son ya *famosos*, en el peor sentido de la palabra. La historia, seguramente, no ha terminado, y podemos temer que los cada vez más habituales programas telemierdosos y las tertulias de enteradillos mirarán con lupa la evolución de la madre y el aprovechamiento escolar futuro del hijo, a quien sin duda harán *famoso*. ¿Qué tendríamos que decir quienes nos dedicamos a esto que se ha dado en llamar Salud Mental y que tiene algo que ver con el intento de reducir el sufrimiento de los enfermos mentales? Los enfermos son seres humanos, y como a pesar de los secundarismos de nuestras boticas pueden tener hijos, sería deseable que pudieran planificar y ejercer la paternidad con la prudencia que se supone al común de los ciudadanos no enfermos, y sería conveniente que en todos esos programas rehabilitadores que diseñamos no eludiéramos esta cuestión. Habría que exigir que no se estigmatice a los enfermos mentales como absolutamente incapaces de aportar a sus hijos lo que se supone que los demás padres son capaces de darles. Y, por último, deberíamos hacer algo por erradicar de una vez la terminología maliciosa que rodea a la enfermedad mental en los medios de comunicación, que denota un mensaje cruel y peyorativo acerca de los enfermos. En varios sitios he oído denominar a la enfermedad de la madre *Trastorno Bipolar en Primer Grado*. Las clasificaciones psiquiátricas hablan de Trastorno Bipolar Tipo I; lo de en primer grado es de Derecho Penal.

(Nº 71, 15 de noviembre de 2000)

Más de lo mismo o lo difícil que es ser un usuario de Internet satisfecho

Érase una vez una conexión a Internet ADSL familiar, contratada con *Terra* (filial de *Telefónica*). El jueves 23 de noviembre de 2000, por la tarde, deja de funcionar el correo electrónico. Puede ser un problema transitorio, se dice inocente el usuario, y decide esperar hasta el viernes 24. Llegado el viernes, el problema persiste. El usuario, alarmado, se pregunta si el problema que tiene

con esa tecnología punta que le han instalado sin ninguna explicación le afecta a él solo o también a otros clientes, y va realizando una encuesta con otros usuarios. Para su alivio (o tal vez no tanto) todos tienen el problema, que parece afectar al resto de usuarios de ADSL. Llega el momento de, con cierta reticencia, llamar una vez más al teléfono de atención al cliente. Y es que la reticencia es comprensible por pasadas experiencias, en las que conseguir que alguien atienda puede costar 10 minutos de espera, mientras una voz repite “*todos nuestros agentes están ocupados, espere por favor*” y la cuenta de teléfono corre (es un 902.) En esta ocasión, ni siquiera eso; tras media docena de pitidos, la llamada se corta. ¿Qué hacer? Probaremos con una llamada al 1004, información general de *Telefónica*. Allí, siempre amables, dicen que el tal 902 está temporalmente en desuso y dan otro número donde dicen que no, que ellos no pueden solucionarlo, pero que bueno, que pasan directamente con atención al cliente. La persona que atiende la llamada niega que exista ningún problema, y se limita a tomar nota de la incidencia, no aportando ninguna otra información. ¿Será algún fenómeno radioeléctrico extraño que afecta al ordenador de nuestro pobre usuario y que se ha propagado a la manera de un gusano a los de sus amigos? ¿Será que se les ha olvidado cómo funciona el correo electrónico? *Chi lo sà*.

Sábado 25 a la noche. Por tercer día consecutivo el problema persiste. Nuestro usuario se decide a hacer una nueva llamada (con coste para el cliente) al 902. Esta vez hay suerte y con relativa rapidez pasan la llamada al servicio técnico, donde reconocen (*por fin y a regañadientes*) que sí que hay un problema con las líneas ADSL, sin especificar cuál, ni saber o querer decir el tiempo que estiman que será necesario para que se restablezca el servicio. A pesar de las protestas no se consigue una respuesta más concreta, pero (algo es algo) recogen la queja. El domingo nuestro usuario se da un descanso, pero el lunes 27 a la mañana vuelve a intentarlo y confirma que el correo electrónico sigue sin funcionar. Vuelve a la carga con una nueva, resignada (y no nos olvidemos, de pago) llamada al servicio de atención al cliente, que nuevamente deriva al servicio técnico, y aquí otra vez se llaman a andan: No saben nada, no hay nadie a quien se pueda pasar la lla-

mada, ni tienen idea del tiempo aproximado en que el problema podría solucionarse. Lleno de ira nuestro usuario vuelve a llamar a atención al cliente; pide que le pongan con un servicio de quejas o reclamaciones, pero la respuesta es que no se puede, pero le tomamos nota.

Renqueante, el servicio comienza a reestablecerse el lunes por la tarde, para regocijo de nuestro usuario, que podrá utilizar el correo electrónico y, además y hasta el próximo contratiempo, no volverá a sentir que los diferentes teléfonos establecidos para solucionar sus problemas son fundamentalmente una red kafkiana orientada a agotar sus ganas de protestar.

Conclusión: por 6.500 pts al mes (más IVA), obtiene usted un servicio de atención al cliente de pago, habitualmente poco menos que inaccesible, e incapaz de dar una respuesta satisfactoria ante una situación de tal gravedad como la falta de funcionamiento de un servicio contratado por sus clientes durante cinco días.

(Nº 72, 3 de diciembre de 2000)

El Fin del Milenio

Ahora sí; ahora sí que se acaba el siglo y el milenio. Sin tanta algarada como el pasado año, en que el efecto 2000 hizo de excelente comparsa a las ideas catastrofistas y milenaristas inherentes a todo cambio de milenio. Y no ha pasado nada, o al menos nada más de lo que pasa cualquier año normal, que ya es bastante; el mundo sigue más o menos en pie, unos más en pie que otros. Los niños por ejemplo, no parecen ser muy bien tratados en muchos lugares del mundo. El último informe de *UNICEF* (en <http://www.unicef.org/sowc01/>) es taxativo. Casi once millones de niños menores de 5 años murieron en 1999, la mayoría de las veces por enfermedades perfecta y baratamente evitables: diarrea, sarampión, etc. Un 10% de los embarazos en el mundo se producen en niñas-adolescentes de entre 15 y 19 años. Más de 10 millones de niños menores de 15 años han perdido a sus padres por

SIDA. ¿Y luego estamos preocupados por las catástrofes del milenio? Vivimos en una permanente catástrofe.

Y nosotros, como todo medio de comunicación que se precie, nos ventilamos este editorial haciendo memoria y repaso de nuestro tránsito en este año, en este siglo y en este milenio. Para la THMA no ha sido un mal siglo ni un mal milenio. Con tres años de vida, 73 números, 800 suscriptores y más de 30.000 visitas a nuestra página Web www.txoriherri.com sólo en el último año, nos hemos convertido en el principal foro de opinión e información en el campo de la Medicina y la salud mental en el mundo civilizado. No ha sido fácil; las fuerzas del pensamiento único tratan de imponerse y hemos tenido que resistir todo tipo de presiones, amenazas y sobornos. Ahora podemos desvelar que hemos desestimado una oferta de una multinacional española de telecomunicaciones para comprar nuestro boletín y nuestra Web por un montante que en los momentos de más baja cotización del euro superaba los 12.500 millones de pesetas. Pero nos debemos a nuestros lectores, y no podemos traicionar su confianza, al menos por un precio tan irrisorio en comparación con otras de sus inversiones en Internet, así que les hemos mandado a paseo.

Y vamos con el repaso. A lo largo de este año hemos hablado del tratamiento de las demencias (*THMNews* Nº 51), de la dimensión social de la Psiquiatría (*THMNews* Nº 53) o del apartheid farmacológico (*THMNews* Nº 55) que sufren los países subdesarrollados, ahora pudorosamente llamados “*en vías de desarrollo*”. También hemos expresado, creemos que de forma diáfana, nuestra opinión (y dolor) por la situación que sufre nuestra tierra (Euskopessimismo, *THMNews* Nº 54; Summer Bloody Summer, *THMNews* Nº 66), y nuestra esperanza en su vitalidad (Bilbao, *THMNews* 63). Hemos disertado sobre economía sanitaria (Economía Sanitaria de la Abuela, *THMNews* 58), sobre sexo (Cochinadas, *THMNews* 65) e incluso sobre el programa de TV del año (Gran Hermano, Pan y Circo, *THMNews* 61). Nos hemos mojado en asuntos en que nos parece que otros no lo han hecho suficientemente, y en los que añoramos un posicionamiento como profesión (Muerte de un Paciente,

THMNews 56; Los Niños, los Padres y los Demás, *THMNews* 71). Total, que no nos hemos cortado un pelo. Y hemos decidido que no nos venderemos, que nuestra independencia no se paga con dinero, y que lucharemos por mantener esta isla de opinión e información independiente contra viento y marea.

Y finalmente, un canto de esperanza para nuestra profesión. Está claro que grandes perspectivas de negocio se abren en las puertas de este nuevo milenio. Hay muchos indicios de que el mundo se ha vuelto completamente loco, incluyendo a las vacas. Entre otros muchos argumentos que podrían sustentar esta opinión destacar uno que me parece concluyente: Tamara, y su canción “*No Cambié*” se alzan con el número 1 en ventas, por delante por ejemplo de U2.

(Nº 73, 17 de diciembre de 2000)

Hilgo naiz

Este 31 de diciembre parece que va en serio y que supondrá la despedida del siglo XX y del II milenio de nuestra era. Se me hace muy raro eso de estrenar siglo o milenio, en especial si comparo esta Nochevieja con las que he vivido anteriormente. Los seres humanos somos animales de costumbres, de rutinas y en ese sentido un servidor es como muy humano, casi fieramente humano, que diría nuestro paisano Blas de Otero. Así, cada Nochevieja, además de programar para el Año Nuevo objetivos más o menos realizables que apenas tardo unas horas en olvidar, fantaseo con los acontecimientos que previsiblemente van a tener lugar en el nuevo año. Por ejemplo, y así, que recuerde, a bote pronto, un 31 de diciembre pensé que salvo tropiezos en la siguiente nochevieja ya sería médico. Otra noche de San Silvestre descubrí que el siguiente Año Viejo lo celebraría casado. Y así sucesivamente, cada Nochevieja he previsto cambios que tendrían lugar en el año entrante de manera que justamente 365 (o 366, según el año) días después algo habría cambiado sustancialmente en mi vida. En este 31 de diciembre, sin embargo, se abre ante mí el insondable abismo de un siglo (o incluso un mile-

nio) entero, incierto, lleno de posibilidades futuras, y cambia también la perspectiva, de manera que ahora puedo imaginarme qué pasará dentro de un siglo (o un milenio). Y en ese ejercicio sólo tengo una cosa más o menos clara: en la Nochevieja del 2100 (y más aún en la del 3000) ya habré muerto. La fecha de mi óbito (como se dice en plan cursi o con la mojigatería de quien se pasa de fino para no herir a los deudos del fallecido con la soez palabra muerte), de mi óbito, digo, es en principio incierta, pero en el mejor de los casos para el 31 de diciembre de 2100 mis cenizas estarán *blowin' in the wind* (o tal vez haya que decir, con más propiedad, *blowed by the wind*). Hombre, podría suceder que sobreviva, pero lo veo bastante complicado por los factores de riesgo que, salvo el tabaquismo activo, colecciono. Por otra parte, en el próximo siglo viejo rondaría los 140 años, lo cual parece una desmesura y casi una grosería; además, a pesar de los muchos avances que presumimos que tendrán lugar en materia genética en las décadas venideras, hay dudas razonables de que se pueda prolongar el techo de nuestra supervivencia más allá de los 120 años. Y seguramente es razonable que no nos convirtamos en un mundo excesivamente añoso, con riesgo de un auténtico *overbooking* humano, a pesar de ciertas visiones optimistas, que no sólo dudan de que el incremento en la esperanza de vida sea económicamente catastrófico en los países con un sistema de bienestar social arraigado y extensivo (como Japón, Suecia y el resto de la Europa Occidental) sino que sostienen que conducirá a una especie de reintegración social. En efecto: dicen que a pesar de todo, los países citados gastan en sanidad y servicios sociales una parte de su PNB claramente menor a la que gastan otros países con un sistema menos distributivo, como los EEUU. Y además, aseguran, entre el empuje de los viejos y de las mujeres, se espera que pasemos de la actual sociedad con roles desintegrados (formación en niñez, juventud y etapa adulta temprana; trabajo en la edad adulta; ocio y descanso en la vejez) a otra en la que los roles se distribuyan más armónicamente a lo largo de la vida.

De todos modos, hablar de mi muerte, en general de la muerte (de la que se nos recuerda, como pura teoría, que no es sino el

reverso acompañante de la vida), resulta difícil, incluso para quienes se supone que por nuestra profesión deberíamos tener una cierta familiaridad con ella. Los médicos golpeados o amenazados por la muerte son tan desvalidos como cualquier otro (y precisamente por ello) mortal. Un artículo reciente de *American Medical News* describe los casos de varios médicos que han sobrevivido a neoplasias que se presentaron en épocas relativamente tempranas de su vida; todos experimentaron los temores, ansiedades, inseguridades y dudas razonables respecto de sus tratamientos que experimenta habitualmente la persona que tenemos al otro lado de la mesa. Y todos tienen la vivencia de que verse precisamente *al otro lado* de la diada médico - enfermo les ha enriquecido personal y profesionalmente. Pero eso sí: la probabilidad cierta de la muerte les puso los pelos de punta. Sostiene Chumy Chúmez en uno de los libros que proponemos en la *Sala de Lectura* que “*los médicos (...) suelen jugar a ver a la muerte con cinismo. Se ríen de las muertes que circulan a su alrededor por el pavor que sienten de que su cuerpo, muerto también algún día, se quedará helado con la sonrisa de estupor que ponen todos los que no acaban de creer que haya ocurrido lo que ha ocurrido: que las iniciales de su nombre y de sus apellidos se hayan transformado en el breve R.I.P. por el que al final de la vida todos somos conocidos*” (pp 138-9). Tal vez no sea exacto que nos reímos de la muerte, pero detrás de nuestro distanciamiento emocional es muy posible que se oculte el temor que sugiere Chumy.

Nuestra dificultad para abordar la muerte hace que el tratamiento y la ayuda a las personas que la tienen cerca sea torpe y muchas veces inapropiado. A este respecto comentamos algunas cosillas en Varias de Bioética pero, permítaseme reflexionar en voz alta sobre lo mucho que se nos llena la boca a los médicos con los cuidados paliativos, cuando muchas veces el técnico en Medicina que atiende al enfermo no es capaz de prestar el consuelo que es preciso cuando no hay ninguna posibilidad de curar y el cuidar corre a cargo de otros profesionales. O el sinsentido que tienen los ríos de tinta que corren sobre la corrección ética de la eutanasia o

los testamentos vitales a la luz de prácticas de *sedación terminal* que se han dado en nuestros hospitales sin la menor participación de un enfermo que muchas veces ni siquiera conoce la gravedad de su enfermedad.

La muerte, a veces, nos parece injusta por prematura (¿quién tiene una vara de medir para eso?), y muchas veces es realmente injusta, atroz, inhumana, porque la imponen condiciones sociosanitarias paupérrimas, infrecuentes en nuestro medio pero *fisiológicas* a unas pocas horas de avión de la flamante nueva terminal del aeropuerto de Bilbao (aunque, eso sí, casi siempre con escala en Londres, Madrid o París). Otras veces, sin que tengamos que tomar el avión, es también injusta, atroz e inhumana porque la imponen fundamentalismos políticos que otorgan a la vida y la muerte de *otros* un menor valor que a la de quienes comparten su credo. Pero en cualquier caso la muerte está ahí y como hay que tenerla presente aprovecho para saludar a mi propia muerte con motivo del comienzo del siglo en que moriré, o como cantaba G. Knorr hace más de 20 años, musicando un poema de Gandiaga, *bilgo naiz*.

(Nº 74, 1 de enero de 2001)

Hassan R. Social consequences of manufactured longevity. MJA 2000; 173: 601-603

Chumy Chúdez. Cartas de un hipocondriaco a su médico de cabecera. Madrid: EDAF, 2000

Monte Miseria

Hace algún tiempo, en nuestra *Sala de Lectura*, nos referimos a la novela "*La Casa de Dios*", de Samuel Shem, de la que publicamos una atenta reseña que nos habían remitido Cristina Gisbert y Claudi Camps. Samuel Shem se llama en realidad Stephen J. Bergman, es a la sazón psiquiatra y dirige la sección clínica de la Facultad de Medicina de Harvard. El libro fue publicado en 1978 en Estados Unidos, donde ha sido todo un fenómeno editorial, y fue traducido al castellano en setiembre del 78. El protagonista, Roy Basch, nos relata su año de interno (previo a la especialización) en una eminente

y prestigiosa institución sanitaria, en lo que en inglés se llamaría el *aftermath* del escándalo Watergate. Al final de la novela, Roy y parte de sus compañeros hacen una especie de monumental corte de mangas a sus mentores y hartos de una Medicina deshumanizada optan por especializarse en Psiquiatría, rama de la que esperan que dote de un sentido especial a su profesión y vocación.

Casi 20 años después Samuel Shem publicó "*Monte Miseria*", traducida ahora al castellano (excelente traducción, por cierto, con un esfuerzo especial para explicar los juegos de palabras y lapsus que salpican la novela). Ahora Roy Basch, que tras su internado se ha tomado un año sabático en el que ha viajado con su novia por todo el mundo, nos cuenta su primer año de residente de Psiquiatría en la institución de ese nombre, también de enorme prestigio. El autor se toma la licencia de saltar temporalmente de la Medicina de los 70 a la Psiquiatría de los 90 sin envejecer a su protagonista y plantea el relato como una especie de viaje al interior del alma o de la mente de Roy con varias estaciones en los diferentes departamentos (cada uno con su correspondiente orientación teórica y doctrinal) de Monte Miseria. En el viaje conocemos (o mejor sería decir reconocemos) los diferentes fundamentalismos de nuestra especialidad, que tienen la *virtud* de comer el coco al protagonista, haciéndole identificarse con la mitología o los vicios de cada una de ellas. Así vemos que la rotación del Dr Basch por una unidad de *borderlines* inspirada por la Psicología del Yo sirve para que todos sus pacientes sean *borderlines* (con todos los subtipos necesarios para encajar en un diagnóstico cualquier peculiaridad o particularidad), y para que, identificado con un supervisor sádico-narcisista, los maltrate en la creencia de que cuanto mejor aparenta estar un paciente, peor está (y viceversa). La rotación por una unidad presidida por la Psiquiatría Administrativa le entrena en la realización de entrevistas estructuradas-computerizadas que llega a realizar en escasísimos minutos, al tiempo que le convierte en un virtuoso de la utilización del *DSM-IV* en el corte y confección de los diagnósticos adecuados para conseguir que el tratamiento sea sufragado por los seguros médicos. Su paso por una unidad de ins-

piración psicoanalítica le forma en la negación de las quejas conscientes en detrimento del supuesto material inconsciente subyacente y en la no escucha de la preocupación real del enfermo. Y de su paso por una unidad de orientación farmacológica sale autopolicado y a punto de suicidarse.

Con la ayuda y referencia de un residente exalcohólico, Roy emerge de todos y cada uno de los departamentos trasquilado, descreído, pero en cierta manera purificado por el sufrimiento y la capacidad crítica y autocrítica, y se embarca finalmente en una heroica cruzada contra uno de los más eminentes psicoanalistas del hospital, y más detalles no te contamos para que no pierdas interés por el libro.

Si eres psiquiatra, o vas camino de serlo, no nos extrañaría que, como a nosotros, el libro te resuene a varios niveles:

1.- Una lectura digamos superficial o anecdótica, nos ha tentado a novelar nuestra propia residencia, por la que desfilarían nuestros compañeros y supervisores, el uno con sus sistemas monoaminérgicos, el otro con su Lacan debajo del brazo, el de más allá con su ambición publicadora y sus vistas puestas en la universidad, y el de todavía-más-allá con su visión místico-alternativa. Todo esto aderezado con una adecuada carga de *susedidos* y anécdotas, estamos seguros de que nos reportaría succulentos *royalties* y más de una querrela de gente que a día de hoy todavía nos saluda y posiblemente incluso nos aprecia.

2.- El libro nos retrotrae a la época dichosa en que éramos más jóvenes (y más crédulos, seguramente) y todo nos fascinaba por su simplicidad y por la facilidad con que podían explicarse las conductas, los síntomas, las enfermedades. También era la época en que con especial aprovechamiento íbamos adquiriendo los tics, los topicazos, las actitudes cínicas de defensa frente al *burnout* o la deshumanización que caracterizan al profesional médico sufriente y sufridor (de esto nos hemos ocupado ya en un artículo del *Txori-Herri Medical Journal* que puedes leer si lo deseas: Hacia una nueva conceptualización de la formación del MIR). Las tonterías

que hace, que dice, que profesa Roy Basch y la falsa seguridad con que se maneja nos son muy familiares.

3.- Qué decir, por otra parte, de todos esos psiquiatras aprovechados, peseteros (bueno, más bien habría que decir dolareros), sádicos, psicópatas, que desfilan por el libro y que reflejan tan bien, pero tan bien, a personas que hemos conocido (alguna de ellas, por cierto, de relumbrón profesional y académico)

4.- Y para terminar, la reflexión sobre una Psiquiatría que independientemente del modelo o dogma con que se mueva tiene más de institución en el sentido sociológico del término que de profesión científica o humanística. Una Psiquiatría que se alimenta de personas a las que encaja con calzador en sus esquemas nosológicos (cada vez más *prêt-à-porter*), o en sus modelos conceptuales biológicos, psicológicos o sociales. Una Psiquiatría que en su voracidad por captar *casos* está convirtiendo a la Psiquiatría Comunitaria en una Psiquiatrización de la Comunidad. Una Psiquiatría en la que sus modelos de gestión introducen más ambivalencia y confusión que orden (y eso que gracias a quien corresponda según las creencias de cada cual, a este lado del Atlántico lo del *managed care* nos parece todavía un palabro raro y difícil de pronunciar). Una Psiquiatría en la que el usuario es cada vez más medio y no fin, que cada vez oye y trata más y escucha y consuela menos, y que no se pone ni roja ante la contradicción de que los enfermos más severos estén de hecho abandonados mientras nuestros dispositivos se atiborran de problemas menos graves que tratamos fundamentalmente con fármacos.

En fin, que recomendamos la lectura reflexiva de "*Monte Miseria*". Hay veces en que hacer unas risas con historias que se desarrollan en otro entorno sirven para poder contemplar nuestras propias miserias sin que nos desborde el malestar.

(Nº 75, 17 de enero de 2001)

Esculapio DW. Hacia una nueva conceptualización de la formación del
MIR. Txor Her Med J 1992: 2

Shem S. La casa de Dios. Barcelona: Anagrama, 1999

Shem S. Monte Miseria. Barcelona: Anagrama, 2001

Egoísmos, Nosotrismos, y Carta desde Irak

Vivimos en una sociedad y en un tiempo en el que parece imposible encontrar un terreno común en el plano moral y ético, unas normas que sirvan para todos. El mundo se divide en dos: *nosotros* y *los otros*; y la regla por la que nos regimos dice así: “*Una cosa está bien si la hace uno de los nuestros y está mal si la hace uno de los otros (el enemigo, generalmente)*”. En el campo de la política es donde más ejemplos de este fenómeno encontramos (nuestro querido País Vasco es un caso extremo), pero se dan en todos los ámbitos de la vida cotidiana. Mencionaremos algunos y esperemos que nadie se enfade. Está muy mal que un partido político rival manipule la TV pero si el que la manipula es “*nuestro*” partido político, entonces no pasa nada. Está muy mal que determinado Gobierno conceda unas televisiones de forma bochornosa a quien le conviene pero si “*nuestro*” Gobierno hace lo propio entonces nuestra valoración es justamente la contraria. Esta muy mal que haya enchufados en empresas públicas y privadas, en Universidades y Hospitales y que se convoquen “*oposiciones*” con plazas que están otorgadas de antemano, pero sólo si se adjudican a alguno de los otros. Y así en todo. Pensar que manipular la TV o que el amiguismo y el enchufismo están mal independientemente de quien lo haga es algo que está más allá de la lógica humana. Por alguna extraña razón, las personas estamos programadas para ignorar la realidad. Da igual que al hincha de un equipo le mostremos con todo lujo de detalles unas imágenes clarísimas en las que se ve cómo un defensa de su equipo entra por detrás a un delantero contrario, le clava los tacos hasta el fondo y le fractura la tibia y el peroné dentro del área, que seguirá diciendo que no es penalti. Y si después de 5 horas le entra un atisbo de duda arreglará la cosa diciendo que 5 minutos antes ocurrió una jugada igual en el área contraria y tampoco pitaron penalti. Da exactamente igual. La realidad no puede hacer nada por arreglar este fenómeno, es inútil aportar datos y pruebas, no se trata de eso.

Para ser justos hay que reconocer que esta división del mundo en *los nuestros* y *los demás* ha existido siempre y que ni Moisés pudo encontrar unas tablas de la ley que valieran para todos; pero había un cierto reconocimiento de que eso estaba mal, y tímidos intentos de superarlo. Ahora, ni eso. Pero lo que ya es el colmo es esa moda que se ha extendido recientemente y que consiste en que para descalificar el discurso del contrario se le tacha de “*pensamiento único*”, como si el que eso dice tuviera un pensamiento diverso y complejo. La realidad es que vivimos en una época de pensamiento cero...de ausencia total de pensamiento.

Los psiquiatras tenemos un nombre para esta manía de dividir el mundo en buenos y malos, que *nosotros* seamos siempre los buenos y *los otros* siempre los malos, y que todo lo malo (hasta las *vacas locas*) venga de fuera: *Paranoia*. Pero no se trata de patología, sino de la naturaleza humana. Una de las tragedias de la humanidad es que todas las declaraciones de Derechos Humanos seguirán sin valer un pimiento mientras no exista un “*NOSOTROS*” lo bastante grande como para que quepamos todos.

Y por cierto, hemos recibido una carta de un *otro* muy *otro*, que a la vez de ser *de los otros* es de los *nuestros*. Es un psiquiatra Irakí, concretamente de Kerbala, que pide por favor que se le envíen libros y publicaciones científicas. El caso es que el bloqueo de *los nuestros* impide a este *otro colega nuestro*, acceder a publicaciones recientes, acudir a congresos y conferencias, y por supuesto acceder a Internet. Parece que todavía no le ha llegado la *globalización*. Su dirección postal es: *Abd-UL-Amir K. AL-Ganimmee, MB, ChB, FICMS-Psych. Director, Psychiatry Depart., Babylon Univ Medical College. Near to Huseinya Post Office, Huseinya, Kerbala, Irak*. Reproducimos la carta sin traducir (está en Inglés) en nuestras *Highlights*. Espero que a los que colaboren no les caigan sanciones por violar el bloqueo...

(Nº 76, 1 de febrero de 2001)

Ensayos y honestidad

Hace ya muchos años asistí a un congreso en el que se presentó el primer ensayo clínico de Fase IV realizado con Psicofármacos en España. Repare el lector la de tiempo que ha pasado, que el psicofármaco en cuestión era una benzodiazepina (!). Se nos presentó el estudio como una relevante y necesaria aportación al conocimiento científico, a la salud pública, y seguramente (hace tantísimo tiempo que mis recuerdos son borrosos) a algún otro fin noble. Posteriormente he tenido ocasión de que me presenten resultados de múltiples ensayos de farmacovigilancia, efectividad, seguridad, rapidez de acción, adecuación a escalas y compatibilidad con gráficos vistosos. Incluso he participado, que recuerde, en dos (la consecuencia de uno de ellos fue el magnetoscopio de un servicio en el que trabajé).

Vienen todas estas reflexiones de abuelo Cebolleta a cuenta de una reciente instrucción de *Osakidetza (Servicio Vasco de Salud)* que viene a decir que los ensayos clínicos fase IV son eso: ensayos clínicos, y que como tales están sujetos a las mismas condiciones reglamentarias y legales que ensayos de otras fases (por ejemplo, consentimiento informado, autorización por un Comité Ético de Investigación, el promotor debe facilitar el medicamento y correr con los gastos derivados). El texto alerta muy especialmente contra los estudios promovidos por la industria farmacéutica y sociedades científicas que implican la recogida de datos de pacientes y su posterior entrega al promotor, a través de fichas o de medios electrónicos, y en los que el suministro de la medicación es por receta, de los que afirma que constituyen en realidad prácticas de inducción a la prescripción y marketing encubierto. Y de paso, hay que decir, fuente de diferentes formas de compensaciones para los clínicos participantes (como nuestro magnetoscopio).

La cuestión hay que verla desde varios puntos de vista. ¿Se pasa la instrucción o la legislación española poniéndose quisquilla con un asunto menor? Pues, hombre, probablemente no. El libro que comentamos en la Sala de Lecturas menciona de paso lo inapro-

piado y espurio de los ensayos fase IV realizados con intención fomentadora de la prescripción. Y, que nosotros sepamos, la *Canadian Psychiatric Association* promulgó hace tiempo unas guídelines al respecto que en esencia coinciden con la preocupación de Osakidetza y de la legislación española.

El conocimiento y grado de preocupación de los clínicos por todo tipo de ensayos clínicos parece escaso. Hace unos meses pasé por la curiosa experiencia de comentar un protocolo de ensayo clínico en un foro en el que abundaban ensayadores. Para mi sorpresa, mis interlocutores no demostraron ser buenos conocedores de los aspectos éticos y procedimentales de los ensayos, lo que me preocupó enormemente. Pero si vamos al tipo de ensayo que comentamos, da la impresión de que no es ya cuestión de falta de conocimiento, sino de absoluta agenesia de reflexión... o a lo peor de honestidad. Tal vez el señuelo económico y, a veces, de un *publish or perish* mal entendido facilite una cierta laxitud moral o autocrítica.

Hemos asistido con estupefacción e incluso con horror a los últimos escándalos médicos británicos: el caso del generalista asesino en serie de ancianos y el anatomopatólogo que se había montado un zoco con órganos de niños muertos sin ningún control ni consentimiento paterno. Con motivo del primer caso, el *BMJ* publicó un artículo sobre médicos criminales, demostrando que ha habido casos previos (recordemos, en la Psiquiatría, el genocida balcánico de ufano mechón o los asesinos en masa de enfermos mentales en la Alemania Nazi, alguno de los cuales continuó su carrera como director de campo de concentración político, como si hubiera sido un caso de *burning* de hacer *burn* a sus pacientes sin quedar *burned* para hacer *burn* a adversarios políticos). Sin duda son casos extremos, pero recuerdan que en esta profesión, investida aún de cierta sacralidad sacerdotal, hay personas muy poco presentables. Lo grave, sin embargo, es la presentabilidad colectiva de la profesión, o, dicho de otra manera, hasta qué grado todos cometemos actos deshonestos en mayor o menor medida. El número del 3 de febrero del *BMJ* rastrea en un artículo la cuestión de la

actitud ante el plagio científico en estudiantes de Medicina, en un artículo que pregunta a los probandos por su apreciación moral de 14 conductas más o menos pecaminosas, que abarcan desde prácticas abiertamente deshonestas o delictivas a comportamientos tramposillos a los que, supongo que con la tolerancia que tenemos todos para nuestras propias faltas, yo definiría más bien como pecadillos veniales. El trabajo da pie, además, a un comentario editorial preocupado por las consecuencias que sobre su práctica futura puede tener la ligereza moral de los estudiantes.

Una profesión no debe obtener respeto y dignificación por sus atribuciones clásicas o su carácter parasacerdotal, sino por la elevada catadura técnica y moral de quienes la practican. Habrá que tenerlo en cuenta.

(Nº 77, 15 de febrero de 2001)

Glick SM. Cheating at medical school. *BMJ* 2001; 322: 250-251

Kinnell HG. Serial homicide by doctors: Shipman in perspective. *BMJ* 2000; 321:1594-1597

Teehan M (Chair). Guidelines for Phase IV Clinical Trials:
http://www.cpa-apc.org/Publications/Position_Papers/Clinical.asp

Tecnogestión

Una de las particularidades de la profesión médica es la de tener graves dificultades para hablar de forma que se nos entienda. Hemos desarrollado un lenguaje propio, cuya comprensión nos separa de los legos, y que es a la vez un método de comunicación y un elemento de distinción y de identidad profesional, de reconocimiento un tanto altivo entre colegas. Hace unos días estuve con un familiar en la consulta de un cardiólogo, que me explicaba el mecanismo de acción de los ARA-2 (un nuevo tipo de antihipertensivo), con diagramas sobre la renina incluidos. Cuando terminamos, mi familiar, que asistía estupefacto y sin entender nada, pidió humildemente, y un tanto aprensivo (al fin y al cabo hablabamos de él, de su enfermedad y de su tratamiento), que le tradu-

jéramos al cristiano la conversación. Pues sí, señora. Vamos a practicarle una histerosalpingografía para ver si sus trompas son permeables. O mire usted, vamos a pedirle un TAC para ver si su TCE ha provocado algún tipo de lesión, y si no le haremos una RMN y un SPECT. Tómese este ISRS y esta benzodiacepina, y esperemos que su hipotimia se resuelva. Y a usted, decirle que padece una psicosis, y lo mejor es que se tome este atípico, que no tiene apenas efectos extrapiramidales y no modifica la prolactina. Pues algo así he sentido yo cuando me ha tocado recientemente asistir a una reunión de un grupo de trabajo que implica algunos aspectos de gestión sanitaria. Como clínico de a pie mis conocimientos al respecto son escasos, tendiendo a nulos, pero evidentemente este no era el caso de mis contertulios, que hablaban con soltura del EFQM, de los ESBS, o de parametrizar el displayer. Como observador imparcial, la cosa podía resultar curiosa, y hasta divertida: unos colegas hablando con una mezcla de siglas y spanglish. Pero esto se acompañaba también de una sensación que debía resultar similar a la de mi familiar cuando nos oía hablar de la renina, y que resulta incómoda en la medida de que le deja a uno fuera de una especie de camaradería entre colegas que uno no acierta a compartir. El caso es que tampoco me atrevía a preguntar “¿qué coño es el EFQM, o de qué va eso del ESBS, o para qué leches sirven los GRDs?”, por temor a que me tomaran por imbécil, o me miraran con parecida condescendencia con la que nosotros miramos a los legos cuando nos preguntan acerca de lo que significa el Volumen Corpuscular Medio o sobre qué son los ISRS. Así que uno sonrío como un idiota haciendo como que está en la historia, y trata de enterarse poco a poco. Y para cuando se da uno se da cuenta se sorprende hablando a sus colegas *no iniciados* en similar idioma, y sintiéndose ufano ante su cara de incomprensión y de cierta reverencia mientras piensan: éste sí que sabe de gestión.

(Nº 78, 1 de marzo de 2001)

Gana... y deja vivir

En estos días hemos asistido a la celebración de dos juicios, el de las compañías farmacéuticas contra el Gobierno de Sudáfrica y el de las compañías discográficas contra *Napster*, que - aunque no son comparables en su naturaleza y gravedad- sí que comparten una característica común: la defensa de los derechos de autor y la lucha contra la piratería. En uno de los casos se piratean fármacos y en el otro, canciones.

En el primer asunto, la industria farmacéutica mundial, representada por 39 empresas, ha demandado al Gobierno de Sudáfrica por una ley de 1997 que permite a compañías locales fabricar fármacos genéricos o comercializar productos adquiridos en Brasil o India más baratos que los convencionales. Esta ley choca con las normas de la Organización Mundial de Comercio (OMC). Las actuales normas de la OMC son favorables a que las multinacionales sigan disfrutando de la patente comercial de los fármacos durante 20 años. En consecuencia, la ley sudafricana -técnicamente llamada Enmienda Legal número 90 de Control de Medicamentos y Sustancias Afines- aún no ha podido entrar en vigor. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el Gobierno sudafricano actúa conforme a los acuerdos de la OMC sobre patentes, ya que estos prevén que, en caso de emergencia, se pueda comerciar con genéricos sujetos a patente. No hace falta insistir en que la situación del SIDA en África es de absoluta emergencia. Si en un lado de la balanza ponemos los 2-3 millones de personas falleciendo anualmente debido a la enfermedad, la previsión según distintas fuentes de que la esperanza de vida se va a acortar en 20-30 años en muchos de los países africanos, el hecho de que un 25% de la población de Sudáfrica es seropositiva y 2000 personas se contagian al día, etc., las compañías farmacéuticas lo tienen muy difícil para poner en el otro extremo de la balanza argumentos que puedan equilibrarla. Y parece que se han dado cuenta de ello y de la mala imagen que estaban dando a nivel mundial ya que aunque el juicio se ha aplazado hasta el día 18 de Abril, *Merck* ha anunciado un recorte de precios del 40-50% y se

oyen rumores de una posible retirada de la demanda. No estaría mal, sobre todo si tenemos en cuenta que la industria farmacéutica genera pingües beneficios.

El segundo tema es el famosísimo juicio contra *Napster* cuya sentencia parece conllevar su desaparición, por lo menos tal y como lo conocíamos. En esta cuestión es difícil no estar de acuerdo con los autores que defienden que la creación de sus canciones merece un justo pago por ello. Pero no hay que olvidar que los músicos son los que menos tajada se llevan de ese dinero y que en la mayoría de las ocasiones están absolutamente explotados por sus compañías. Las denuncias en este sentido han sido numerosas, una de las más sonadas el caso de Prince contra la *Warner*. Las grandes cifras que se manejan van a parar a los bolsillos de productores, distribuidores y demás intermediarios y parece que nunca tienen bastante (no hay que olvidar que *Napster* realizó una oferta de 1 billón de dólares, unos 180.000 millones de pesetas aproximadamente, como compensación y les pareció poco: <http://www.zdnet.com/zdnn/stories/news/0,4586,2688324,00.html>). Aún así, cuando uno lee que Elton John se ha gastado en 2 años más de 8000 millones (no sé si de pesetas o de qué pero para el caso es igual) en flores y casas no puede evitar pensar que si los CD's costaran 1000 pesetas disminuiría considerablemente el pirateo y Elton John tendría suficiente dinero para seguir comprando flores.

(Nº 79, 15 de marzo de 2001)

Los Peores artículos de la Historia de la Psiquiatría

Aprovechando el cambio de milenio, hace unos 14 meses se realizó una votación entre 200 especialistas en Salud Mental para que eligieran los 10 peores estudios de la historia de la Psiquiatría. El periódico *The Independent* ha tenido acceso a la lista y la comenta en una noticia aunque no la publica. Entre los ganadores figura Sigmund Freud en el sexto puesto nominado por sus Obras Completas lo que, en opinión del Dr. Wessely refleja el punto de vista, ampliamente extendido, de que, a pesar de la repercusión

literaria y cultural de su obra, ésta no ha hecho nada por los pacientes. Otro de los elegidos ha sido R D Laing, líder del movimiento antipsiquiátrico nominado por su trabajo “*El Yo dividido*”. Según los votantes, su punto de vista de que los esquizofrénicos no estaban locos sino la sociedad era la que estaba enferma condujo a la culpabilización de los padres y no parecía muy sensato. Otra de las figuras triunfadoras ha sido Egas Moniz, inventor de la lobotomía y una de las tres personas relacionadas con la Psiquiatría que han sido premiadas con el premio Nobel (1949). Tras recibir el galardón escribió una historia de los juegos de cartas y al final fue asesinado por un paciente. Se considera que su cirugía convirtió a los pacientes en autómatas. Sin embargo, la distinción de ser el peor artículo de la historia de la Psiquiatría ha correspondido a un brutal experimento realizado en los años 40 consistente en interrumpir el flujo sanguíneo cerebral de 100 prisioneros y 11 esquizofrénicos crónicos presionando la arteria carótida para ver qué pasaba. Los “científicos” medían el tiempo que tardaban los infortunados sujetos en perder el conocimiento y convulsionar llegando a la conclusión de que no se observaron mejorías significativas en el estado de los pacientes esquizofrénicos tras interrupciones repetidas y relativamente prolongadas del flujo. El artículo se publicó en los *Archives of Neurology and Psychiatry* en 1943.

Sería interesante leer votaciones similares en otras especialidades (los 10 peores artículos de la Historia de la Ginecología o de la Otorrinolaringología, por ejemplo) aunque me temo que no se realicen. En muchos sentidos la Psiquiatría sigue siendo diferente. Por otro lado todo este asunto desprende un tufillo que recuerda a esas rectificaciones que hace la Iglesia cuando pide perdón por errores cometidos hace 500 años, aunque tal vez esté bien limpiar los trapos sucios cada cierto tiempo. En cualquier caso, para la votación que se realice dentro de otros 100 años me atrevo a aventurar que el DSM-XXX ocupará un lugar destacado.

Ahora bien, no hace falta disfrutar de una gran perspectiva histórica para darse cuenta de que una buena parte de las cosas que se publican hoy en día son auténticas **chorradas** (con perdón por

ponerlo en negro). En el *Txori-Herri Medical Journal* tenemos una sección titulada “*Selecciones*” en la que periódicamente recogemos este tipo de perlas, algunas redactadas originariamente con ánimo humorístico, pero otras muchas *paridas* (perdón por ponerlo en cursiva) con toda la idea de que se está contribuyendo al avance de la Ciencia. Ciertamente ninguna de ellas ha gozado de la consideración que en su momento tuvieron los artículos y libros recogidos en la encuesta a la que hacemos referencia, por mucho que hayan sido denostados décadas después, pero no deja de ser llamativo (o incluso inquietante) que se destine tanto tiempo, dinero, becas y papel a publicar este tipo de *ocurrencias*. Como para muestra vale un botón, he aquí algunas cosas que hemos encontrado recientemente. Seguramente quienes las han elaborado las encuentran muy útiles y notables, y tal vez el lector también, pero a nosotros no dejan de producirnos una cierta sorpresa.

- Según un estudio realizado en Hong-Kong los usuarios de móviles se concentran más y mejor en las tareas aunque no estén utilizando el *cacharro*. Hay dos posibles explicaciones. Una, técnica o tecnológica, propone que las radiaciones emitidas por los móviles hacen que el cerebro funcione de manera más eficiente (de lo cual parece que hay pruebas, lo que se contrapone a la supuesta acción cancerígena de estos *chismes*). La otra, digamos psicofuncional, supone que usar un móvil acostumbra a realizar varias tareas simultáneamente. Tú eliges.
- Los psicoanalistas macho eeuuenses viven más que la población blanca masculina en su conjunto, los psiquiatros o los neurólogos macho. Los autores lo atribuyen al proceso de selección (¿natural?) que implica la admisión a formación psicoanalítica, así como al propio análisis personal del analista.
- Los hombres que nacieron con baja talla y/o peso tienden a quedarse solteros, lo que da pie a todo tipo de conjeturas evolucionistas, y sobre los intrincados fenómenos emocionales que pueden darse en la vida intrauterina.

- La forma en que se da la mano se asocia a los rasgos de la personalidad.

(Nº 80, 1 de abril de 2001)

Nota de los Eds: En Internet y en libros es habitual el encontrar el dato de que Egas Moniz fue asesinado por un paciente leucotomizado. Sin embargo, en la reciente biografía del lobotomizador norteamericano Walter Freeman, que reproduce correspondencia entre ambos, se asegura que Moniz sufrió dos graves ataques por pacientes no sometidos a psicocirugía que le causaron serias lesiones, pero que murió de forma repentina el 13 de diciembre de 1955.

Lo que dan de sí los nombres

El pasado sábado 7 de abril, la OMS celebró el *Día Mundial de la Salud*, con el lema “*Salud Mental: Sí a la Atención, no a la Exclusión*”, tras el cual se plantea un doble objetivo. Por una parte, una mejor atención psiquiátrica (o en Salud Mental), lo cual es poco menos que una utopía en amplísimas zonas de la Tierra, según la propia OMS. Por otra, eliminar lo que de estigmatizante y exclusivizante tiene la enfermedad mental. Este segundo aspecto ha merecido comentarios editoriales en *Lancet* y en el *CMAJ*, por poner dos revistas no psiquiátricas. Esta reivindicación, consecuencia del reconocimiento de los derechos de los enfermos mentales, parece haber animado a Mary Baker, presidenta de la *Asociación Europea del Parkinson* y a Matthew Menken, representante de la Federación Mundial de Neurología, a formular una propuesta audaz: sustituyamos los términos “*Salud*” y “*Enfermedad Mental*” por sus correspondientes “*Salud*” y “*Enfermedad Cerebrales*”. Entre otros argumentos, fundamentan su propuesta en que las enfermedades “*mentales*” son enfermedades cerebrales.

Si bien tienen razón en muchos de sus planteamientos, los autores pecan de una cierta inocencia. Veamos: El intento de eliminar la distinción cuerpo - alma no es nuevo, y además tiene una plasmación nosológica, el *DSM-IV*, que por cierto sigue hablando, en su título, de *Trastornos Mentales*. Por otro lado, no hay que olvidar que los proponentes del cambio de nombre provienen,

bien como usuario, bien como profesional, del campo de la Neurología, cuyos padecimientos no están sometidos a las mismas consideraciones sociológicas y estigmatizantes que condicionan a los enfermos psiquiátricos. Por mucho que pueda aceptarse que ambos tipos de enfermedades comparten un mismo asiento o paraguas lesional no es lo mismo socialmente, en 2001, una migraña que una esquizofrenia, una epilepsia que un trastorno bipolar o un Parkinson que un abuso de sustancias.

La creencia en que se pueden eliminar los problemas actuando sobre las palabras no es nueva. Por ejemplo, Jonathan Swift tenía un macroyecto para mejorar las costumbres eliminando ciertas palabras del idioma inglés. Y un autor del periodo romano, Aremisto de Sestao, se propuso en su momento eliminar los problemas que crea la proteiforme e indefinida patología cervical sustituyendo este término por el más castizo de pescuezo, sugerencia que transmitió al *Txori-Herri Medical Journal* en una carta que recogimos en nuestro *Symposium sobre Salud Cervical*.

Pero quienes más saben de estas cosas de los nombres son -somos- los médicos, y en especial los psiquiatras. Damos nombre a todo, incluso a lo que no lo tiene. A lo largo de la historia nuestra profesión ha sido capaz (y lo seguimos siendo todavía) de nombrar lo innombrable, de manera que al nombrarlo parezca intelectualmente (casi diría que epistemológicamente) aprehensible. En ese afán han destacado los franceses, en especial a la hora de poner epónimos. Ejemplos hay muy curiosos, como la paradójicamente Línea Innominada de la Pelvis (tiene narices que el nombre de algo sea "*sin nombre*" y que ningún anatomista francés, por ejemplo, haya sustituido esta solución de compromiso por su apellido). También está muy bien lo de idiopático, que parece una categoría y no es más que un grieguismo para dar solemnidad a nuestra ignorancia sobre el origen de la enfermedad. Damos nombre a cada fenómeno que identificamos o creemos identificar, con la particularidad de que, una vez dado el nombre, la pesada e incoercible maquinaria del pensamiento médico crea la categoría para ese nombre. Lo de Fiebre de Origen Desconocido, que es un término provisional, parece así ganar entidad nosológica propia, al igual que las *Hepatitis*

NoA NoB del pasado o el Deterioro Cognitivo Leve del presente (ver más abajo). No deja de ser la victoria del esencialismo sobre el nominalismo, denunciada en su momento por Popper.

Y por cierto, sobre esto de los nombres provisionales que hacen fortuna nosológica, permítaseme una digresión a propósito de la autorización de la píldora del día después (PDD), sobre la que puedes encontrar un comentario de Gonzalo Herranz en *Diario Médico*. Probablemente, el acuerdo o desacuerdo personal de cada cual con este producto dependerá de su concepto de ser humano: de a qué llama Ser Humano, o del momento desde el cual cree que el ser es Humano (disquisición que nos remonta a los griegos, que estimaban que el alma invadía el feto y lo hacía humano sólo a partir de un determinado momento de la gestación, por cierto, más tardío en las mujeres que en los varones). Pero por ir al grano, durante mis años de guardias de urgencia en hospital general he podido apreciar, atónito, que son hartamente frecuentes las solicitudes de contracepción de urgencia por rotura de preservativo durante el coito. A juzgar por la frecuencia del problema, nos hallamos ante una auténtica epidemia ante la cual debería tomar cartas la OCU (...o tendrían que establecer criterios estrictos de atención los servicios de urgencia que reciben la demanda). La cuestión me ha llamado mucho la atención y la he abordado a lo socrático, a pesar de que lo único que tengo en común con el filósofo es la barriga, y he interrogado a los médicos que reciben estas solicitudes. No me he interesado por su impresión sobre la veracidad o no de la queja, ni por el posible uso inadecuado del recurso, ni mucho menos por la moralidad de estas actuaciones. Me he interesado (con el coco ya absolutamente reblandecido por la administrativización de la asistencia) por el diagnóstico con que cierran sus intervenciones de urgencia en estos casos. Las respuestas no me han parecido satisfactorias: unos escriben contracepción de urgencia, otros, rotura de látex, lo cual es impreciso. Comparémoslo con una persona que tras pisar una peladura de plátano se rompe una pierna; lo de “*contracepción de urgencia*” sería asimilable, en este caso, a escribir en el diagnóstico “*enyesado*” (es decir, a la actuación médica”) y lo de “*rotura de látex*”,

a “*vigoroso paso sobre peladura de banana*” (es decir, a la etiopatogenia). Mis interlocutores me miraban con esa condescendencia con la que nos suelen mirar los médicos de verdad a los psiquiatras cuando decimos alguna tontería (o algo que les parece una tontería), lo cual rebajaba la tensión, convertía un problema de cierta envergadura en una majadería del psiquiatra y me hacía sentir que a pesar de todo los psiquiatras servimos para algo. Tal vez, ahora, con lo de la PDD desaparezcan estas intervenciones de urgencia, lo cual impedirá que el diagnóstico de “*Rotura de Látex*” alcance carta de naturaleza.

Y es que lo importante es poner nombre a las cosas. De ello da fe lo del lenguaje políticamente correcto, que es algo verdaderamente risible: a fuerza de querer parecer buenos y decentes nos hacemos cursis y a veces indecentes. También está muy bien en política, pero aquí lo que importa son más bien los adjetivos. Por ejemplo, se puede llamar democrático a una alternativa para que luzca ideal, a pesar de que quien lo propone sea lo más opuesto a los valores de la Democracia.

También es importante encontrar un nombre adecuado para las personas. O para los pacientes. Veamos: últimamente parece que ya no se lleva lo de paciente. Aquí mimetizamos la impetuosa corriente eeuuense que tiende a sustituir lo de paciente por cliente u otras formas (usuario, sufriente). La cuestión ha merecido un editorial del *Lancet* en el que se insiste en que a los interesados parece que les gusta más seguir llamándose pacientes y de paso se alude a eso de cambiar lo de doctor por proveedor sanitario. La editorial ha dado lugar a algunas cartas en un tono más o menos irónico o indignado que redundan en que este cambio de nombre tiene más de comercial que de humanitario. Incluso en un sistema sanitario como el nuestro eso de que a mí como paciente me llamen cliente parece favorecer que algún día me pasen la cuenta. Desgraciadamente esto es algo muy posible a medio plazo y tal vez inevitable, pero eso es otra historia: de lo que se trata es que la modernización de los nombres podría ser un lobo recubierto con la piel de cordero del reconocimiento de la autonomía del usuario.

En esta línea, podemos centrarnos en los cambios de nombre de boticas. El Bupropion, en los EEUU, se cambió de nombre para su comercialización en el tratamiento del tabaquismo. Así, en el vademécum coexiste el mismo producto, elaborado por el mismo fabricante, con dos nombres: *Wellbutrin*, como antidepresivo, y *Zyban* como antibaquéico. Lo mismo sucede con la fluoxetina: el mismo fabricante la comercializa como *Prozac* para sus usos habituales (más psicopatológicos, si se quiere) y como *Sarafem*, para el trastorno disfórico premenstrual. Probablemente, estos cambios de nombre ayuden a que el consumidor identifique su problema como algo con identidad propia.

Esto de nombrar y renombrar, pues, da para mucho, y tal vez no siempre para clarificar las cosas, reflexión que puede servirnos para retomar la propuesta comentada al principio. Veamos: ¿qué tal suena eso de salud cerebral? A nosotros no nos gusta nada. ¿Es realmente mejor y menos estigmatizante decir que alguien tiene una enfermedad cerebral en lugar de mental? Hombre, pues a bote pronto parece que ese término tiene unas connotaciones de negrura pronóstica que hay que tener en cuenta. Y por otra parte, eso de maquillar, camuflar, disfrazar el problema con un nuevo nombre tal vez sirva exclusivamente para hacer a este problema más aparente, más exagerado, más determinante.

En definitiva, no nos convence la propuesta. En el artículo hay otras aportaciones valiosas (como su llamada de atención sobre lo de espaldas que están psiquiatras y neurólogos) pero en cuanto a su mensaje esencial no habrá que despistarse. Sin duda alguna, la cuestión de mejorar la situación de los enfermos mentales y la lucha por reducir el estigma no se limita a un mero cambio de nombre, por muy bienintencionado que sea.

(Nº 81, 15 de abril de 2001)

Atkinson JM. The patient as sufferer. *Br J Med Psychol* 1993; 66: 113-20

Baker M, Menken M. Time to abandon the term mental illness. *BMJ* 2001; 322: 937

Portugaleta G, Smith CA. Salud cervical: Aspectos Clínicos. Diagnóstico. *Txor Her Med J* 1997: 6

Genes a go-go

Como ya comentábamos en el número anterior, la avalancha de noticias relacionada con los genes es algo impresionante. No cabe duda que el proyecto Genoma y todo lo que le rodea es uno de los hitos en la historia de la Medicina y que el atractivo, en estos momentos, de la Genética tanto para profesionales como para el público en general es francamente alto. Y no es extraño por tanto que todo ello se refleje en el número de publicaciones y de noticias dentro de la información acerca de la salud a todos los niveles. Aunque habitualmente no recogemos las noticias a este respecto salvo que se refieran a alguna de las enfermedades psiquiátricas mayores, merece la pena resaltar trabajo del Dr. Xavier Estivill, jefe de Genética Médica y Molecular del Hospital Duran y Reynals en Barcelona, que ha sido presentado en la reunión de la Organización Genoma Humano, celebrado en Edimburgo (<http://www.diariomedico.com/genetica/n240401bis.html>) y en donde encuentra una relación entre los Trastornos de ansiedad (pánico y fobias) con una duplicación de material genético en el cromosoma 15 (<http://www.wirednews.com/news/business/0,1367,43225,00.html>).

Y para ilustrar esta avalancha, vamos a recopilar sólo algunas de las noticias con un componente genético que hemos podido leer en las últimas semanas. En ellas se ha invocado la existencia de genes relacionados con:

- La Anorexia
- El Alcoholismo, vía serotonina y NMDA
- Los ritmos circadianos
- La legendaria adicción de los chinos al opio y heroína (y tal vez al juego)
- El oído musical (el 80% sería heredado, y el tema ha originado un debate que puede leerse en *BioMednet*)
- El receptor del sabor dulce
- Las conexiones entre el ojo y el cerebro

Por otro lado los genes se han convertido en el principal yacimiento arqueológico y su aportación a la Antropología es también notable. En este sentido, se ha encontrado una relación entre los pelirrojos y los Neandertales. Según esta investigación el llamado “*gen ginger*” que codifica para el pelo rojo, la piel clara y las pecas podría tener una antigüedad de unos 100.000 años y ser un legado de los Neandertales que, al parecer, sí se habrían mezclado con los *Homo Sapiens*. También se dice ahora que los europeos descendemos de unos pocos cientos de africanos que abandonaron su tierra hace unos 25.000 años y que existe una relación genética entre los varones vascos y los celtas, cuyo cromosoma Y es indistinguible entre sí. Sin embargo, no ocurre lo mismo con las hembras cuyo cromosoma X es similar al del resto de las europeas. Esto se atribuye al hecho de que los hombres controlaban la propiedad de la tierra y con frecuencia importaban o vendían mujeres a otras comunidades.

Por supuesto que la veracidad o la utilidad real de todas estas informaciones es más que dudosa pero con que sólo una parte de las expectativas que está generando la Genética lleguen a materializarse ya es suficiente para que tengamos que tenerla más en cuenta. Esta disciplina va a cambiar el futuro de la Medicina y sobre esto nos llama la atención el último número del *BMJ* que se dedica prácticamente de forma monográfica a la Genética con un montón de artículos y de editoriales. La idea subyacente es que hay que acercar la Genética a la Medicina Primaria y esta misma idea aparece en el último número del *Western Medical Journal* que también viene cargado con varios artículos sobre el mismo tema. Como psiquiatras ya hay algunos aspectos en los que nos empezamos a ver implicados como son las consecuencias psicológicas de la aplicación de los test genéticos por ejemplo, en la enfermedad de Huntington o en cómo conseguir cambiar las conductas de las personas para disminuir los riesgos de padecer la enfermedad a la que están predispuestos

(Nº 82, 1 de mayo de 2001)

www.txoriherrri.com

Pues por fin ya somos www.txoriherrri.com. Hartos de los problemas y limitaciones de *Terra* y de la decisión unilateral de tsx (nuestro “*hospedero de dominio*” hasta ahora) de llenarnos la página de estúpidas y molestas pantallitas de publicidad, hemos decidido mudarnos, ubicarnos en otro servidor, y hacer uso de nuestro dominio registrado. Desde aquí, nuestro público agradecimiento a la *Asociación Escéptica Española (ARP-Sociedad para el Avance del Pensamiento Crítico* en <http://www.arp-sapc.org/>) y muy especialmente a Borja Marcos, sin cuya colaboración nos habríamos hecho la picha (con perdón) un lío. Y aprovechando la excusa que nos brinda nuestra nueva y flamante ubicación, en un rinconcito del servidor de ARP, vamos a dedicar este editorial a ponernos tocapelotas y descreídos. La verdad es que seguro que no hace falta que nos declaremos escépticos y aconfesionales, ya que seguro que se nos ha visto el plumero a lo largo de nuestro ya largo recorrido de pepito grillos de la red. No es la primera vez que hemos hablado del escepticismo sano como valor (Ciencia, Filosofía, Escepticismo e Internet), o que hemos defendido el valor del método científico como guía para la toma de decisiones en la práctica de esta desconcertante profesión. Pero últimamente empieza a fallarnos también la fe (o credulidad, que viene a ser lo mismo), en dicho método, por lo menos en cuanto a lo que a nuestra profesión se refiere.

El caso es que parece que el Ensayo Clínico Controlado y Aleatorizado (ECA en adelante) parece haberse convertido en el dios indiscutible de la veracidad científica, y en el marchamo que cualquiera que se precie busca para certificar su seriedad, eficacia y validez (especialmente todo tipo de boticas). Ya hemos contado cómo esto puede ser utilizado a modo de disfraz de cientifismo barato por parte de prácticas no precisamente muy científicas (es el caso de muchas medicinas alternativa u otras prácticas más o menos heterodoxas), pero parece evidente que es también constantemente utilizado como argumento comercial. Es un poco el anuncio del *a ver quien lava más blanco* (en el que una hacendosa ama de casa

lavaba la ropa de forma ciega, sin saber cual era el detergente aplicado a cada colada, para descubrir luego alborozada que la ropa lavada con *chimpún* salía incomparablemente más blanca). Pues a mí un montón de estudios, que avalados por una metodología aparentemente muy rigurosa consiguen su publicación en las revistas de máximo impacto (lease *Archives*, *American*, y *cía*), empiezan a despertarme tanto interés y credibilidad como el susodicho anuncio. Hace unos días un colega me comentaba como les habían propuesto hace unos meses un ensayo clínico (excelentemente pagado por otra parte), para el que fueron incapaces de reclutar a nadie. Ni apelando a la fidelidad de esos pacientes incondicionales que tiene uno tras el paso de los años consiguieron que ninguno aceptara, tan peregrina era la propuesta. Pues bien, ahora han visto publicado el artículo basado en dicho ensayo, llevado a cabo por investigadores con más suerte, o más poder de convicción. Y se preguntaba mi colega como coño habrían hecho para convencer a los pacientes, y yo me pregunto si los resultados tendrán algo que ver con la realidad, dado el sesgo evidente resultante de la selección de la muestra, poco o nada representativa de los pacientes que uno atiende en la clínica cotidiana.

A lo que voy; cada vez me parece más evidente que una de las graves limitaciones de los ECAs es que son controlados y presunta pero escasamente aleatorios (la aleatoriedad se resume a la asignación de cada grupo a cada tratamiento, no a la selección de pacientes para el estudio), obviando que la realidad es totalmente descontrolada e incontrolable y profunda o esencialmente aleatoria. Por definición, un ECA pretende controlar todas las variables posibles excepto la respuesta clínica. Pero en la realidad esto es imposible, ya que las variables son infinitas.

Esto me recuerda a algo leído en una época en que me interesé relativamente por la geometría fractal (fundamentalmente porque genera programas de ordenador que hacen dibujitos y paisajes muy chulos). La geometría fractal describe, de forma concisa y apropiada, procesos y objetos complejos del entorno natural. El concepto se debe en buena parte a Benoit Mandelbrot, que lo

expuso ampliamente en su libro “*The Fractal Geometry of Nature*”. Y en otro libro en el que Benoit participó, “*The Science of Fractal Images*”, expone el siguiente ejemplo para ayudar a comprender la diferencia entre la concepción del mundo basada en la geometría tradicional y la fractal: Jonathan Swift describía en 1726 como Gulliver, capturado por piratas, termina en una isla de donde es rescatado a través de una cadena que desciende de la isla flotante de Laputa. Sus habitantes, los laputanos, viven obsesionados por las matemáticas y la música e intentan vivir en un mundo en el que todos los objetos sigan las reglas de la geometría euclidiana, por lo que llevando al extremo tal empeño terminan comiendo filetes con forma perfecta de triángulo. Gulliver se larga decepcionado, y rendido a la evidencia de que, para bien o para mal, el mundo no es así. Pues eso, que el mundo no es así, y que extrapolar los resultados de según qué ECAs a la práctica clínica cotidiana es más que dificultoso, y probablemente falso. Y algo parecido nos pasa con las guías de práctica clínica. Nuestro persistente empeño en poner puertas al campo, en reducir a algoritmos, a reglas finitas algo que en la realidad se muestra impredecible e inacotable, puede llevarnos a una simplificación de la realidad poco menos que estúpida.

Yo siempre he creído (y experimentado) que el mayor refuerzo que puede tener un médico para utilizar un tratamiento determinado son los buenos resultados. Lo mejor para la autoestima es que un paciente vaya bien, como consecuencia más o menos atribuible a una actuación propia. El que los laboratorios farmacéuticos gasten tanto dinero en reforzarnos para que recetemos, parece precisamente la demostración palpable de la escasa capacidad de refuerzo natural que dichos tratamientos tienen. Y es que, en una famosa y muy popular frase escéptica, “*las afirmaciones excepcionales requieren pruebas excepcionales*”. ¿Podemos considerar que alguien que afirma disponer de un tratamiento eficaz para los síntomas negativos de la esquizofrenia no está haciendo una afirmación excepcional? Pues eso.

(Nº 83, 20 de mayo de 2001)

Cambio y libertad

Como todos los años, en mayo se ha celebrado la tradicional peregrinación de psiquiatras hispanos al congreso de la *APA*, con el fin de empaparse de ciencia, algunos, y de conocer mundo, otros. Por la casuística de que dispongo, y dado el conocimiento de inglés de buena parte de la expedición, creo que han sido más los del segundo grupo, salvo que la *APA*, consciente del fenómeno, haya creado un servicio de traducción simultánea al castellano, cosa que no he oído decir a nadie. Ni siquiera se lo he oído a un ejemplar que conozco de psiquiatra viajero que podría exhibir una de esas antiguas maletas con el sello de hoteles de lugares variados y contar, como el Capitán Tan, sus viajes por todo lo largo y ancho de este (congresístico) mundo, dando la impresión de un políglotismo que no sólo es irreal, sino que choca con su dificultad para expresar sin trastabillarse el amplio anecdotario (que no conocimientos) adquirido con tanto viaje. Este ilustre compañero en sus paseos por New Orleans posiblemente no habrá tenido ocasión de enterarse del pequeño escándalo que ha organizado Robert Spitzer y de lo incómoda que ha hecho sentirse a la *APA* con la comunicación de un estudio sobre la eficacia de lo que llaman por allí *terapia reparativa* en la reorientación sexual de homosexuales de ambos sexos (bueno, perdón, se me olvidaba que ahora se dice géneros)

La bronca ha partido de sectores profesionales y/o activistas de los movimientos gays eeuuenses, que entre otras cosas han acusado al autor de metodológicamente chapucero, aliado con sectores conservadores sociales y religiosos (en ese sentido, el nombre de terapia "*reparativa*" se las trae) e ignorante, por no enterarse de que la orientación sexual es algo predeterminado, tal vez a un nivel biológico. Se dice que Spitzer capitaneó la salida de la homosexualidad del DSM allá por 1973, así que en principio no debería parecer, además, sospechoso de una especial animadversión antigay.

Lo de metodológicamente chapucero seguramente no es desatinado. Spitzer no tuvo mejor ocurrencia que comprobar la efectivi-

dad de su tratamiento mediante llamadas telefónicas en las que pasaba una breve entrevista elaborada con indicadores *ad hoc* de reorientación sexual (¿se ha casado? ¿De qué sexo –perdón, género– son sus parejas sexuales actuales? ¿Cómo son sus fantasías masturbatorias?) y, hombre, no es de descartar que a falta de una entrevista más directa y acompañada de estimadores objetivos (¿pletismografía, por ejemplo?) sus expacientes exageraran un poquito (hasta dar con cifras de efectividad en torno al 60%). Sobre lo de aliado con sectores rancios no puedo opinar, pero el propio autor reconoce que muchos de sus ex-pacientes, altamente motivados para cambiar de orientación sexual, tenían ideas religiosas muy asentadas contrarias a la homosexualidad, lo que les hacía sufrir y les empujaba al cambio. No creo que esto sea estar aliado con sectores conservadores, sino más bien ayudar a personas con sufrimiento psicológico en el que influye su credo religioso.

Lo que me parece que tiene poco fundamento es eso de que no tiene sentido tratar de cambiar la orientación homosexual porque es una conducta algo así como *hardwired*. Es más, la insistencia de grupos gays en este sentido hace pensar que no están absoluto liberados y que más bien sienten en algún grado una culpa (no niego que socialmente inducida) de la que tratan de librarse aduciendo que la responsabilidad de su orientación sexual o de sus conductas son los genes o las proteínas cerebrales, o lo que vayamos descubriendo y/o poniendo de moda con el paso del tiempo. Pero aún aceptando que en el 100% de los casos sea así, ¿por qué no va a poder querer cambiar su orientación homosexual un sujeto, más allá de que el determinante de su voluntad de cambio sea psicológico - personal o social? Aunque tal vez no sea un ejemplo muy parangonable (porque los feos tendremos tal vez alguna desventaja social, pero no hemos sufrido el castigo y la segregación a la que los gays han estado sometidos a lo largo de la historia), la forma de nuestro cuerpo, o sus cambios en virtud del envejecimiento están sin ninguna duda determinados genéticamente, y nadie se escandaliza porque un ciudadano quiera rectificarse el

tabique nasal o hacerse un lifting. Podremos reflexionar sobre lo que de esclavitud a los cambiantes cánones sociales de belleza tiene la cirugía plástica, pero no pasa nada (bueno, igual sí, y de positivo, en la medida que las mujeres con reducción mamaria con fines cosméticos parecen vivir más). Dicho de otra manera, si alguien quiere cambiar su cuerpo o su orientación sexual y encuentra a un cirujano plástico o a un *psico-algo*, respectivamente, que le ayude, no debería pasar nada, siempre que todo se haga con la debida honestidad y respeto a la persona, lo que aparentemente ha faltado en ocasiones a la terapia reparativa. No es admisible que el *psico-algo* presione o culpabilice al gay de la misma manera que sería impresentable que el cirujano indujera al lifting llamando a su cliente patata arrugada. Y de la misma manera que el tratamiento ayuda a alguien habrá que concluir que en algunas personas (y no en todas) es útil y nadie deberá sentir que la existencia de esa posibilidad supone una obligación de cambiar una conducta o una orientación sexual con la que se siente cómodo.

Lo de la dificultad o imposibilidad de cambiar conductas, de todos modos, merece algún comentario. Bien se base en la noción freudiana de lo que podríamos llamar egoesclerosis a partir de cierta edad, bien en la adjudicación de una raíz genética a la conducta, nos resistimos a cambiar, con el argumento implícito de que no podemos (o no somos libres para) modificar nuestras actitudes. Ese razonamiento recuerda al del adicto que pone encima de la mesa su diagnóstico como si fuera una bola de presidiario a la que está irremisiblemente enganchado, olvidando que una cosa es tener un problema difícil de resolver y otra, que sea difícil querer resolverlo. No tiene sentido que el avance en la investigación psicogenética se traduzca en una asunción de que el ser humano no tiene ninguna libertad ni derecho a asumir responsabilidades. Habrá que volver sobre ello.

(Nº 84, 4 de junio de 2001)

Los ISRS en el banquillo

La noticia más relevante de esta última quincena en nuestra disciplina es, sin duda, la sentencia de un jurado de Wyoming, (Cheyenne, USA), que condena a *GlaxoSmithKline* -fabricante de la Paroxetina, con el nombre comercial en USA de *Paxil*- a pagar 6,4 millones de dólares (unos 1200 millones de pesetas) a la familia de Donald Shell. Este hombre, de 60 años de edad, mató el 12 de Febrero de 1998 a su mujer, a su hija y a una nieta de sólo un mes de edad, suicidándose posteriormente. Donald Shell había sido diagnosticado de depresión leve dos días antes y se le había recetado *Paxil*. La denuncia fue interpuesta por la hermana y el yerno del autor del trágico suceso, aduciendo que esta conducta homicida y suicida era totalmente incongruente con la forma de ser de Donald, un amante padre de familia. Según alguna de las noticias que hemos leído, parece que el señor Shell había tomado previamente Prozac, que le fue retirado por producirle agitación o incluso alucinaciones. *GlaxoSmithKline* ha mantenido que la depresión que padecía el paciente es la verdadera causa de su conducta violenta y ha anunciado que recurrirá la sentencia. Pero el hecho es que el jurado ya ha decidido que el *Paxil* tiene un 80% de la culpa de lo sucedido. La sentencia puede tener repercusiones de gran alcance. Aunque ya desde hace años se viene atribuyendo a diferentes ISRS, sobre todo a la fluoxetina, pero también por ejemplo a la sertralina, como ya recogimos en nuestras *News* (nº 61, 18 de Junio de 2000), el riesgo de inducir al suicidio o de generar agitación, ésta es la primera vez que un jurado culpa a un ISRS de causar actos violentos. También existe una sentencia anterior en un par de semanas de un juez australiano culpando a la Sertralina de que un tal David Hawkins asesinara a su esposa e intentara suicidarse.

Hay que mencionar que un perito destacado de la acusación ha sido el Dr. David Healey, autor del trabajo que antes mencionábamos sobre la sertralina, quien ha tenido acceso a los archivos de *GlaxoSmithKline* a lo largo del juicio, y por lo tanto a buena parte de los estudios precomercialización del fármaco, en base a los cuales ha argumentado que una porción significativa de las perso-

nas sanas que toman estos antidepresivos (un 25% según él) pueden sufrir agitación y una pequeña minoría (1 de cada 1000), tornarse potencialmente suicidas. Además de ello, Healey ha encontrado datos de que la compañía ya sabía en los años 80 que la paroxetina originaba síntomas de discontinuación o dependencia física hasta en un 85% de los voluntarios sanos que tomaban el fármaco (empleados de la compañía) por periodos tan cortos como dos semanas. Los síntomas incluían insomnio, sueños anormales, agitación y otros. Healey piensa que estos síntomas han obligado a reinstaurar el fármaco y a emplearlo de forma prolongada cuando no era necesario por la propia patología del paciente y culpa a la compañía de no haber avisado ni a médicos ni pacientes. Ha escrito también a la *Agencia para el Control de los Medicamentos*, organismo que otorga las licencias en el Reino Unido, mostrando su preocupación sobre las implicaciones de estos estudios y pidiendo que estos fármacos lleven advertencias sobre el riesgo de reacciones violentas y de síntomas de retirada. La prensa de difusión general no ha tardado en hacerse eco de estas acusaciones.

Es muy difícil pronunciarse sobre estos casos con la información que llega a través de la prensa, siempre fragmentaria y poco rigurosa. Todos conocemos desde hace muchos años el riesgo de suicidio que suponen los antidepresivos (incluso antes de la aparición de los ISRS) al inicio de su empleo, por la activación que inducen y el riesgo derivado de pasar al acto, pero también es cierto que los ISRS pueden inducir determinados efectos secundarios (acatisia e inquietud entre ellos) potencialmente peligrosos. El hecho es que está abierta la puerta a futuras denuncias por lo cual es más que probable que las compañías farmacéuticas se vean obligadas a ceder o tomar medidas con lo que, a partir de ahora, puede cambiar nuestra relación con estos fármacos.

Por contra, las que no han prosperado han sido las denuncias contra *Novartis* y la *APA* a las que se acusaba de promocionar el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención en la infancia para aumentar las ventas de Metilfenidato (*Ritalin*). Ya son dos jueces los que han desestimado las acusaciones

(Nº 85, 17 de junio de 2001)

Medias verdades

Hace unos años yo participaba en una lista muy profesional, en inglés, en la que tomaba parte también una mujer (o al menos se presentaba como tal) supuestamente psicólogo que contaba unas sorprendentes batallas, tanto por su contenido como por el foro que elegía para hacerlo. Así, por ejemplo, un día contó que no conocía a su padre biológico; más adelante, que iba a intentar encontrarlo en una ciudad desconocida para ella, y poco después, que lo había encontrado y, lo que fue aún peor y más extemporáneo, cómo era su progenitor y cómo se había sentido ella al conocerlo. La posible respuesta a tan chocante historia la daba en julio de 2000 un artículo del *Southern Medical Journal*, del que nos hicimos eco en las *News*, en el que se comunicaban casos de Munchausen por Internet. Su autor, el dr Feldman, es un especialista en trastornos facticios, sobre los que tiene una página web desde la que puedes acceder a un grupo de correo de *facticiantes* (si vale la palabra) y a otro de víctimas de facticiantes. El fenómeno parece ser lo suficientemente importante y frecuente como para haber merecido un reciente artículo periodístico en el que se habla de la proliferación de los trastornos facticios Interneteros en las listas o grupos, ámbito que parece idóneo para soltar tremebundas historias con afán de recabar la solidaridad y el apoyo de *ciberincautos*.

Mentir es una actividad humana cotidiana, y no hay quien no diga mentiras, piadosas o menos presentables, a pesar de que el esfuerzo por sostenerlas, mantenerlas y hacerlas creíbles puede ser perjudicial para la salud. Tan ubicuas son que un aspecto esencial en la interacción entre seres humanos es ser capaz de detectar si el interlocutor nos está metiendo una *bola*. Hay momentos en nuestra existencia en los que esta habilidad es vital (por ejemplo, en una partida de mus es absolutamente imprescindible captar si el contrario va de farol), pero no siempre se pueden descubrir las falsedades, por lo que desde antiguo se ha buscado una máquina que nos ayude a detectar mentiras. Hay algunas aportaciones interesantes, como la de la empresa *Daka Research*, que creó una

máquina (*Truth Machine*) capaz de captar el nivel de estrés de un vendedor cuando no dice la verdad, lo que permite detectar la *bola*. Otra aportación notable es la de un sistema que analiza las expresiones faciales de manera que puede captar incongruencias emocionales entre lo que se dice y lo que se expresa de forma no verbal o incluso emociones (risa, llanto, sorpresa) fingidas.

Pero mucho más peligrosas y difíciles de detectar son las medias verdades, o si se prefiere, la utilización interesada de parte de los hechos o parte de las verdades. O, en lo que podría ser una definición alternativa, contar las cosas de forma incompleta. Esta técnica, muy utilizada en campos tales como la confrontación y manipulación política, ocupa una posición central en las argumentaciones comerciales o científico-comerciales. Veamos, por ejemplo, la farmacoeconomía. Cuando nos cuentan que un determinado producto reduce las estancias medias y por lo tanto ahorra en camas, se pasa por alto que los presupuestos no siempre son tan ágiles como para poder trasvasar fácilmente el gasto de camas (que en último término es de personal) al presupuesto de boticas. Tampoco es del todo cierto que se reduzcan los gastos indirectos causados por la psicosis al reducir los síntomas negativos con un antipsicótico. De hecho, lo lógico sería que esto llevara consigo un aumento de los gastos sanitarios, al haber un mayor número de personas susceptibles de (y con el derecho a) integrarse en programas de rehabilitación. Y ese argumento que sostiene que la mejor manera de optimizar la atención a las demencias no es dar a los pacientes IACÉs, sino mejorar servicios tales como centros de día, residencias, etc, equivale a decir, en último término, que nos tenemos que apretar el cinturón en el compartimento sanitario para que gasten en el social.

Maquilladas con conceptos o incluso valores como la *diplomacia*, la *prudencia* o el *sentido común*, las medias verdades son esenciales, pues, para defender los propios intereses. Un artículo que un psiquiatra norteamericano ha publicado en *Psychiatric Times* sobre el controvertido asunto de si los psicólogos pueden o no recetar, revela que algunos argumentos *médicos* usados por los

psiquiatras para rechazar esta idea se caen por su propio peso y sólo sirven para camuflar los intereses económicos del colectivo (opuestos a los objetivos e intereses, también económicos, del colectivo rival).

Las medias verdades, en definitiva, engañan más que las mentiras, para lo cual a veces es conveniente imponer un lenguaje o un vocabulario previo del que se sigan de forma natural consecuencias inicialmente insospechadas. A este respecto es ilustrativo un agudo artículo publicado en el *WMJ* en el que se analizan los efectos secundarios de la metáfora *comercial* o *empresarial* y de conceptos tales como calidad o eficiencia a los que tan aficionados son los gestores.

Líbrenos pues quien corresponda, según las creencias de cada cual, de las medias verdades, porque tal vez se coja antes al mentiroso que al cojo, pero el *mediosincero* es difícil de detectar, en especial si sintonizamos parcial o totalmente con su *mediaverdad*.

Tal vez si buscas con detenimiento podrás encontrar en estas *News* alguna verdad incompleta.

(Nº 86, 3 de julio de 2001)

Feldman MD. Munchausen by Internet: detecting factitious illness and crisis on the Internet. *South Med J* 2000; 93: 669-72.

Dr. Marc Feldman's Munchausen Syndrome, Malingering, Factitious Disorder, & Munchausen by Proxy Page: www.munchausen.com

MIRes y la Crisis de la Psiquiatría

Algunas veces he escuchado que no hace falta ser muy inteligente para terminar la carrera de Medicina, ni para obtener plaza de MIR y formarse como especialista. Probablemente es cierto, pero no hay que negar que lo que sí hace falta es cierta persistencia, tozudez o constancia, como queramos llamarlo, y esto es probablemente una virtud. Quizás esto tenga que ver con nuestra habitual costumbre de minusvalorarnos y echar piedras en nuestro propio tejado, costumbre especialmente cultivada por los psiquiatras. Una

rama de la Medicina incomprendida (y a veces incomprensible), que colocó muchas expectativas para ganar honorabilidad científica, en una *década del cerebro* que ha resultado en muchos aspectos decepcionante. El caso es que hoy por hoy puede no ser una opción atractiva para su elección como especialidad por parte de los médicos que acaban de obtener plaza MIR. Tal y como dice un libro publicado en los USA (*Psychiatry in Crisis: A Call for Reform. By J. Allan Hobson and Jonathan A. Leonard*) cada año se dispone en dicho país de 1200 plazas de formación para psiquiatras, que hasta hace unos años eran ocupadas por los estudiantes más brillantes y prometedores. En la actualidad sólo 1/3 de dichas plazas se ocupan por estudiantes americanos, y la mayoría procedentes del pelotón de cola de la clase. Aunque el artículo se refiere a los USA, cuyo sistema de atención sanitaria y de salud mental es muy diferente al nuestro, pienso que puede compartirse la idea de que estamos en declive, o en el mejor de los casos, en crisis. Una buena parte del atractivo de la Psiquiatría en los últimos años ha pasado por el entusiasmo y expectativas creadas por los movimientos de reforma y la llamada década del cerebro. Por un lado, la definitiva integración de la asistencia en el resto de la Medicina y la equiparación de los pacientes psiquiátricos graves a los pacientes con cualquier otra enfermedad, asistidos en la comunidad e ingresados en unidades en hospitales generales. Por otro, la creciente importancia y repercusión de los avances tecnológicos (neuroimagen, genética, neuroquímica, los nuevos fármacos), que nos permitirían en breve plazo dar el salto hacia un conocimiento etiopatogénico de las enfermedades psiquiátricas, a métodos de diagnóstico de “prestigio” y a tratamientos más eficaces y predecibles, y de paso, a integrarnos también nosotros en la Medicina. Pero la reforma no ha traído todo lo que prometía. Tal y como señala Healy en un controvertido artículo-conferencia publicado en *Nature Medicine* (y del que encarecidamente recomendamos su lectura) los procesos de desinstitucionalización parecen haber afectado más a la propia Psiquiatría que a sus pacientes. En Gran Bretaña, por ejemplo, los pacientes son detenidos por la policía con una frecuencia tres veces mayor que hace 50 años, y el número de ingresos psiquiátricos se ha multiplicado por 15. De hecho, tal y como el autor señala, los pacientes pasan

más tiempo total hospitalizados que en cualquier otro periodo de la historia. Y la década del cerebro, a mi modo de ver, ha resultado bastante decepcionante, especialmente también para los pacientes. Es posible que los únicos para los que la Psiquiatría vaya bien sea para los laboratorios farmacéuticos, que han multiplicado sus ingresos con el filón de los ISRS y los atípicos, fármacos cuya repercusión real sobre la evolución, calidad de vida e integración social de los pacientes con enfermedades mentales severas y sus familias ha sido muy escasa.

Y además, ser MIR no es una tarea fácil. Hombres y mujeres, hechos y derechos, que después de grandes esfuerzos y una carrera de seis años se encuentran volviendo a empezar, con un sueldo de miseria, a veces con horarios y exigencias profesionales que pondrían en pie de guerra a cualquier sindicato, en muchos casos sometidos a los caprichos de jefes imbéciles, servicios absurdos, hospitales sin pies ni cabeza, competencia inhumana y, *last but not least*, superiores inmediatos que a pesar de que no hace mucho tiempo que fueron MIREs se recrean en su explotación y abuso, con el mensaje implícito o explícito de que el residente está para eso, como si la residencia fuera una versión sanitaria de lo más cuarterlero y machista de la mili. Y a tragar... Como dice una canción de los *Beautiful Brains*, residente tú a callar. Por eso no me extraña que se describa ya el burn-out en este colectivo, que personas que debieran tener toda su ilusión intacta estén amargadas y vivan el trabajo cotidiano como una pesada carga, y una tarea de la que no obtienen reconocimiento, satisfacción, dinero, ni formación.

Y con todo esto, ¿puede un médico recién terminada su carrera elegir con ilusión la especialidad de Psiquiatría? Pues desde luego que sí. Estos días, tras la muerte de Gila, he escuchado varias anécdotas referidas a su vida. El otro día alguien comentaba algo así:... *“una vez, en una conversación, surgió la discusión de si su profesión (la de humorista) servía para algo... Y que alguien le respondió que la media hora que dedicaba a las personas en sus actuaciones podía tener un enorme valor para mucha gente, aunque dicho valor fuera difícil de medir”*.

Así que aprovechamos estas fechas en que se incorporan los nuevos residentes a los hospitales españoles para desearles mucha suerte, ilusión y ganas. Y para decirles que por gilipollas que sean algunos de sus jefes, inhumanas sus condiciones de trabajo y ausente cualquier contenido docente, merece la pena. Y que cuando sean especialistas recuerden los tiempos en que fueron residentes, y contribuyan a hacer la vida de los nuevos residentes (y colegas, no lo olvidemos), más fácil, provechosa y feliz. Mucha suerte y un abrazo.

(Nº 87, 17 de julio de 2001)

Los Psiquiatras nunca se rinden

Es relativamente frecuente que nos encontremos ante un paciente (pongamos por caso una Depresión Refractaria, aunque puede tratarse de cualquier otro diagnóstico) con el que hemos agotado todos nuestros recursos terapéuticos sin que se haya producido una mejoría apreciable. Hemos seguido más o menos todos los pasos descritos en los protocolos y *guidelines* tan de moda hoy en día pero el paciente se nos resiste. Hemos utilizado esos maravillosos fármacos revolucionarios, se lo hemos pasado al /la psicólogo/a, lo hemos ingresado y vuelto a ingresar pero... nada, el paciente sigue deprimido y angustiado. ¿Qué hay que hacer cuando no sabemos ya qué más hacer? ¿Hay que rendirse? ¿Cómo? ¿Deberíamos presentarnos ante el paciente y reconocer nuestra impotencia? ¿Deberíamos decirle que ya no podemos hacer más por él... que todo lo que sabemos lo hemos hecho ya? Uno tiene la opinión, seguramente sesgada, de que otras ramas de la Medicina (espero que no se nos enfaden los suscriptores no psiquiatras) llegan antes que nosotros al punto donde le dicen al paciente que ya no hay nada más que hacer, que el arsenal terapéutico está agotado y que vuelva dentro de 6 meses o un año a revisión. Creo que nosotros no hacemos eso, aunque tal vez deberíamos hacerlo. Muy al contrario, nos lanzamos a estrategias de potenciación o combinaciones de lo más estrambótico, forzamos las dosis, utilizamos fármacos en un trastorno para el que no tienen aprobada la indicación y otras cosas por el estilo. Por poner un ejemplo rápido fijaros en

lo que tenía prescrito el paciente al que se refiere el caso de muerte súbita con la combinación de Clozapina y Sertralina que comentamos en la sección de Boticas: Clozapina 200 mg/día, Risperidona 6 mg/día, Sertralina 200 mg/día, Atenolol 100 mg/día y Lorazepam 2 mg/día (una buena reflexión acerca de la Polimedicación en Psiquiatría se puede leer en un artículo de *Psychiatric Services: Kingsbury SJ, Yi D, Simpson GM. Psychopharmacology: Rational and Irrational Polypharmacy. Psychiatr Serv 2001; 52: 1033-1036*). Creo que, la mayoría de las veces, cuando se nos acaba el saber psiquiátrico nos lanzamos a hacer *UltraPsiquiatría*, algo que está más allá de la Psiquiatría y... de toda lógica. Nos agarramos como un clavo ardiendo a una Carta al Director que hemos encontrado en no sé qué revista en la que el autor relata entusiasmado cómo con determinado cóctel consiguió una mejoría espectacular en un paciente y sentimos por dentro una ilusión renovada y cómo nos hierve la sangre con un deseo inaplazable de volver a la lucha.

¿A qué se debe tan tenaz búsqueda de la cura, cuál es la causa de ese auténtico *furor curandi* de los psiquiatras? Se nos ocurren algunas explicaciones, que nuestros sagaces lectores deberían enjuiciar y en su caso complementar. En primer lugar, la Psiquiatría, como Medicina del Alma, acerca a quienes la practican a la categoría de lo sobrehumano. El psiquiatra se parece más al místico exorcista que al técnico internista, y en esa dimensión ultraterrena cae (o cree elevarse) hacia una pose ultrapsiquiátrica, redentora del enfermo. Otra posibilidad es que tan abnegada lucha contra la enfermedad y el sufrimiento no sea más que una reacción defensiva ante el nihilismo que desde la postura pesimista, cínicamente descrita como la del realista bien informado, podría invadir y desolar al psiquiatra testigo de la evolución frecuentemente desfavorable de las personas a quienes atiende. Y, *last but not least*, la terapéutica psiquiátrica, por mucho que se vista con las sedas del supuesto racionalismo científico y de la *MBE*, no pasa de ser una mona empirista. No hay quien pueda explicar razonablemente (tal vez con argumentos de neurociencia-ficción sí, pero lo que pedimos son explicaciones razonables) por qué un paciente bipolar *va bien* con litio, otro con carbamazepina y el de más allá con valproico,

qué tiene el *majeptil* para mantener asintomático a un paciente a quien el haloperidol no produce más que cosquillas y alguna distonía, y por qué en un determinado centro dicen que no hay nada que iguale al eskazine, mientras que en otro cuentan truculentas historias sobre su ineficacia y efectos secundarios. La realidad empírica asemeja al psiquiatra a Edison (don Thomas Alva), quien cada vez que fracasaba en un experimento proclamaba que al menos ya sabía una manera por la que no alcanzaría la solución deseada. El ensayo y error se disfraza a veces de método racional, pero llevado a sus últimas consecuencias (y probablemente excesos) nos conduce a no saber nunca el momento exacto en que debemos detener nuestra búsqueda de soluciones para el paciente.

Pero en unos tiempos de denuncias y sentencias condenatorias contra médicos por utilizar dosis inadecuadas o por producir unos determinados efectos secundarios, esta forma de actuar implica muchos riesgos legales. No corren buenos tiempos para la improvisación o para salirse del guión. ¿Qué hacer entonces? ¿Nos paramos al final del algoritmo o árbol de decisión y adiós muy buenas? ¿Aceptamos que lo que no puede ser, no puede ser y además es imposible? ¿Recurrimos al *Consentimiento Informado para Casos Difíciles*: “*He sido informado por mi Psiquiatra de que los tratamientos reconocidos para mi Trastorno han sido empleados sin éxito en mi caso. Existen otras estrategias que podrían ayudar a pacientes individuales pero no están suficientemente probadas o pueden conllevar efectos secundarios imprevisibles. Por medio de este documento autorizo a mi Psiquiatra para que ensaye esos tratamientos, aunque no estén suficientemente estudiados, con el objetivo siempre presente de conseguir una mejoría en mi estado*”.

Hagamos lo que hagamos, llegará un día en que se nos acabarán los tratamientos milagrosos y también esas mágicas Cartas al Director y nos encontraremos indefensos ante un paciente que sufre y que nos pide una respuesta que la Medicina no tiene. Cada uno de nosotros se inventará una y, la mayoría de las veces, no será “*vuelva dentro de seis meses*”.

(Nº 88, 31 de julio de 2001)

Farmacología y revistas científicas: ciencia y negocio.

Hace escasos días que las compañías comercializadoras de la cerivastatina, con *Bayer* a la cabeza (que en su página web anuncia una *hotline* de información para pacientes sobre el tema), retiraron el producto del mercado. La razón esgrimida ante la propia *Agencia Nacional del Medicamento* ha sido que a pesar de todos los avisos y recomendaciones se seguía detectando el uso concomitante de la cerivastatina con gemfibrozilo. Este argumento no deja de llamar la atención, ya que según una nota de la propia compañía los casos de rabdomiolisis relacionados con la asociación representaban sólo el 65-70% del total (esto es: en un tercio, aproximadamente, de los casos, nada había que echarle en cara al gemfibrozilo). Lo cierto es que aunque la rabdomiolisis se asocia a todas las estatinas, la cerivastatina ha pagado el pato, es de suponer que por una mayor miotoxicidad que sus hermanas o por una menor seguridad en la combinación con otros productos.

Las repercusiones van a ser serias. No se ha divulgado de qué manera afectará la retirada del producto a otros laboratorios que comercializaban la cerivastatina, pero se ha sabido que las acciones de *Bayer* cayeron un 16% al darse a conocer la noticia, y que la empresa, que ya andaba pensando en reestructurar su plantilla por la caída de sus beneficios, elevará a 4000 el número de despidos hasta el 2005 (inicialmente iban a ser 1800). El batacazo es considerable, lo cual hasta cierto punto es lógico, si tenemos en cuenta que el mercado de las estatinas es amplio, puede serlo aún más en el futuro (en estas News hemos recogido periódicamente informaciones sobre sus *virtudes* en otras indicaciones), y por lo tanto la retirada de uno de estos fármacos supone dejar de ganar grandes cantidades de dinero.

Pero para retirar un fármaco voluntariamente tiene que haber poderosos motivos. La sombra de las responsabilidades por comercializar un *producto defectuoso* podría haberse cernido sobre las empresas implicadas si lo hubieran mantenido en el mercado, y ya

conocemos cómo se están poniendo las cosas, para los propios laboratorios, en los últimos tiempos.

Esto nos suscita la cuestión de la Industria Farmacológica como el ámbito en el que conviven, aparentemente sin grandes conflictos, la Ciencia y el Negocio, lo socialmente beneficente y el afán de lucro empresarial, en una especie de drama en el que los médicos somos algo más que meros actores invitados.

Uno de los fines de las empresas farmacéuticas es, directa o indirectamente, la promoción de la salud. Tan encomiable objetivo, sin embargo, es difícil de sostener cuando entran en juego los (legítimos) intereses empresariales. El ejemplo de los antirretrovirales en África, al que ya nos hemos referido en otras ocasiones, es palmario. Las farmacéuticas se opusieron a la comercialización a precio reducido o a licenciar sus fármacos a empresas locales para que los distribuyeran a un precio más barato, y mucho más a tolerar versiones piratas de sus medicamentos. Con el apoyo del gobierno eeuuense invocaron derechos de propiedad intelectual, entre otros argumentos, y únicamente empezaron a ceder cuando la opinión pública amenazó con volverse en su contra. Probablemente, una empresa electrónica nunca se hubiera visto en esta tesitura. A pesar de lo amplia que es la definición de salud de la OMS, nadie creerá que favorecer el acceso de los ciudadanos del Africa subsahariana a la televisión, por ejemplo, sea una condición imprescindible e irrenunciable para promover su bienestar.

Pero uno de los aspectos centrales en los que chirría el matrimonio ciencia - negocio es el de la investigación y formación, en todas su facetas. El modelo del ensayo clínico (EC) ha entregado de hecho la investigación farmacológica a las empresas del sector. Los costes son tan elevados (los EECC fase I fase II, por ejemplo, con un número de pacientes muy reducido, andan entre los 5000 y 20000\$), que es difícil que encontrar alternativas válidas. *Psychiatric Times* recoge un interesante trabajo en el que se nos dan datos reveladores. Por ejemplo, que en el 2000 las compañías invirtieron 6.000 millones de dólares en el descubrimiento y desarrollo de psicofármacos; un tercio de la I+D de los laboratorios

eeuenses se va en EECC. En conjunto, por encima del 70% del dinero que se invierte en EECC proviene de la industria. Naturalmente esto da (o puede dar) lugar a todo tipo de sesgos, o de abusos, que no por conocidos resultará reiterativo recordar: ¿cómo se asegura que los promotores no *trampean* el diseño, de manera que la comparación con placebo o con el fármaco de referencia sea favorable a su producto? ¿Quién garantiza que se publicarán todos los resultados obtenidos, aunque sean desfavorables a los intereses del promotor? Algunos de estos puntos se desarrollaban en una editorial del *New England* firmada por M Angell, su antigua directora. El mismo artículo, que comentamos en su momento, aportaba datos y planteaba problemas de gran trascendencia. Uno es el de lo que llaman “*me-too-drugs*”, es decir: todos esos compuestos primos hermanos del fármaco que inicialmente abrió camino del grupo terapéutico y que van saliendo al mercado, sin aportar probablemente demasiadas ventajas, al rebufo del primero y propulsados por EECC diseñados *ad hoc* (véase las estatinas, todos los prazoles, los priles, los sartanes o los ISRS, sin ir más lejos). En la misma línea se encuentra un artículo reciente del *Medical Journal of Australia* en el que se mencionan los inconvenientes de que sean los laboratorios quienes detentan la propiedad intelectual de los EECC; también se plantea un asunto de gran interés: para que el consentimiento del paciente - participante sea válido habría que informarle también de los arreglos económicos entre el promotor y el investigador (muy a menudo, el propio clínico que le propone participar en el EC).

En los últimos días se ha producido un acontecimiento que ha sido acogido con gran bombo en los EEUU por la prensa, con reseñas en el *Washington Post*, pero también en el *New York Times*, en *Beagle* y en otros medios). Hasta 11 revistas de primera fila (entre las que se nos citan *JAMA*, *New England*, *Lancet*, y *Annals of Internal Medicine*) han tomado la determinación de reservarse el derecho a vetar la publicación de los EECC con lo que podríamos llamar *autores pantalla*. La cuestión es la siguiente: una buena parte de estos trabajos aparecen firmados por figuras académicas cuya única misión es reclutar los pacientes. El diseño, tratamiento estadístico,

manejo de los datos... y el manuscrito, corre a cargo del laboratorio promotor, en tanto que las mencionadas figuras ponen el nombre, dan relumbrón científico al estudio y se supone que también reciben una compensación. De esta manera, no hay ningún control real de los autores pantalla sobre el contenido del artículo, lo que introduce un riesgo de falta de honestidad, manipulación, y este tipo de cosas. Huelga decir que desde la industria se ha puesto a parir (con perdón) a las revistas, con los habituales argumentos de que qué sería de la ciencia si no la impulsamos nosotros, los autores no tienen medios para el desarrollo del estudio, etc, etc.

Debe reconocerse como nobilísima la intención de las revistas de limitar (mejor aún: de anular) el peligro de sesgo y manipulación al albur de autores pantalla que no tienen ningún control sobre lo que firman. Algunos, probablemente, carecen de la capacidad para ejercerlo. Es dudoso que muchos de ellos estén al tanto de algunas recomendaciones para escribir manuscritos sobre EECC y sin duda hay quien va de investigador sin el menor conocimiento del *ramo*; de hecho, incluso desde la perspectiva periférica en que nos movemos nosotros, conocemos auténticos profesionales de los EECC de los que cabe dudar que sean capaces no ya de hacer un chi cuadrado, sino siquiera de arrancar el ordenador en que cargar los programas estadísticos. No obstante, en lo tocante a las relaciones con la industria bien harían las revistas en barrer primero su propia casa. El *BMJ* ha analizado recientemente en plan Pepito Grillo las referencias a conflictos de intereses económicos de los autores que publicaron sus trabajos en las cuatro revistas anteriormente mencionadas y en el propio *BMJ* en 1989, 1994, 1996 y 1999. Los resultados son demoledores (una de las revistas recogió los conflictos de interés en 0 (cero) de las 148 editoriales, 0 (cero) de los 134 artículos y sólo 1 de las 807 cartas que publicó en los años analizados en el estudio). Hay que decir que los autores de este trabajo se esfuerzan en encontrar una especie de luz al final del túnel (dicen algo así como que se atisba un cambio, mínimo, pero cambio al fin y al cabo, en los últimos años), pero a mi personalmente me ha recordado a lo que uno de mis docentes en Terapia de Familia ponía como ejemplo de *connotación positiva*, cuando consolaba o daba jabón alguien de una

manera muy poco creíble o auténtica. Por cierto, que el trabajo se acompaña, en la versión *online* de la revista, del compendio de las normas al respecto de las cinco revistas estudiadas.

Otro artículo, publicado hace cerca de dos años en el *Western Journal of Medicine*, es igualmente sonrojante. Los autores calculan los ingresos por publicidad de seis revistas médicas norteamericanas de gran prestigio (entre ellas, nuevamente, *JAMA*, *New England*, y *Annals of Internal Medicine*) y encuentran que las cantidades que aporta la industria farmacéutica son realmente de quitar el hipo (en algún caso la sociedad editora ingresa casi 8 veces más por publicidad farmacológica en su revista que por las cuotas de sus miembros). Naturalmente cualquier tarea editorial en nuestros días ha de apoyarse en la publicidad. Ningún periódico importante tendría su continuidad garantizada tan sólo por lo que ingresa en concepto de ventas. Pero del tampoco ningún periódico importante contiene anuncios de tan sólo un sector económico. Incluso aunque, pongamos por caso, las eléctricas, las telefónicas o las petroleras pueden influir al aportar (o con la amenaza de no aportar) dinero a través de la publicidad (véase la represalia de *Telefónica* contra *El Mundo* y sus informaciones desfavorables para su antiguo presidente) siempre quedan otros anunciantes en quien apoyarse. Obviamente no es éste el caso de las revistas médicas, a quienes depender de un solo sector económico, que por otra parte aporta directa o indirectamente buena parte de su contenido, las sitúa en una posición de dependencia particularmente incómoda.

Culpar de todo a las empresas farmacéuticas es tan fácil como injusto. Son (por volver a mis recuerdos de Terapia de Familia) un chivo expiatorio idóneo que tranquiliza las conciencias de los gobiernos (que son quienes imponen los EECC o amparan el modelo farmacológico de asistencia) y de los médicos (la mayoría de los cuales hemos recibido *pichigüilis*, *colaboraciones*, *ayudas para formación* y otro tipo de agasajos en cantidad suficiente como para que haya muy pocos en condiciones de tirar no la primera piedra, sino tan siquiera un guijarrillo). Desmontar el sistema en que trabajamos y subsistimos (ecosistema, más bien) es una

tarea muy difícil, pero ciertamente la manera para enfrentarse a él debe ser ante todo honesta.

(Nº 89, 16 de agosto de 2001)

Angell M. The pharmaceutical industry - To whom is it accountable? N Engl J Med 2000; 342: 1902-4

Commens CA. Truth in clinical research trials involving pharmaceutical sponsorship. MJA 2001; 174: 648-9

Hussain A, Smith R. Declaring financial competing interests: survey of five general medical journals. *BMJ* 2001; 323: 263-4

Kaplan A. Who Is Funding Comparative Drug Trials? *Psychiatric Times* 2001: 8

Residencias de ancianos y “lo” sanitario

El *BMJ* ha iniciado recientísimamente una serie sobre lo que podríamos llamar el *estado del problema* de las residencias de ancianos en varios países. De momento, tienes a tu disposición la descripción de cómo están las cosas en Australia y en los EEUU. El resumen es que la atención es deficiente y plagada de problemas (financiación, calidad asistencial, control de esta calidad asistencial...). La revista va más allá y se centra en la situación concreta de la atención residencial a pacientes con demencia en el Reino Unido; la conclusión es descorazonadora: tanto en los centros privados (que copan en la actualidad el grueso de la asistencia) como en los escasos centros aún dependientes del sistema nacional de la salud, hace falta mejorar muchísimo la asistencia. Un editorial acompañante abunda en estas consideraciones.

La constatación de que en el mundo mundial la asistencia es claramente mejorable no supone ningún consuelo a quienes en estos pagos hemos tenido ocasión de dedicar una parte importante de nuestra actividad profesional a lo que podríamos llamar Psiquiatría de residencias de ancianos y centros afines. No lo supone porque a pesar de que el mal de muchos es consuelo de tontos (y no tenemos razones poderosas para sostener que no lo seamos), la

realidad asistencial en nuestro medio es a menudo desalentadora, y en algunos aspectos estamos muy por detrás de los países cuyas vergüenzas se airean en el *BMJ*. Hay algunas áreas, por ejemplo, en las que estamos muy por detrás.

Por ejemplo, nos falta una normativa específica. En otros países hay normas, todo lo laxas que se quiera, pero las hay. Hay incluso posicionamientos de sociedades sobre problemas frecuentes en las residencias, como por ejemplo la sujeción mecánica o el uso razonable de neurolépticos en la demencia. Aquí, en cambio no hay una clara regulación de las residencias de ancianos. Conocemos algunos ejemplos, como la normativa de la Comunidad Autónoma del País Vasco, pero aunque es muy explícita en aspectos generales y hosteleros, así como en la enumeración de los derechos del residente, queda en el aire la cuestión de la asistencia sanitaria. Obviamente, esto se debe en buena parte a la compartimentación existente en nuestro medio, en virtud de la cual las residencias son *sociales* y no sanitarias. Ahora bien, hay que estar muy ciego para no reconocer la trascendencia sanitaria (con los problemas que conlleva) de estos centros. Lo ilustraremos con un caso desgraciadamente no demasiado infrecuente, que refleja no sólo este punto, sino la dolorosa negligencia de que los viejos son a veces víctimas en los hospitales generales.

F, un varón de 87 años, viudo, vive solo y es autónomo para todas las funciones que ha desarrollado autónomamente a lo largo de su vida. Para la comida y el lavado y planchado de la ropa, tareas que no ha desempeñado nunca, ha de apoyarse en sus hijas. En ocasiones parece despistado y no recuerda bien acontecimientos recientes, pero por lo demás es capaz de llevar con orden su tratamiento con antidiabéticos orales... o al menos, esa impresión dan las analíticas, en las que se mantiene normoglucémico.

Un día F se cae por la escalera, y se da un golpe en la cabeza. La familia le conduce a urgencias, donde se practica una exploración neurológica y una radiografía de cráneo, en la que no se aprecian lesiones óseas, por lo que se le da el alta, atribuyendo

algunos síntomas cognitivos a la edad y a una supuesta demencia previa (“dicen que olvida cosas, ¿no?”). Sin embargo, desde la caída F no es ya la misma persona. Hay veces en que no reconoce a sus hijas cuando van a su casa a llevarle la comida, poner a lavar o planchar. Unos vecinos les informan que alguna noche le han oído gritar.

La familia acepta la idea de una demencia, y como cada vez se les hace más cuesta arriba atenderle consiguen persuadirle para que ingrese en una residencia privada. Desde la primera noche en la residencia F no duerme, grita, patalea, se orina. A los tres días le llevan a urgencias, con un volante de su Médico de Atención Primaria en el que se le dirige a Psiquiatría. El psiquiatra de guardia valora el cuadro como un síndrome confusional agudo y encuentra indicios de infección urinaria (leucocituria, bacteriuria, nitritos), con lo que consigue derivar a F a Medicina Interna.

F pasa siete días en el hospital; los dos primeros son un sábado y un domingo. Se le trata empíricamente con un antibiótico de amplio espectro, ya que el urocultivo no se realizará hasta el lunes. El sexto día se informa a los familiares que efectivamente tiene una infección urinaria, y que afortunadamente el germen es sensible al tratamiento que se inició a su ingreso. Con uno o dos días más habrá terminado el tratamiento, y se le puede dar de alta. La familia busca apresuradamente una nueva residencia, ya que en la que estuvo dicen que han ocupado su cama con un caso muy urgente.

Se le da el alta con un antibiótico y un antipsicótico de los llamados atípicos para combatir su agitación nocturna. El médico tratante enfoca el cuadro como un delirium superpuesto a una demencia de evolución prolongada (el paciente ya tenía olvidos, ¿no?; no les reconocía, ¿no?). En ningún momento se concede importancia a la caída ni se valora la posibilidad de una TC craneal.

La familia consigue alojar a F en una residencia privada alejada de la capital, en la que comparte habitación sucesivamente con varios ancianos, ya que persiste la agitación nocturna y la

dirección “reparte” la carga de una noche de insomnio entre varios usuarios. Finalmente el médico del pueblo le deriva al CSM, donde se propone a la familia un estudio somático al que ven todo tipo de dificultades; de hecho no les ha gustado la idea de tener que traerle desde la residencia. El paciente está parkinsonizado, con somnolencia diurna, y es absolutamente dependiente. A los pocos días fallece.

El caso de F está inspirado en casos reales y actuales y ejemplifica lo irracional que se puede llegar a ser la atención sanitaria psicogeriátrica, o geriátrica a secas. Nuestros hospitales están entregados a una loca carrera por reducir la estancia media (cualquier día alcanzarán valores negativos) y en este contexto, el paciente anciano, para quien el ingreso hospitalario puede representar un elevado riesgo de complicaciones infecciosas o derivadas del decúbito, llega a ser visto como un sujeto complicado, que se puede y que *nos* puede complicar la vida, por lo que cada vez se le concibe más claramente a la manera de los “Gomer” de “*La Casa de Dios*”. En unos hospitales hipertecnificados y con una visión tan transversal del paciente y tan aguda de los procesos, el anciano, con o sin demencia, es un engorro... a pesar de que curiosamente constituye el grupo más numeroso de los *clientes* de los hospitales.

No es desde luego infrecuente que estas personas sean dadas de alta antes de lo que podría ser conveniente. Y casi siempre en un estado que hace que sean más dependientes que cuando ingresaron. En estas condiciones, muy por debajo de su funcionalidad previa, es difícil que las familias puedan atenderles debidamente. Una de las soluciones, a veces la única, es la residencial. En principio, la idea no sería absurda ni inapropiada si estos centros estuvieran dotados con los servicios necesarios para pacientes convalecientes o enfermos; de hecho, en los EEUU se ha demostrado que las residencias *dotadas* contribuyen a rebajar la estancia media hospitalaria.

Pero para las familias de nuestros Fs es muy difícil dar con una residencia *dotada*, o incluso disponer de una plaza en cualquier

centro. Las residencias públicas tienen su lista de espera y los trámites de solicitud, valoración y, si hay suerte, adjudicación de plaza, son muy prolongados, por lo que es impensable que los muchos Fs dados del hospital pasen directamente de un centro de agudos a una residencia pública; esto pasa incluso en la provincia de Álava, que en lo tocante a servicios sociales es una especie de enclave escandinavo en plena península Ibérica. Por lo tanto, las familias han de recurrir a centros privados, que en la mayoría de las veces distan mucho de poder atender debidamente a este tipo de pacientes. La causa de tal incapacidad es, digamos, variopinta. Algunos tienen claras carencias de personal o de preparación, y otros se han planificado con una mentalidad más empresarial que profesional, con la idea de que los geriátricos son un negocio redondo porque cada día son más necesarios. Pero lo más frecuente es que hayan sido diseñados para *otros* ancianos, menos dependientes y sobre todo menos agudamente enfermos. Y así muchos Fs convalecientes terminan en centros que deberían ser semimedicalizados (o puramente sanitarios) pero que muchas veces no cuentan con personal cualificado de enfermería y que suponen una mezcla insensata de las (con perdón) *churras* autónomas con las *merinas* dependientes y con patología somática significativa.

En los centros públicos o más o menos benéficos, según donde nos manejen, la situación es mejor, sobre todo porque en muchos se evita ingresar ancianos agudamente enfermos. Sin embargo, no es extraordinario que un abuelo o abuela que ingresa en un estado compatible con lo que llamamos *válido* en un centro con una dotación de personal ideada para atender a *válidos*, vaya dejando de ser *válido* con el paso del tiempo y la aparición de enfermedades, sin que el centro, concebido para otro tipo de asistencia, sea capaz de atender las crecientes necesidades del usuario. En último término, también en la residencia F deja de ser una persona para convertirse en un *marrón* (con perdón) para los sanitarios de la residencia, con el médico a la cabeza.

Hay que reconocer el esfuerzo asistencial y económico del compartimento sanitario para hacerse cargo de la atención farma-

cológica y *aguda* de los procesos que afectan a los ancianos. Pero también hay que decir que la Sanidad hace todo lo que tiene a su alcance para acotar y delimitar su campo de responsabilidad. Todo lo que vaya más allá de la hospitalización (cada vez más breve) y de la atención estrictamente diagnóstica y farmacológica es automáticamente considerado *gasto social*, como ilustra un estudio de OSTEBA que calculaba que del gasto total que supone la atención a la demencia en la Comunidad Autónoma del País Vasco más del 98% era (y suponemos que en el espíritu del informe debía ser) gasto social, y lo sanitario no alcanzaba (ni debía alcanzar) el 2%. Por cierto, que este estudio tenía como objeto los nuevos fármacos para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, que los laboratorios promocionan destacando que gracias a su uso (que dispararía el gasto sanitario) se retrasa el ingreso residencial (gasto social). Curioso y espurio argumento cuando los dos departamentos son tan estancos como sucede en nuestro medio.

Desgraciadamente, uno tiene la impresión de que esta férrea defensa de las áreas de actuación y compromiso permite que quede en el aire la calidad asistencial sanitaria de unos centros en los que la misma es cada vez más clara, necesaria, pertinente, esencial... e innegable. Esto nos lleva, una vez más, a un debate, y una cuestión que no debe retrasarse más: la de la financiación de la atención a los viejos, y por la relevancia económica que tendrá en el futuro, la de los *baby-boomers* que serán viejos dentro de 20 ó 30 años. Debate ineludible y en el que todas las partes implicadas (incluidos los usuarios actuales y potenciales) tendrán (tendremos) que arrimar el hombro.

Y ya que hablamos de aspectos sanitarios no quisiera terminar sin intentar colocar una pica en Flandes sobre un aspecto que a los psiquiatras nos debería preocupar y a veces sonrojar. Es el de la especialidad de Psiquiatría Geriátrica, o como la queramos llamar. A pesar de que se plantea como subespecialidad en la formación MIR, la atención y consideración que se le dedica es un mero barniz. No hay, al parecer, un gran interés en desarrollarla ni en reivindicar su creación. No es extraño que en estas circunstancias

haya otras especialidades que estén reclamando el campo señalando (muchas veces con razón) las miserias de los psiquiatras en el campo de la atención a ancianos. Entre estas miserias, ya comentadas en nuestras *News* en otras ocasiones, destaca que estamos dando la espalda al campo de lo que en otros países se llama “*Psicogeriatría Orgánica*” (en esencia, las demencias). En la Comunidad Autónoma del País Vasco, por ejemplo, los psiquiatras no pueden prescribir inhibidores de la acetil colín esterasa... y no parece que les (*nos*) importe. Para quien esté interesado en profundizar en qué es eso de la Psicogeriatría o la Psiquiatría Geriátrica sugerimos algunas lecturas, como una centrada en el rol del psiquiatra geriátrico, otra sobre la Psiquiatría Geriátrica como un **nicho** de creciente interés, y un comentario editorial del *American Journal de Psychiatry*, accesible para suscriptores, que señala a la Psiquiatría Geriátrica como la Psiquiatría del Futuro.

No estaría de más que nos empapemos y nos comprometamos.

(Nº 90, 1 de setiembre de 2001)

American Association for Geriatric Psychiatry. The role of the Geriatric Psychiatrist: http://www.aagpgpa.org/p_c/psychrole.asp

American Geriatric Association. AGS Position Statement: Guidelines for Restraint Use. Disponible en:

<http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/restrain.shtml>

Ballard C, Fossey J, Chithramohan R, et al. Quality of care in private sector and NHS facilities for people with dementia: cross sectional survey. *BMJ* 2001; 323: 426-7: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/323/7310/426>

Jeste DV. Geriatric Psychiatry May Be the Mainstream Psychiatry of the Future. *Am J Psychiatry* 2000, 157: 1912-1914

Terrorismo en USA. La Medicina como bien de consumo

Aún con una cierta sensación de irrealidad, habrá que esperar un tiempo para hacer un análisis sereno de las consecuencias de los terribles sucesos en Nueva York y Washington. Es posible que algunos de nuestros lectores esperaran un editorial acerca del

tema, pero la verdad es que nos sentimos incapaces de decir algo que sea de interés o de utilidad. Así que nos limitamos a transmitir nuestro pesar por las víctimas y a compartir el dolor con los familiares y allegados de las mismas. Nuestra solidaridad con las víctimas pasadas, presentes y futuras, con los que han sufrido y con los que sufrirán cuando las armas sustituyen a la palabra, el fanatismo racial, religioso o patriótico se impone y los bombazos caen en la cabeza de hombres, mujeres y niños inocentes, al son de las trompetas de la venganza. Hombres, mujeres y niños que una vez más en la historia ya han iniciado el éxodo del miedo, y que sufren por el fanatismo de sus gobernantes y la insensibilidad de la comunidad internacional, condenados a la ignorancia, el hambre, la enfermedad y la penuria.

La Medicina como bien de consumo

Tengo un amigo médico que trabaja en un servicio de urgencias domiciliarias. Perteneció a una empresa privada (por cierto, una orden religiosa), subcontratada por el servicio público de salud para dar cobertura a las urgencias domiciliarias de la zona. A menudo me cuenta cosas muy aleccionadoras acerca de su trabajo cotidiano, consistente en acudir a los domicilios a atender cuestiones urgentes fuera del horario de los ambulatorios. Por ejemplo, un chico de 21 años, como una torre de grande, cuya madre llama al médico de urgencias a las 4.00 AM porque *su niño* tiene fiebre (38°). O porque tiene tos, y exige al médico que se la quite "*inmediatamente*"...Por supuesto, el servicio dispone de un filtro que deriva y da preferencia a las llamadas, filtro cuya misión parece ser dar preferencia no al más grave, sino al que más chilla y exige. La consigna es que todo el mundo esté contento. Y los pacientes-usuarios-clientes cada vez más conscientes de sus derechos y menos de sus deberes y del tipo de servicio-prestación que obtienen abusan cada vez más de un bien extraordinariamentepreciado y de un enorme coste social y personal. Coste que cada vez lo es menos por la banalización de la atención urgente y por la proletarización de quien lo ejerce. En

este caso un médico, que por menos de 250.000 pelas al mes se trajina en su propio coche la zona, incluyendo noches, domingos y festivos. Y que no tiene seguridad social (autónomos), se paga su comida, la gasolina del coche y el seguro del mismo. Y ni que decir tiene de la formación y otras zarandajas...Cada vez que me lo cuenta me pongo de mal humor. No puedo evitar sentir cierto sentimiento de odio solidario (solidario hacia mi compañero, claro) hacia las personas que llaman a las 4.00 a m al médico por motivos banales, bajo ese atávico derecho de los españoles (perdón, de los ciudadanos del estado español) basado en el sempiterno “*para eso he cotizado*”, y que no tienen la menor consideración ante otros posibles casos más graves ni ante el coste que supone la actuación médica que reclaman.

Y es que tal y como se ha puesto de manifiesto este verano, en que junto con *Gescartera* los protagonistas han sido *Baxter* y sus filtros de hemodiálisis (por cierto, me he dado una vuelta por su página web sin encontrar rastro ni mención a dichos problemas), *Bayern* y su cerivastatina, etc, cada vez más la Medicina deja de ser la relación entre el paciente y el médico, los enfermos y el sistema sanitario, para ser un bien de consumo, con una relación cliente-usuario-prestatario de servicios, donde lo que menos importa es si uno está o no enfermo. Se me ocurre que si se pudiera eliminar a los sanos de las listas de espera sanitarias y limitar los tratamientos a los que los precisan, el sistema sanitario estaría sobredimensionado. Pero tal y como hemos apuntado, hasta ponernos pesados, la Medicina se ha convertido en un bien de consumo, como las patatas fritas o los viajes al caribe. Y en un derecho sin límite, al que contribuye el mensaje de los políticos, más pendientes del contento del votante que de la eficacia y sentido común de la asistencia sanitaria. Así que el personal trata a los médicos como tenderos, a las medicinas como a objetos o bienes de consumo y a las intervenciones médicas como viajes contratados. Y exige lo mismo; uno no asumiría que un paquete de patatas comprado en un supermercado pueda dar lugar a una diarrea, o que en un viaje a Cuba el avión tenga que quedarse a

medio camino. Y lo mismo con las intervenciones sanitarias; se asume que los fármacos, además de gratis, o casi, han de ser enteramente eficaces y completamente seguros. Y que las intervenciones diagnósticas y terapéuticas deben cumplir los mismos estándares de eficacia y seguridad. Sin tener en cuenta que las intervenciones médicas, los tratamientos, las pruebas diagnósticas, las exploraciones, son sucesos excepcionales en nuestra vida que deben ajustarse a las exigencias y condiciones de las situaciones excepcionales: las de la enfermedad. Los enfermos que sufren están dispuestos a correr riesgos para aliviar su sufrimiento, paliar la enfermedad o recuperar la salud; los sanos, claro que no.

Pero las empresas farmacéuticas actúan de similar manera, alentando esta conducta para ampliar en lo posible su mercado. Por una parte consiguen una difusión mucho mayor de sus productos, pero por otra se exponen a riesgos que quizás no son tan asumibles cuando uno vende fármacos. Investigar, desarrollar y vender fármacos quizás no debiera considerarse una actividad comercial similar a otras. Si uno reivindica el derecho a decidir sobre qué investiga, qué tipo de fármacos desarrolla y más o menos a qué precio los vende, después no se puede defender que el personal ha de arrostrar los riesgos propios de un producto que está diseñado para tratar enfermedades, y no para consumo caprichoso, especialmente cuando se alienta este consumo caprichoso. Y entre otras cosas, esta actitud ha desvirtuado mucha de la investigación y la difusión que de ella se hace, hasta el punto de que muchos artículos parecen más publibreportajes que información científica. Así que, conscientes de la situación, los editores de las principales revistas médicas asociadas en el *International Committee of Medical Journal Editors (JAMA, NEJM, Annals of Internal Medicine, Lancet, BMJ)* han publicado este mes un editorial conjunto en el que se reconoce la actual nefasta influencia de intereses políticos y económicos en el diseño, desarrollo y publicación de artículos científicos, especialmente los dedicados a Ensayos Clínicos Controlados, y se dictan una serie de normas y recomendaciones referidas a los conflictos de intereses de los autores, los

patrocinadores del proyecto y los propios editores. Las medidas que han tomado las principales revistas médicas para tratar de frenar la influencia de los laboratorios y fomentar la calidad e independencia de los trabajos han tenido una amplia repercusión que ha llegado a medios no especializados. Nosotros hemos traducido el editorial al respecto publicado en el número del mes de setiembre del *BMJ*, a vuestra disposición en nuestras *Highlights*.

(Nº 91, 17 de setiembre de 2001)

El Factor Dios

Pasado ya un tiempo desde el tremendo follón organizado tras los ataques terroristas en USA, y tras haber escuchado todo tipo de comentarios y opiniones, algunos más autorizados que otros tanto por parte de comentaristas internacionales o tertulianos de diversa talla, como de compañeros, amigos, colegas, familiares, etc., uno mismo no puede resistir la tentación de emitir sesudas interpretaciones de la coyuntura internacional, que en el momento de decir las, escuchándonos a nosotros mismos, parecen el colmo de la sensatez e ingenio. Y cada uno hace una interpretación de los acontecimientos según sus deseos e identificaciones ideológicas, a veces un pelo egoístas. Y en mi caso, pues no me voy a privar, y os voy a hacer tragar con unas cuantas reflexiones doctas sobre el asunto, aún a sabiendas de que alguien puede sentirse molesto. Si es así, pues no me disculpo.

Pues entre las miles de cosas que me han llegado por Internet relacionadas con el tema que nos ocupa, algunas son ingeniosas, otras ni siquiera eso, y muchas tienen la crueldad del chiste que puede/podemos reír quien no está tocado de cerca por el asunto, y se siente suficientemente a salvo para que la cosa le dé risa. Así que no está de más leer de vez en cuando lo que escriben quienes sí se sienten más próximos a la tragedia, y a sus repercusiones actuales y futuras. Como este artículo (<http://www.txorierri.com/hablaafg.htm>), escrito por un afgano que vive y está nacionalizado en USA, que creo resume la realidad del asunto, y en el que con toda claridad expone la situación

actual de Afganistán, y lo que supone una intervención sobre dicho país para la población civil, ya más que suficientemente castigada por el régimen Talibán y años de guerra.

Entre las cosas que he escuchado, una posición frecuente se identifica con un pensamiento más o menos progre, que viene a decir algo así como que “*es una barbaridad, pero ya era hora que los americanos supieran lo que es sufrir...*” O sea, más o menos que se lo tenían merecido. Todos los que cuentan esta historia viven de puta madre, calzan *levis*, comen hamburguesas, van a Port Aventura y no se pierden una película de Spielberg, aunque digan que les gusta el cine de autor. Y despotrican del gran hermano americano, al que acusan con razón de su empeño en cuidar al mundo y de ser el gendarme de los valores *made in usa*, a la vez que viven (vivimos) inmersos en dichos valores. Y presumimos de ser antimilitaristas, sabiendo que si las cosas se ponen feas, ahí viene el amigo americano a sacarnos las castañas del fuego. Es fácil decir que somos antimilitaristas, que no queremos ejércitos, y afean la conducta a los USA, a la vez que confiamos en que si un día las cosas se ponen feas y los del sureste se empeñan en darnos de hostias, ya vendrán a salvarnos la cara...con sus avioncitos, sus marines, etc. Y además de salvarnos la cara, podemos ponerles a parir diciéndoles que qué feo eso que hacen, para exigir a la par que alguien haga algo para que el petróleo no suba, los moros no se nos suban a las barbas, y los aviones no se caigan por un terrorista suicida hijoputa...

Pero que yo recuerde, la conciencia acerca de los sufrimientos de la población afgana me parece algo reciente, o al menos no en los primeros puestos del *ranking* de preocupaciones humanitarias de mis amigos progres y no progres. Hombre, sí que de vez en cuando me llegaba algún manifiesto por Internet para reenviar y mostrar nuestra incondicional solidaridad con los derechos de las mujeres en dicho país, pero por lo demás no me parece que haya sido algo que haya quitado el sueño al personal. Salvando las voladuras de los Budas, y alguna ejecución en un estadio (que por cierto no es privativa de los Talibán, sino también de los emiratos

árabes, y los propios USA, que en lugar de los estadios usan la TV), el relativismo cultural, político, científico, social, tan de moda, no parece establecer distinciones entre regímenes políticos que no tienen la más mínima consideración sobre el derecho a la vida, la igualdad de las mujeres, el derecho a la educación, o la simple división entre religión y estado, un avance sustancial de la mayoría de los estados modernos.

Parece que los Talibán vascos también se han preocupado de distanciarse de tan feo asunto, y de decir cosas como que *"no se puede comparar el terrorismo de ETA con esto", o que "somos equidistantes entre los talibanes y los USA..."*. De acuerdo. No es lo mismo que a uno le peguen un tiro en la nuca por ser del PSOE o del PP, que que le empotren un avión en las pelotas por trabajar en las torres gemelas y ser ciudadano USA. Dónde va a parar. Y que te frían con un cóctel molotov no tiene comparación con que te estrellen en un avión contra el Pentágono. Lo de aquí es más familiar, más por tu bien, por la liberación del pueblo vasco y así. Y en lo de ser equidistantes somos unos hachas. A medio camino entre víctimas y verdugos está la suprema virtud. Y además aquí es por la patria. Por Dios, por la Patria y el Rey, que decían los carlistas...

Y hablando de Dios, ya que al parecer los instigadores de los atentados invocan con tanta facilidad (con parecida facilidad con que invocan a la patria los del punto anterior) a la guerra santa, el Corán y Alá, y el señor Bush ya ha dicho también que Dios está de "nuestro" lado, nos parece muy apropiado traer aquí un artículo sobre el tema escrito por José Saramago y titulado *"El Factor Dios"* (gracias a Amalia Tesoro, que nos envió el artículo): *"Siempre tendremos que morir de algo, pero ya se ha perdido la cuenta de los seres humanos muertos de las peores maneras que los hombres han sido capaces de inventar. Una de ellas, la más criminal, la más absurda, la que más ofende a la simple razón, es aquella que, desde el principio de los tiempos y de las civilizaciones, manda matar en nombre de Dios"*

(Nº 92, 1 de octubre de 2001)

Los premios IgNobel

En estos días en que se han publicado los ganadores de los premios Nobel, se han dado a conocer también los premios *IgNobel*, una parodia menos conocida de los mismos pero que van ganando en popularidad a juzgar por la repercusión que han tenido esta vez en la prensa general. Estos premios los organiza la revista de humor científica *Annals of Improbable Research* y son copatrocinados por varias sociedades que llevan la palabra Harvard en su nombre siendo entregados en dicha Universidad. Nosotros ya nos hemos referido a ellos otros años pero en esta ocasión vamos a comentar brevemente los 10 ganadores de este año.

El ganador del IgNobel de Medicina ha sido Peter Barss de la McGill University, por su trabajo "*Heridas debidas a la caída de cocos*" (*The Journal of Trauma* 1984; 21: 990-1). El artículo revisa los ingresos en el servicio de Trauma debidos a traumatismos por caídas de cocos en el Hospital Provincial de Papúa, Nueva Guinea. El autor encontró que el 2,5% de las admisiones se debieron a esta causa y describe 4 casos a modo de ejemplo. Dos casos requirieron craneotomía y dos fallecieron instantáneamente. Hay que tener en cuenta que un coco pesa de 1 a 4 Kg y puede caer desde alturas de 24 a 35 metros así que no es ninguna tontería.

El IgNobel de Física ha ido a parar a David Schmidt de la Universidad de Massachusetts por su solución parcial a la pregunta de por qué la cortina de la ducha se hincha hacia dentro y se nos pega al cuerpo cuando nos duchamos. La respuesta, nada fácil de entender para un humilde psiquiatra, tiene que ver con el efecto *Bernouilli* (que es lo que explica que los aviones vuelen) y el efecto "*driven cavity*" que guarda relación con el efecto spray de la ducha. El caso es que la presión en el lado de la ducha de la cortina es inferior a la presión en el exterior, lo que origina el incómodo efecto.

Más fácil de entender es el invento que ha recibido el premio IgNobel de Biología. Se trata de un tipo de ropa interior llamada

Under-Ease, dirigida a eliminar los malos olores originados por las flatulencias por medio de unos filtros especiales removibles. El producto puede comprarse en Internet.

El Premio de Economía ha ido a parar a Joel Slemrod, de la *Universidad de Michigan Business School*, y Wojciech Kopczuk, de la *Universidad de British Columbia*, por su conclusión de que la gente encuentra maneras de posponer su muerte cuando ello les reporta ventajas fiscales, lo que sugiere que la muerte dispone de una cierta elasticidad ("*Dying to Save Taxes: Evidence from Estate Tax Returns on the Death Elasticity*", *National Bureau of Economic Research Working Paper No. W8158, March 2001*)

El IgNobel de Literatura ha sido para John Richards de Boston, Inglaterra, fundador de "*The Apostrophe Protection Society*", por sus esfuerzos por proteger, promover y defender las diferencias entre el plural y el posesivo (muy para ingleses).

El Premio de Psicología se lo ha llevado Lawrence W. Sherman de la Universidad de Miami, Ohio, por su trabajo "*Un estudio ecológico del regocijo en grupos pequeños de preescolares*" (*Child Dev* 1975; 46: 53-61). Este fenómeno del regocijo (*glee*, en inglés) se estudió en más de 500 vídeos comprobándose que se trata de explosiones contagiosas de risas e hiperactividad que aparecen principalmente cuando el profesor pide algún voluntario o en descansos entre lecciones. Los autores lo diferencian de la risa y dicen que es más frecuente en grupos grandes de 7-9 niños y más si son mixtos.

El IgNobel de Astrofísica ha ido a parar a los ministros de una secta religiosa de estas americanas Dr. Jack y Rexella Van Impe de Jack Van Impe Ministries, Rochester Hills, Michigan, por su descubrimiento de que los agujeros negros cumplen todos los requisitos para ser la localización del Infierno. Eso para que luego digan que la Religión y la Ciencia son incompatibles.

El Premio de la Paz ha sido para un empresario lituano, Viliūmas Malinauskus de Grutas, Lithuania, que ha creado un parque de atracciones llamado Stalin World. Sin comentarios.

El Premio a la Tecnología ha sido para John Keogh de Hawthorn, Victoria, Australia, por patentar la rueda en el año 2001, y a la Australian Patent Office por otorgarle la *Innovation Patent* #2001100012. Hay que decir en descargo de la Oficina de Patentes Australiana que lo disfrazaron muy bien llamándolo “*Aparato circular para facilitar el transporte*”.

Y para finalizar, el Premio de Salud Pública, que es el que más tiene que ver con nuestro campo, ya que ha recaído en un artículo publicado en el *Journal of Clinical Psychiatry* y descubre que el hábito de tocarse la nariz está muy extendido entre los adolescentes (“*A Preliminary Survey of Rhinotillexomania in an Adolescent Simple*”. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 426-31). Seguro que no se os ha escapado que llamarle a algo “*Rinotillexomanía*” es el primer paso para incluirlo en el DSM y tratarlo después con un ISRS.

En definitiva, unos premios que demuestran el creciente avance del conocimiento humano a la vez que suponen un recordatorio de que no debemos perder nuestra capacidad de asombro ante lo pequeño

(Nº 93, 15 de octubre de 2001)

Bioterrorismo

Nos perdonaréis, esperamos, que abordemos el inevitable tema del bioterrorismo. Nos vamos a dedicar a él aunque teníamos otras ideas, como tratar la investigación en Psiquiatría en España en un tono gamberro (lamentablemente tendrá que esperar) o comentar una interesantísima aportación de una médico general británica que en el *BMJ* nos ofrece una guía sobre la depresión vista desde dentro, de lectura obligada por todos cuantos nos dedicamos a este.

En el momento en que escribimos este editorial, la epidemia artificial de carbunco en los EEUU no ha adquirido (¿aún?) proporciones preocupantes desde el punto de vista de la salud pública, pero ciertamente constituye un salto cualitativo en cuanto a los métodos de agresión terrorista y ha conseguido crear una atmósfe-

ra de pánico entre paranoico e hipocondriaco que supone un tanto de inmenso valor para quienes la han puesto en marcha.

Las principales publicaciones médicas en papel y en la red se han hecho eco del fenómeno. Cabe mencionar, entre otras aportaciones, el editorial del *BMJ* o el editorial del *Lancet*, complementado por un comentario en un número posterior. El propio *BMJ* pone a nuestra disposición una densa página con links relacionados con el Bioterrorismo, en buena parte similar y superponible a la página que ofrece *Medline* o a las del propio *Diario Médico* o la de IBSL. La edición en castellano de *Medline* ofrece un resumen muy conciso y útil, de lo que es la enfermedad y de su empleo como arma. Por su parte, *NewScientist* ha elaborado un monográfico sobre bioterrorismo con algunos artículos recientes y otros, de archivos, que se remontan hasta 1996. *Nature* va más lejos y publica *online* un monográfico donde nos cuentan todo tipo de intimidades del *Bacillus Anthracis*.

A nosotros esta cuestión nos suscita algunas reflexiones o tal vez meras divagaciones. Por ejemplo, parece claro que esto del Bioterrorismo y la Bioguerra no es ni nuevo ni impensado ni se limita a una pesadilla de ciencia ficción. Al menos, para las instancias que desde ámbitos civiles, militares o incluso sanitarios, llevan la cosa esta de la guerra y la defensa. Así, como de paso, nos hemos enterado de que durante la Guerra Fría las dos grandes potencias se dedicaron a jugar con bacterias, al parecer con bastante éxito, prueba de lo cual es que la extinta URSS confinó en una isla del Mar de Aral un bioarsenal de carbunco que actualmente quieren eliminar los EEUU y Uzbekistán, el país más cercano y por lo tanto más en riesgo de biocontaminación masiva.

Más aún: parece que a lo largo de los 90 los servicios secretos eeuuenses han ido adquiriendo la certeza de que alguno de los países a los que denominan gamberros se estaba equipando con bioarsenales de carbunco, motivo por el cual en 1999 el Secretario de Defensa tomó la decisión de vacunar a sus tropas, lo que mereció un comentario del *JAMA* en el que junto a consideraciones

sobre riesgo - beneficio se concluía que el carbunco era una amenaza real para las fuerzas armadas eeuuenses.

Otro punto de inflexión parece haber sido la investigación acerca de la secta que atentó con gas sarín contra el metro de Tokio, que según nos cuentan demostró que el citado grupo, de nombre difícilmente pronunciable para un bilbaino, disponía de bioarmas. En el *BMJ* dicen que este hallazgo espoleó la investigación *defensiva*, uno de cuyos resultados ha sido la publicación de una serie de artículos en *JAMA*, con *abstracts* disponibles *online*, sobre potenciales bioarmas: carbunco, tularemia, botulismo y peste, tres de los cuales están basados en reuniones al respecto del *Grupo de Trabajo sobre Biodefensa Civil*. Por cierto, que nosotros mismos recogíamos en las News uno de estos trabajos, en un tono un tanto *enteradillo* y bocazas, a juzgar por el desarrollo que están tomando los acontecimientos. A modo de penitencia reproducimos aquí nuestro comentario de hace menos de diez meses.

*“Un artículo del JAMA (Vol. 285 No. 8, February 28, 2001) cuenta la actividad y conclusiones de un grupo de trabajo para discutir las posibles consecuencias y el tratamiento necesario derivados del uso de **toxina botulínica como arma bacteriológica**. Como no está disponible el artículo completo no sé si es por pasar el rato o porque hay evidencia de que algún chalado está pensando en aerosolizar toxina sobre el enemigo”*

Otra reflexión que nos viene a la mente es la de la histeria colectiva que ha desatado el problema. Nos cuentan que en los EEUU la gente anda haciendo acopio de mascarillas, guantes y antibióticos. Después del acuerdo que el Gobierno alcanzó con *Bayer* en virtud del cual compraría la unidad de ciprofluoxacino a \$0,95, poco más de la mitad del \$1,77 que cuesta en el mercado en la actualidad, se ha optado por volver a la doxiciclina, que es mejor tolerada, según cuentan, con lo que tal vez se haya privado a *Bayer* de redimirse, con su antibiótico, del asunto de la cerivas-tatina (redención moral y económica, *I mean*). Y así, los médicos reciben recordatorios sobre la enfermedad y su tratamiento con doxiciclina y como haya muchos afectados o a la gente le dé por

tratarse la enfermedad preventivamente dentro de unos años habrá mogollón de dientes negros en los EEUU, lo que supondría un indicador muy fiable de la extensión de la epidemia, o del miedo a la enfermedad. Igualmente, varios laboratorios han ofrecido vacunas y antibióticos al gobierno eeuense. Como contrapartida, se presentan sesudos y razonados análisis sobre el miedo colectivo, la histeria colectiva y demás. Os recomendamos uno del *Washington Post* y otro de *El País*, firmado por Andreu Segura, profesor de Salud Pública de la Universidad de Barcelona. Y hay quien pretende tranquilizar, como en este artículo de una microbióloga norteamericana, en el que se nos dice que no hay riesgo de una epidemia masiva de carbunco, porque el bacilo no se transmite de persona a persona, y que entraña mucho menos peligro que otros microorganismos a los que enumera (con el posible efecto colateral de diversificar la fuente de pánico de las personas a quienes pretende tranquilizar). Por último, hay quien destaca que el daño del ataque con carbunco es psicológico y no sanitario, en la medida que aterra a la población y mina su confianza en gobernantes y en los organismos sanitarios oficiales.

Los toros se ven muy bien desde la barrera, y probablemente por eso hay quien por nuestros pagos mira a los eeuenses con una cierta condescendencia y hace risas más o menos encubiertas por lo nerviosos que se están poniendo. No estaría de más que se repasaran el pánico que ha desatado a este lado del Atlántico la campaña “*Abra y Espolvoree*” de *American Express*, en la que muchos receptores de un sobre con un polvillo blanco que simulaba nieve navideña han acabado lavándose las manos con lejía. La empresa se ha deshecho en peticiones de disculpas y sin duda habrá lamentado no haber tenido tiempo de cambiar su estrategia publicitaria, diseñada mucho antes de que apareciera el carbunco postal. (Por cierto, ya sabrás que *Windows* decidió, tras el 11 de setiembre, sustituir su mensaje promocional del *Windows XP* –“*prepárate a volar*”- por un “*tú puedes*” que cuando menos resulta mucho menos inoportuno).

La actitud *tranquila* de los ciudadanos europeos puede tener que ver con el hecho de que nuestros políticos están *tranquilizando* a la población asegurándonos que no somos objetivo prioritario del terrorismo integrista islámico. No sé de dónde se sacan esa conclusión, pero a veces da la impresión de que se les olvida que Europa está participando con un mayor o menor grado de implicación en la llamada operación "*Libertad Duradera*". Sea como fuere, lo que les ha sucedido a los EEUU, que han pasado de pasar de sentir que su país es absolutamente seguro a verlo como blanco del mayor ataque terrorista de la historia o como un lugar donde se pueden recibir cartas con esporas neumonizantes de origen aún por determinar, es como para inquietar a cualquiera. El grado en que se exprese esa inquietud podrá ser proporcionado o desproporcionado, pero, hombre, la ruptura con la seguridad, más o menos autocomplaciente, que sentían en los EEUU es tan acusada que no es de extrañar que ahora no les llegue la camisa al cuello.

Por si a alguien le cabe alguna duda de que esto del bioterrorismo es un asunto serio, la *OMS* ha tomado cartas en el asunto y ha colgado un documento de la *Organización Panamericana de la Salud* sobre la necesidad de tomar medidas preventivas contra lo que llaman "*infecciones deliberadas*", y otro documento, sobre la respuesta a armas químicas y bacteriológicas del *Centro sobre Vigilancia y Respuesta a Enfermedades Comunicables*.

También ha colocado su segundo borrador sobre aspectos sanitarios de las armas químicas y biológicas, un documento de 179 páginas. Y ante la creciente preocupación en torno a una posible utilización del virus de la viruela en ataques bioterroristas que tendrían consecuencias mucho más graves que los ejecutados con carbunco, ha emitido también unas recomendaciones, aún conservadoras, sobre la vacunación contra la viruela. Llama la atención la rapidez con que se están colgando estos documentos y el hecho de que su elaboración se ha producido a buen ritmo pero a lo largo de un tiempo relativamente prolongado, lo que hace pensar en que quien lleva las cosas de información (espionaje, *I mean*) hace

tiempo que sabía que el bioterrorismo era bastante más que un supuesto teórico.

Vayamos a la inevitable pregunta de si estamos preparados para afrontar el bioterrorismo (o, no nos olvidemos, la bioguerra). Aquí la cosa se vuelve pintoresco - costumbrista, entre *berlanguiana* y *almodoroviana*. A pesar de que los políticos europeos no paran de decir que nuestro modelo sanitario está en condiciones de parar el golpe, a pesar de que los países van protocolizando las actuaciones sanitarias ante un hipotético ataque bacteriológico (como el documento español, publicado en *Diario Médico*), los editoriales de revistas británicas a los que nos referimos más arriba vienen a decir que menos lobos y menos faroles, que menos sacar pecho, que no está claro que sea así. Si sesudos editorialistas médicos introducen una duda tan inquietante, no nos podremos rasgar las vestiduras si la población se asusta. Por su parte, la prensa, una vez más, alarma más que tranquiliza, cuando no manipula abiertamente. Me viene a la mente uno de los últimos *susedidos* de la ministra de Sanidad del *pepé*, esa señora tan campechanota con pinta de dirigir un programa televisivo matinal y marujil, y tan proclive a enredarse y enredar con sus declaraciones. Uno podrá discutir si se explica bien o mal, pero la esencia de sus manifestaciones fue que si *se teme* padecer carbunco se vaya al médico de cabecera y no a urgencias. Es decir, sígase el curso natural del sistema asistencial, desde donde se responderá de la forma que sea necesaria. La recomendación, en principio, no es descabellada, y dista mucho de la manera en que casi todos los medios presentaron su recomendación, es decir: que si *se tiene* la enfermedad habrá que tratarla como la gripe (en atención primaria). Lamentablemente (y no sólo por lo que pueda salpicar al sistema sanitario del que como ella misma se encarga de recordar es primera autoridad), esta señora ha pasado a ser una especie de hazmerreír nacional, al nivel de aquel ministro de exteriores que en su momento se convirtió en protagonista de todos esos chistes denostadores, viejos, manidos y faltones, con los que el *pueblo* ridiculi-

za a sus vecinos (por ejemplo, muchos de los que los bilbainos cuentan sobre los guipuzcoanos, y viceversa).

Algo muy importante está sucediendo ante nuestros ojos. El miedo oficial o social, de los que mandan o de la población, está cambiando sutilmente el mundo. El día en que la gente pierda respeto a volar se encontrará con que las medidas de seguridad habrán convertido a los viajes en avión en un absoluto coñazo, con horas y horas de estancia en el aeropuerto e interminables revisiones de seguridad. Por otra parte, hay quien ve en el correo electrónico el medio de comunicación seguro para no recibir un *esporazo*... al tiempo que otros adelantan que hay que protegernos de otros *agentes infecciosos*, los virus informáticos, que pueden ser a la red y a las comunicaciones lo que un ataque biológico a la masa humana de los países. En los EEUU se ha aprobado una ley con el impresionante y descriptivo título de "*Ley Para Unir y Reforzar a América*" mediante la creación de las herramientas necesarias para interceptar y obstaculizar al terrorismo; en inglés es aún más impactante, tanto en su título como en sus siglas: "*Uniting and Strengthening America Act by Providing Appropriate Tools Required to Intercept and Obstruct Terrorism*" (USA PATRIOT). Como efectos colaterales, esta ley va a restringir significativamente las libertades y la privacidad de todos los ciudadanos. En definitiva, el 11 de setiembre cambió el mundo, lo va a hacer -lo está haciendo- menos libre, más enparanoiado y defensivo y lo está alejando del objetivo, del ideal -de la utopía- de un mundo solidario y más abierto. Estamos empezando a pensar en defendernos de amenazas anteriormente inconcebibles, preparándonos para un posible ataque bacteriológico contra la cabaña alimentaria, que colocaría al mundo desarrollado ante una catástrofe económica y una seria amenaza para gran parte de la población. Todo se está convirtiendo en arma y en amenaza, desde una carta hasta una chuleta. El *mérito* lo tiene el terrorismo, que despierta en nosotros todo este odio y toda esta paranoia....a pesar de lo cual hay quien le aplaude o al menos le disculpa o comprende.

Lo más desgarrador, lo que invita más al pesimismo, es que el bioterrorismo es hijo de la investigación biobélica a la que nos referíamos más arriba. Del mismo modo que nuestra especie utilizó la energía nuclear para destruir y matar antes que en su faceta más beneficiosa (aunque no exenta de riesgos y contaminación), mucho antes de que pusiéramos a las *escherichias* a fabricar insulina ya se daban pasos para utilizar a los microorganismos como medio de destrucción de otros seres humanos. En lo que tiene que ver con la participación de los estados, nada se sabe de todo esto, tal vez porque el ciudadano nada quiere saber. Incluso en las sociedades democráticas y libres, los ciudadanos otorgamos gustosos a ciertos colectivos una capacidad de decisión y una potestad que nadie controla. Dejamos hacer, dejamos que hagan por nosotros, *por nuestro bien*. Y por lo que se ve hacen cada cosa, que pone los pelos de punta. En estas condiciones, cualquier avance científico genera más inquietud que regocijo. Por ejemplo, la noticia de la decodificación del genoma de la *Yersinia Pestis* es una mala noticia, no porque se haya constatado que se trata de una bacteria con una extraordinaria plasticidad genética *per se*, sino porque cualquier descubrimiento, cualquier ampliación de nuestro conocimiento en este campo abre la puerta para que *alguien* haga nuevas putadas (por ejemplo, *elaborar yersinias* genéticamente programadas para que los antibióticos más potentes les hagan simples cosquillas). En una entrevista en el *Daily Telegraph*, Stephen Hawking ya ha avanzado su temor a que la Humanidad se haga el harakiri a través de la manipulación consciente o inconsciente de los microorganismos. Aunque hay quien le ha puesto a parir por alarmista, ya nos conocemos, ya sabemos lo que el ser humano da de sí. Actualmente se supone que hay 17 países con programas de investigación en guerra bacteriológica, y nadie sabe (y si lo sabe, no nos lo dirá) cuántos *particulares*, terroristas o no, están trasteando también en este campo. Lo malo, lo perverso, va con el Ser Humano, el ser más peligroso de la Creación. Como psiquiatra, he de decirlo, estoy encantado con que nuestro conocimiento sobre el funcionamiento del cerebro y la etiopatogenia y fisiopatología de las enfermedades mentales no sea más que un batiburrillo de hipótesis que tienen más de neurociencia -

ficción que de verdadero saber científico. Francamente, prefiero el empirismo en que nos manejamos que un verdadero conocimiento al respecto, porque temo que si algún día el ser humano llega a desentrañar el funcionamiento del cerebro será más para causar mal que para hacer el bien.

El riesgo que entraña la manipulación de las fuerzas de la naturaleza por el Ser Humano suele evocar la conocida fábula del Aprendiz de Brujo, que sin quererlo acaba provocando una catástrofe. Si hemos de ser justos, este símil es excesivamente generoso con nuestra especie porque, al fin y al cabo, el defecto del Aprendiz de Brujo es su inconsciencia, mientras que el Ser Humano manipula la Naturaleza para causar conscientemente daño a otros seres humanos. Y, hombre, es muy diferente ser un sinsustancia que ser un cabronazo.

(Nº 94, 31 de octubre de 2001)

Lightfoot N, Wale M, Spencer R, Nicoll A. Appropriate responses to bio-terrorist threats. *BMJ* 2001;323:877-878

McKall K. An insider's guide to depression. *BMJ* 2001; 323: 1011:
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/323/7319/1011>

La Publicidad de los Efectos Secundarios

La industria farmacéutica, dentro de la lucha sin cuartel que mantiene por colocar sus productos en los primeros lugares del ránking de ventas, emplea las más variadas estrategias. En este editorial vamos a comentar una de ellas, que nos ha parecido especialmente preocupante y es la que consiste en publicitar los efectos secundarios de los fármacos de la competencia sin nombrar a éstos y con un formato de divulgación científica. Dos ejemplos de este tipo de publicidad vienen apareciendo en la revista *American Journal of Psychiatry* en los últimos meses y, como no están disponibles *online*, nos hemos permitido colgarlos en nuestra web para que podáis examinarlos. Uno de ellos dedica dos páginas completas a hablar de la Diabetes inducida por antipsicóticos atí-

picos y viene firmado por *Janssen*. El segundo dedica otras dos páginas a todo color y con un tratamiento gráfico no menos impactante, a glosar los potenciales riesgos cardíacos derivados de la prolongación del intervalo QTc. Este último viene firmado por *Lilly*. No hace falta decir que el primer anuncio es un ataque a la Olanzapina (aunque no se citan nombres) y que el anuncio de *Lilly* va dirigido principalmente contra la Ziprasidona de *Pfizer* (*Geodon*, en EEUU) y en este caso sí se le cita el primero de una lista de fármacos implicados.

Estos anuncios pueden perseguir varios objetivos. Está claro que quieren “educar” (presionar) a los médicos y dirigir sus hábitos de prescripción en un determinado sentido, pero no hay que ser muy mal pensado para sospechar una intención de presionar también sobre la propia administración buscando la adopción de alguna medida, sea ésta la no aprobación de un fármaco, la revisión de su prospecto creándole una fama de peligroso o incluso forzar su retirada del mercado. En definitiva, sacar al contrario fuera de la pista. Lo vergonzoso del asunto es que disfrazan como “servicio educativo” (ver sello al lado de la firma de *Janssen*) una acción bastante barriobajera dirigida no a velar por el bien de los pacientes sino a engordar su cuenta de resultados.

Y nos parece preocupante este tipo de publicidad por varias razones. En primer lugar, creemos que es una estrategia que puede volverse contra toda la industria farmacéutica a la larga y que están tirando piedras sobre su propio tejado. Con esta política, el grupo de los nuevos antipsicóticos se puede resentir en su conjunto. De ser considerados unos fármacos con un perfil de efectos secundarios más favorable que el de los antipsicóticos tradicionales pueden pasar a ser vistos como una serie de fármacos que producen unos graves efectos secundarios (diabetes, complicaciones cardíacas, etc.) potencialmente fatales. Su imagen y credibilidad puede verse afectada. Por otro lado, esta publicidad puede caer en manos de la prensa no especializada, y todos sabemos de su falta de rigor habitual y la fácil deriva al sensacionalismo, con lo que se puede generar una alarma desproporcionada. Por supuesto, puede

llegar el asunto a manos de los pacientes - y de los abogados de los pacientes- con lo que algún fármaco podría acabar en la piqueta y hoy puede ser el fármaco del enemigo pero mañana podría ser el nuestro. Por desgracia, cada vez estamos más acostumbrados a que el mérito o demérito de un medicamento se dirima en la arena judicial, en lugar de en las revistas científicas y por medio de cauces científicos, y esta publicidad puede preparar el terreno también a futuras demandas y acciones judiciales. Para que una película tenga éxito uno de los ingredientes más importantes es que tenga un malo muy malo. Cuanto más malo sea el villano más estatura tendrá nuestro héroe y más dimensión alcanzarán sus acciones. Con esta publicidad, los “Labs” parecen haber iniciado una especie de competición por nominar y elegir al peor efecto adverso, el más peligroso, el que hay que evitar a toda costa y éste debe ser, lógicamente, el que produce la competencia. Pero una cosa es que un efecto adverso “*triumfe*” por “*méritos propios*” y otra cosa muy diferente es que su “carrera” se programe y dirija interesadamente como si del lanzamiento de una de esas estrellas de la canción tan al uso hoy en día se tratara. Y en esto de los efectos adversos también hay modas. Por lo tanto, se trata de poner de moda, a toda costa, el efecto secundario de la competencia. Y para conseguir este objetivo vale todo, no sólo la publicidad que estamos comentando sino artículos supuestamente “*serios*” financiados de manera más o menos disimulada por las empresas farmacéuticas y publicados en revistas de “*relumbrón*”.

Esto último nos lleva también a preguntarnos si el equipo editorial del *American* hace bien en permitir la publicación tanto de los unos como los otros o si debería tomar cartas en el asunto y controlar estos desmanes. Una cosa es que cada empresa destaque las bonanzas de su botica y pase de puntillas sobre sus inconvenientes pero llegar a estos extremos no es bueno para nadie. Por otro lado la publicidad sobre fármacos, al ir acercando sus técnicas y argumentos a la publicidad de los productos normales de consumo (también porque cada vez es más evidente que las revistas y los anuncios no los leen solo los médicos, sino también

pacientes, grupos organizados, agencias gubernamentales, etc) olvidan u obvian la idea inherente a cualquier tratamiento de que su indicación es siempre una valoración de riesgo/beneficio, y tratan de ofrecer una idea de riesgo nulo/beneficio absoluto, que es imposible, falsa y peligrosa. Es decir, considerar que un fármaco no debe tener ningún riesgo, y colocar estos riesgos fuera de un contexto relacionado el objetivo terapéutico, acerca a los fármacos a cualquier otro objeto de consumo. No se si me lío. Un antiguo dicho decía que los tratamientos sin efectos secundarios tampoco tenían efectos “*primarios*”. Esto tiene muchos peligros, pero uno no insignificante es que puede dejar fuera del camino a fármacos muy útiles por la sobrevaloración de efectos secundarios cuyo peligro puede ser perfectamente aceptable y controlable en un contexto médico/terapéutico (y si no, ¿por qué nadie se mete con la clozapina?).

(Nº 95, 15 de noviembre de 2001)

Nota de los Editores: Aproximadamente dos años después de que se escribiera este editorial, la FDA decidió implantar un “warning” a los antipsicóticos atípicos avisando de sus riesgos metabólicos.

De los amores entre Psiquiatras y Pacientes

De entre las innumerables cosas que dejamos atrás en nuestra aleatoria revisión quincenal de la bibliografía, dada la imposibilidad material de abarcarlo todo, hoy vamos a recuperar un artículo de revisión del *American Journal of Psychiatry*, bastante malo por cierto, que trata sin embargo un tema interesante. Desgraciadamente, para los no-suscriptores sólo está disponible el *abstract*

El problema es: ¿Pueden un/a psiquiatra y un/a paciente mantener relaciones sexuales una vez que su relación terapéutica ha finalizado? ¿Qué problemas éticos y legales plantean las relaciones sexuales y afectivas o emocionales entre ex-psiquiatras y ex-pacientes? Y la respuesta es motivo de debate. Todos estaríamos de acuerdo en que las relaciones sexuales o emocionales entre psiquiatra y paciente (o en general entre cualquier profesional y su

cliente) mientras exista una relación terapéutica entre ellos es algo inadmisibles desde el punto de vista ético. También podría haber un consenso bastante amplio en que, una vez terminada esta relación, no habría ningún impedimento ético para la misma, pero no está nada claro ni definido, por ejemplo, cuánto tiempo después puede ser iniciada esta otra relación sexual-afectiva así como otros aspectos de la misma. Dar por terminada la relación médico-paciente para mantener relaciones sexuales, por ejemplo, es obvio que está mal y que una conducta del tipo *“pues le veo a usted muy bien así que le voy a dar el alta. Por cierto... ¿que le parece si tomamos una copa para celebrarlo?”* es algo como bastante feo que no se debe hacer.

¿Qué se piensa por ahí? Según se lee en este artículo, ni en Inglaterra ni en Canadá se contempla el problema. En países como Israel no hay ningún caso judicial relacionado con esta cuestión y su Ministerio de Salud sólo sanciona en caso de relación sexual con pacientes actuales pero no antiguos. En Noruega el tema depende también de que exista una clara finalización de la terapia y en Suecia se considera un problema ético pero no legal. En Alemania no se prohíbe tampoco el sexo una vez terminada la relación médico-paciente. En el estado español no sabemos muy bien si existe alguna legislación o posición oficial de las Sociedades de Psiquiatría, Colegios de Médicos, Comités de Bioética y otros foros de sabios competentes en el tema. En la medida en que puedan aplicarse los contenidos del código penal al respecto, y siempre que se demuestre que no ha habido consentimiento, o que éste ha estado viciado (persuasión, intimidación, jamada de coco bestial) sería un delito, con el matiz, en caso del psicoanalista, de que seguramente sería aplicable el agravante de haberse prevalido de posición de superioridad. En el Código Deontológico no hemos hallado ninguna referencia explícita o implícita a relaciones sexuales con los pacientes.

Por lo tanto, fuera de EEUU se trata de una cuestión poco definida, confusa o gris pero se puede decir que en general las relaciones entre ex-psiquiatras y ex-pacientes no se ven de forma diferente a las relaciones entre dos adultos cualquiera.

Sin embargo, en EEUU la postura se puede considerar más dura y existen un buen número de denuncias y casos judiciales por esta cuestión (en los que, además de psiquiatras, están implicados por ejemplo, psicólogos o asistentes sociales). Hay que resaltar, según se menciona en la revisión, que la Asamblea de la APA en 1993 adoptó una posición en la que los contactos sexuales entre un/a psiquiatra y un/a ex-paciente están prohibidos sin especificar un límite de tiempo (“*Legal sanctions for mental health professional-patient sex (1993)*”). *Published in the June 1993 State Update*. Poco más o menos que “*una vez paciente, siempre paciente*”, vaya. En el artículo se mencionan trece de estas denuncias y, como curiosidad, comentar que una de ellas es del famoso cantante y guitarrista de los *Beach Boys*, Brian Wilson, contra su psicólogo. En este caso la denuncia tiene que ver con la violación de otros límites diferentes a los sexuales como son los financieros. El psicólogo del artista además de terapeuta actuaba como representante, productor ejecutivo, escribía canciones y hasta cobraba royalties. Vamos que sólo le faltó echar a Brian Wilson del grupo y cantar él. Está claro que esto es pasarse.

La argumentación en la que se basan las denuncias sería en síntesis la siguiente: Entre el psiquiatra y el paciente ha existido una relación transferencial cuya influencia continúa en el futuro cambiando para siempre la capacidad de estas dos personas de mantener una relación no distorsionada. El psiquiatra mantendría el poder o el control sobre el libre albedrío del paciente, es decir, que la capacidad de elegir libremente de éste se habría perdido.

Al examinar la cuestión, nos encontramos con que el problema tiene una claras raíces psicoanalíticas y la historia del psicoanálisis está repleta de ejemplos de esta violación de los límites sexuales. Se cuenta que una paciente de Jung, aristócrata y promiscua, mantuvo un apasionado romance con don Carlos Gustavo, recreado en una novela de Morris West que creo que se llama “*El Mundo es de Cristal*”. Sin duda está claro que dejar que dos personas se junten a solas dos o tres veces a la semana con un diván por medio es claramente tentar al diablo. Y como herencia de esta tradición nos encontramos con que los tribunales utilizan precisa-

mente el concepto del “*mal manejo de la transferencia*” como la base de sus decisiones legales. Este aspecto en concreto es el que más critican los autores y repiten hasta la saciedad que el concepto de transferencia no cumple criterios de aceptación científica y que su uso en el terreno judicial genera confusión y consecuencias adversas. Sobre este aspecto concreto, hay que señalar que la relación profesional-paciente es también muy diferente según el tipo de terapia empleada (de orientación psicoanalítica, conductual, humanista o más puramente médica, etc...) y que media un abismo de la relación que pueda tener un/a psicoanalista con su paciente a la que tenga un/a asistente social con el/la suyo/a (siempre que la técnica de tratamiento no sea psicoanalítica, *of course*).

Dejando a un margen las discusiones sobre la transferencia, a uno se le antoja que pretender que en esto de las relaciones sexual-afectivas no exista distorsión y prevalezca la libertad de elección es, de entrada, un contrasentido. El interés, atracción o enamoramiento de otra persona es, por definición un estado de enajenación mental y lo normal es tener absolutamente embotada la capacidad de decidir libremente, por lo que no creemos que una relación psiquiatra-paciente, una vez finalizada la terapia, sea demasiado diferente de muchas otras. Con este mismo argumento, cualquier pareja de un futbolista famoso, de un cantante, de un literato, etc. podría denunciarle porque debido a su aureola, a su poder y fascinación, la persona denunciante habría perdido su capacidad de decisión o no habría juzgado los valores de esa persona de una manera objetiva. En definitiva, que la postura norteamericana nos parece demasiado dura.

Otro tema jugoso es el de los amores entre médicos/as, enfermeros/as, residentes/as, asistentes sociales, y demás colectivos *saludmentalianos* entre sí, pero de eso ya hablaremos otro día.

Y por cierto, los “*Beautiful Brains*” abordaron este interesante tema en una bellísima balada titulada *Amor Médico-Paciente*, en la que se relata la historia de un psiquiatra que cae rendido a los pies de su paciente. Y también el *Txori-Herri Medical Journal* publicó un interesantísimo y docto artículo acerca de los aspectos psiquiátricos del enamoramiento, que puede arrojar mucha luz sobre el

tema (al menos no menor que la que arroja la APA), pero que desgraciadamente es anterior a la época PC y no existe de momento en formato digital. Prometemos buscarlo y procesarlo.

(Nº 96, 2 de diciembre de 2001)

Malmquist CP, Notman MT. Psychiatrist-Patient Boundary Issues Following Treatment Termination. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1010-1018: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/158/7/1010>

THMA Task Force on Patología Amorosa. El enamoramiento. Una nueva categoría diagnóstica en el DSM-IV. *Txor Her Med J* 1991; 1(2): 3-11

Investigación y ciencia o así

Hace tiempo que tenemos ganas de hincar el diente a un tema de gran interés para nosotros, como es el de la investigación psiquiátrica en España y su plasmación en las publicaciones del ramo. 2001 ha sido el año en que ha fenecido *Psiquiatría Pública*, ahogada por la falta de publicidad, pero también ha sido el año en el que en *Archivos de Psiquiatría* Elena Ezquiaga y colaboradores publicaban un trabajo que invita a la reflexión y a la autocrítica por sus desoladoras conclusiones: no hay objetivos claros en muchos casos, los diseños son pobretones y la presentación estadística de los casos, insuficiente. El desierto metodológico es inquietante, pero quisiera detenerme en aspectos lo que podríamos llamar éticos.

En los últimos meses he descubierto en revistas españolas punteras dos artículos que me han sorprendido. En uno de ellos se plantea el caso clínico de una mujer atendida por una psicosis en el marco de una demencia de origen infeccioso. El artículo da datos biográficos de la paciente, que dista de ser una ciudadana del montón, y que podría ser identificable en base a los mismos. Y desde luego no se informa en ningún momento que la interesada haya autorizado la publicación de su caso clínico (de hecho parece poco probable que estuviera en condiciones de prestar su consentimiento, si nos atenemos a la descripción del caso).

Hace algunos años, el *British Journal of Psychiatry* introdujo la norma de que para publicar casos clínicos en la revista sería necesario el consentimiento expreso del paciente o pacientes implicados. Hubo reacciones para todos los gustos: a algunos les parecía una medida adecuada, otros la encontraban exagerada, y argumentaban que por lo general los autores e investigadores empiezan a rodarse con este tipo de trabajos, por lo que introducir requerimientos restrictivos podría cortar de cuajo futuras carreras en su comienzo. La realidad es que la repercusión de esta medida no ha sido tan devastadora para la Ciencia, y que, desde luego, parece fundada. Quien comunica un caso o hace una revisión *a propósito de un caso* (o de *n* casos), obtiene un beneficio curricular o meramente narcisístico de ello, y aunque no hay que negar a nadie el mérito de su esfuerzo por identificar, tratar, revisar y presentar un caso interesante, no por ello debe quedar en segundo plano el respeto y reconocimiento al *portador* de los síntomas destacados objeto de la publicación. No debe contarse nada de nadie, por mucho que lo hagamos sin pelos ni señales, sin contar con su aprobación. El hecho de que todos hayamos incurrido en el error no obsta para que las revistas españolas comiencen a tener en cuenta este aspecto y se planteen la necesidad del consentimiento informado para algo más que para los *estudios experimentales*, condición que ya recogen en la actualidad.

Pero hay aportaciones incluso más sorprendentes. Otro artículo analizaba las posibles diferencias entre estudiantes de Psicología Médica repetidores y los que llevaban el curso debidamente. El instrumento utilizado era el 16-PF. El trabajo de campo era antiguo, la recogida de datos abarcó varios años y se remontaba hasta 12 años antes de la publicación, y por lo tanto, era previo a que todos nos hayamos vuelto sensibles a ciertos matices. Sin embargo, el artículo se ha publicado en 2001, después de que hayamos desarrollado esta sensibilidad. El resultado, a todo esto, es que los repetidores como grupo tenían algunas características especiales sin significación estadística. Lo cierto es que a uno se le antoja que posiblemente era excesivo de salida esperar grandes diferencias en estudiantes con solo dos años de carrera a sus espaldas, pero, claro, para tamaño viaje seguramente no eran necesarias las alfor-

jas de la utilización de un instrumento habitualmente de uso clínico. En otras palabras: llevar retraso al principio de la carrera probablemente no es importante y significativo, no es un problema académico o pedagógico de la magnitud del retraso de varios cursos en edades inferiores; no justifica, pues, una investigación de calado. Y por otro lado, la verdad, parece abusivo desnudar psicológicamente a los alumnos para tal empeño. Lo que no aparece por ninguna parte, muy probablemente porque ni se ha planteado en el momento de realizar el estudio (no olvidemos que hablamos de tiempos antiguos) ni al *pirriviuar* el artículo, es el consentimiento de los alumnos.

El alumno de Medicina es una presa fácil para todo tipo de estudios, me atrevo a decir que irrelevantes, que abundan en nuestras revistas. Como colectivo, es una muestra excelente para validar instrumentos (por ejemplo, cuestionarios de dulces y chocolates) o divagar sobre actitudes ante la enfermedad mental (sin el adecuado contrapunto de analizar años después si la impecable tarea docente de sus profesores de Psicología Médica y Psiquiatría ha modificado tales actitudes). En definitiva son un *material* utilizado con dolorosa y vergonzante frecuencia para fines que no van más allá de engordar ciertos currícula (que es el plural de currículum). Por otra parte, los estudiantes no están en condiciones de negarse a participar en estos engendros pseudocientíficos. La posición de los profesores - investigadores, por mucho que no se planteen ejercerlo, no deja de ser de dominio. No consta en los artículos que conocemos al respecto si se ha pedido consentimiento a los alumnos. Si alguien conoce algún trabajo en el que explícitamente se de esta información, rogamos disculpen nuestra generalización injusta, al tiempo que reconocemos la sensibilidad de los autores. Lo oportuno, conveniente, necesario de los trabajos, me temo, lo dejaremos siempre en cuarentena, porque a fuer de ser sinceros, no creemos que se produjera un parón en el progreso de la Ciencia si se decidiera vetar este tipo de publicaciones. Y nos atrevemos a sugerir que las revistas españolas estudien seriamente esta posibilidad. De paso, sugerimos que los comités de investigación competentes (los de las universidades, por ejemplo) se detengan a evaluar si la calidad científica y ética de este tipo de

estudios merece que sigan realizándose con el desparpajo que se han efectuado hasta la fecha.

Entre tanto, tenemos el placer de publicar un *early release* en nuestro flamante nuevo archivo de *Preprints* de la *Txori-Herri Medical Association: The TxoriPrints* de nuestra revista hermana *The Txori-Herri Medical Journal*, en el que un grupo de estudiantes de Medicina da la vuelta a la tortilla al estudiar con idéntica futilidad, a un grupo de psiquiatras y profesores universitarios de la especialidad.

(Nº 97. 17 de Diciembre de 2001)

Comando Dondelasdan, de la Facultad de Medicina de X. Urbanidad en la mesa en un grupo de psiquiatras y profesores universitarios de Psiquiatría (Preprint). Disponible en: <http://www.txorihherri.com/urbanuniv.htm>

Ezquiaga E, García-López A, Rodríguez-Salvanés F. Análisis descriptivo de las publicaciones originales en revistas españolas de Psiquiatría. Arch Psiquiatría 2001; 64: 165-178

Humor y Humanidades

El humor es una de las cosas más genuinamente humanas. Y la Medicina tiene una sólida tradición humanista, humorística y humanitaria, tradición que modestamente, tenemos a gala compartir en este humilde boletín. En los últimos tiempos, y salvando excepciones, esta tradición parece haberse perdido en buena medida, enterrado en un cientifismo (que no ciencia) al servicio de intereses comerciales, en el paradigma de la gestión, en la proletarización de nuestra profesión y en una cierta pérdida de identidad. Así que todos los años saludamos con alivio la publicación de los números navideños de algunas de las revistas médicas más importantes, que aprovechan estas fechas para dejar por un momento de lado tanto ensayo clínico, significaciones estadísticas, modelos de gestión y otras cosas serias para dedicar su atención a tonterías como el humor, la historia, la antropología o las iniciativas humanitarias.

El caso es que no suele faltar todos los años alguna agencia de noticias que interpreta al pie de la letra algunos de los artículos, que con toda seriedad, defienden las hipótesis más descabelladas, y da lugar a algunas divertidas anécdotas. Este año ya casi pasado no parece muy propicio a tomarse las cosas a broma, pero también es verdad que cuando las cosas se ponen demasiado serias, ¿qué otro remedio nos queda?

La publicación campeona de tal costumbre es, a nuestro parecer el *BMJ*, en cuyo último número del año acostumbra a reunir varias de estas aportaciones, este año con un cierto toque par-normal. Y vamos con la reseña de algunas:

Leonard Leibovici publica un ensayo clínico aleatorizado y doble ciego (*Leibovici L. Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomised controlled trial. BMJ 2001; 323: 1450-1451*) en el que se compara el efecto de rezar por personas hospitalizadas hace años, con no rezar en absoluto por un grupo control de similares características. Los resultados muestran evoluciones clínicas mejores de los pacientes por los que se rezó. Nótese que a diferencia de otros estudios (que presumen de serios y que la *THMA* ha analizado pormenorizadamente), se trata de valorar los efectos retrospectivos de los rezos, lo cual añade un valor añadido más milagroso (o cuántico para los escépticos) al estudio. Concluye, justamente, que el interceder con rezos retrospectivos debe ser una práctica a considerar por parte del sistema sanitario. Otro estudio publicado en el mismo número (*Bernardi L, Sleight P, Bandinelli G, et al. Effect of rosary prayer and yoga mantras on autonomic cardiovascular rhythms: comparative study. BMJ 2001; 323: 1446-1449*) compara los efectos del rezo del rosario y de la recitación de mantras sobre el ritmo autónomo cardiovascular. El estudio, llevado a cabo en Florencia y Pavia midió y comparó los efectos del rezo repetido de Avemarías (en latín) con la recitación de mantras durante la respiración espontánea y la regulada mediante metrónomo en 23 sujetos sanos. Los resultados son también concluyentes: tanto los rezos del rosario como los mantras causaron incrementos importantes y

sincronizados sobre los ritmos cardiovasculares cuando eran recitados 6 veces por minuto. Como no podía ser menos, se concluye recomendando el rezo del rosario (más próximo culturalmente que los mantras) entre las prácticas sanitarias, además de religiosas.

Otro interesante artículo del mismo número (*Oxman AD, Chalmers I, Sackett DL. A practical guide to informed consent to treatment. BMJ 2001; 323: 1464-1466*) revisa el tema del consentimiento informado, con una guía práctica que contiene opciones para ayudar a los clínicos a seleccionar cualquier tipo posible de consentimiento que satisfaga sus necesidades y circunstancias. Engloba aspectos como el consentimiento informado en el marco de ensayos clínicos controlados, incluyendo los ensayos que requieren sacrificios humanos, los ensayos comerciales de diversión y beneficio multicéntrico (*multicentric fun and profit*), aquellos en que los investigadores son además accionistas de la empresa farmacéutica que auspicia el ensayo, y algún otro intraducible, todos ellos en el marco de la práctica clínica rutinaria (con argumentos como “*el fabricante de este fármaco paga las pizzas en nuestras sesiones clínicas y regala bolígrafos muy fiables*”, o “*el fabricante de este fármaco me ha regalado una agenda electrónica que contiene información actualizada sobre prescripción farmacológica y que actualiza online mensualmente, e incluso escribe la receta por mí. Además me he dado cuenta que el software que utilizan para la actualización descarga también secretamente mis prescripciones del último mes, y no quiero parecer ingrato recetando medicación de la competencia*”).

Otra revista que mantiene también esta sana costumbre es el *Canadian Medical Association Journal*, que en su número del 11 de diciembre (el *Holiday Review 2001*) presenta varios artículos también dignos de reseñar, y en el caso de los humorísticos, con un corte quizás algo menos sutil que el del *BMJ* y más gamberro.

Por ejemplo, Pollex y colaboradores examinan los condicionantes celestiales para el éxito en la investigación médica (*Pollex R, Hegele B, Ban MR. Celestial determinants of success in research. CMAJ 2001; 165: 1584*) El estudio utiliza la base de datos de los

premios Nóbel y relaciona dichos premios con el signo del Zodiaco de los agraciados. Se concluye que los que son (somos) Géminis, tenemos las mayores probabilidades de alcanzar tal galardón, mientras que los más zotes son los Leo.

Otro elegante estudio (el llamado Estudio PATÉ: *Eisen JS, Cooper SD, Eisen AJ. The PATÉ trial: Prevention of appendicitis using Trident exclusively*), examina la hipótesis (la llamada *Bubblependix Theory*, previamente razonada) de que la ingestión de chicle protege frente a la apendicitis durante los siguientes 7 años. Para demostrar tal afirmación se comparan dos grupos, uno de ellos ingiriendo chicles marca “*Trident*” durante 7 días seguidos y el otro zanahorias cocidas (en un intento de doble ciego, ya que todos los participantes se dieron cuenta de la diferencia, excepto un residente de cirugía). El seguimiento a 7 años mostró que ninguno de los probandos que habían ingerido chicles había desarrollado apendicitis, lo cual confirma sin duda el efecto protector. Muy interesante el procedimiento estadístico aplicado.

Además del humor, también aborda aspectos relacionados con la asistencia sanitaria en países del tercer mundo (*Canadians Out of Bounds*), con algunos testimonios de primera mano de médicos ejerciendo en condiciones precarias. Resaltamos especialmente el escrito por James Maskalyk sobre su experiencia en aldeas de zonas rurales en Camboya, un relato cautivador, magnífica mezcla de solidaridad, empatía y humor, que nos recuerda que nuestro pequeño mundo está muy alejado de otros mundos, a la par que nos refresca la memoria sobre tragedias humanitarias abismalmente más importantes de las que actualmente vivimos pendientes, como fue el probable mayor genocidio de la historia a cargo de los Khemr Rojos en Camboya. El relato que resaltamos está ubicado de hecho en comunidades compuestas por desertores de los Khemr Rojos, asentados ahora en comunidades sin acceso prácticamente a ningún medio sanitario o médico.

Otra revista que suele celebrar la Navidad es el *Medical Journal of Australia*, que en esta época publica un número especial con trabajos sobre lo que en sentido lato podríamos llamar antro-

pología médica, así como alguna contribución meramente humorística. Además, lo coloca a texto completo *online*. En el número de este año publican un artículo sobre la epidemiología de sacar a pasear al perro y sus beneficios sobre la salud, introduciendo dos indicadores de interés (fracción atribuible al perro y cociente beneficio / mordisco)

El *Lancet* se mantiene en su papel más serio y académico, pero celebra la Navidad con un número totalmente accesible *online*, y en el que se desliza una referencia entre humorística y sardónica en forma de una entrevista con el *Helicobacter Pylori*, en el que como no podía ser de otra manera, se recuerda que fue precisamente *Lancet* el medio en el que se dio a conocer su existencia.

Lancet publica también un interesante suplemento que, en sus propias palabras, “*captura las dos caras de la Medicina, la técnica y la personal, con reseñas de diferentes enfermedades*” (incluyendo la esquizofrenia, el autismo, la fibrosis quística, el Síndrome de Down, la demencia Alzheimer, la diabetes, la lepra y otras muchas y muy diversas) realizadas por 33 especialistas en cada tema, y 33 pacientes, también especialistas a su manera. Muy interesante.

Finalmente, el *Txori-Herri Medical Journal* publica un nuevo artículo (de momento en formato *e-print*) en el que se analizan las diferencias en los modos y urbanidad en la mesa comparando un grupo de psiquiatras de a pie con otro grupo de profesores universitarios de Psiquiatría, explorando la posible influencia de la asistencia a comidas y cenorios congresuales sobre la adquisición de dichos hábitos. Disponible en: <http://www.txorihherri.com/urbanuniv.htm>

La seriedad científica no está reñida con la tradición humanista de la Medicina. Quizás debiéramos recordar que la Medicina no es una ciencia, sino una profesión, y que la identidad profesional de los médicos debe permanecer ligada a todo aquello que interesa a la esencia del ser humano visto de una manera integral, a sus sufrimientos y sus alegrías. Parece evidente que escribir artículos de excelencia científica puede resultar más sencillo que utilizar el

humor de forma inteligente o que contribuir a mantener despierta la conciencia y la solidaridad humana de los que vivimos en este primer mundo, y probablemente menos útil en muchos casos. Es raro el número habitual de una revista científica en el que un 10% de su contenido tenga algún interés. En este caso sin embargo, todo es *worth reading*...

Y Feliz Año Nuevo.

(Nº 98, 2 de enero de 2002)

Raza y Medicina

Se cuenta una anécdota referida a Marlon Brando (que nuestros suscriptores cinéfilos conocerán mejor) en la que este actor, viéndose en uno de sus viajes en la obligación de rellenar un formulario de inmigración, cumplimentó el campo referente a “*raza*” con la palabra “*humana*”. Pues bien, los antropólogos evolucionistas y los genetistas modernos parecen dar la razón a Marlon Brando. El concepto de raza, según ellos, es un constructo social y no tiene ninguna base ni fundamento biológico. He de reconocer que cuando leí por primera vez estas afirmaciones me llamaron poderosamente la atención. Tenía tan asumida la existencia de razas (la blanca, la negra, la amarilla, etc.) que el hecho de que se afirmara sencillamente que no existían me chocó enormemente. Una cosa es asumir unas diferencias que hay que trascender para fijarnos en lo que nos une como seres humanos y otra cosa muy distinta es darse cuenta que tales divisiones son una falacia. La *Asociación Antropológica Americana* ha afirmado que “*ha quedado claro que las poblaciones humanas no están formadas por grupos claramente demarcados o biológicamente definidos*”. Este punto de vista es el que explica Joseph L. Graves, biólogo evolucionista, en un libro titulado “*The Emperor’s New Clothes: Biological Theories of Race at the Millennium*”, que se reseña en la revista *JAMA*. Mirando al ADN no se puede separar a las personas por razas y puede haber más diferencias entre dos personas de la misma raza que entre dos personas de raza diferente. De hecho, según los genetistas, la raza

humana es una raza joven y genéticamente uniforme; como ha pasado tan poco tiempo desde su origen, los humanos somos gemelos virtualmente idénticos. La cantidad de variación genética de la raza humana es muy pequeña, mucho menor de la que cabría esperar de una población de 6.000 millones de individuos. Los humanos somos una población que creció rápidamente a partir de unos 10.000 fundadores en África hace 3000 generaciones. La variación que existe hoy en día es prácticamente la misma que existía cuando el hombre salió de África (dicho sea de paso, con los datos disponibles actualmente queda claro que todos somos emigrantes aunque unos hayan llegado antes que otros). Entre dos chimpancés cogidos al azar hay 3-4 veces el número de diferencias que entre dos humanos cogidos al azar. En definitiva, todos estos autores propugnan que se abandone el concepto de raza en todos los ámbitos científicos como algo necesario también, aunque no suficiente, para acabar con el racismo. Esto incluye, por supuesto, el campo de la Medicina. Graves menciona, por ejemplo, el caso de la anemia de células falciformes que se suele considerar como una enfermedad que se presenta más en afroamericanos pero aclara que se trata pura y llanamente de una reacción defensiva del organismo en zonas endémicas de paludismo y aparece igualmente en regiones del Mediterráneo o del Medio Oriente.

Y es aquí donde tenemos el debate planteado en un interesantísimo artículo, "*Medicine's Race Problem*", de Sally Satel. La autora afirma que la raza será una categoría aproximada pero que tiene significado biológico. El riesgo de padecer diversas enfermedades varía según la raza, así como la respuesta a los tratamientos por lo que ignorar estos hechos puede ser equivalente a no ofrecer un tratamiento adecuado. Veamos algunos de los ejemplos que cita. En los años 50 hubo una epidemia de tuberculosis en Canadá que se trató con terapia triple incluyendo isoniacida. Resultó que una fracción significativa de los esquimales canadienses eran metabolizadores rápidos por lo que la isoniacida era eliminada antes de poder atacar al bacilo tuberculoso. Muchos de ellos murieron y otros contribuyeron a la selección de cepas más resistentes. Otro

ejemplo es la ineficacia de los IECAs en sujetos de raza negra debido a que ejerce su acción por medio del óxido nítrico (NO) y estos sujetos, por razones desconocidas, sufren un déficit de NO. En el terreno de los trasplantes, los sujetos de raza negra presentan más problemas de incompatibilidad antigénica y por tanto más dificultades para encontrar donante. Los sujetos asiáticos suelen recibir dosis más bajas de analgésicos dada su mayor sensibilidad a los mismos y las mujeres afroamericanas tienen un riesgo mucho más elevado de padecer cáncer de mama que no se explica exclusivamente por razones sociales o de otro tipo ya que tienen un riesgo 50% mayor de padecer cáncer de mama antes de los 35 años, desarrollan tumores más agresivos y sufren asimismo la mayor incidencia de cáncer premenopáusico. En última instancia, la postura de la autora parece ser que mientras no seamos todavía capaces de encontrar las razones genéticas que están detrás de estas susceptibilidades a enfermedades o de las respuestas a fármacos y de identificarlas a nivel individual –y no étnico o de grupo– la raza es un posible marcador de este riesgo y por lo tanto utilizable.

Por otro lado encontramos que, en 1993, el Presidente Clinton firmó una ley que requiere que los investigadores cuyos proyectos reciban fondos de los Institutos Nacionales de la Salud incluyan sujetos “*de todas las razas principales*”. Está claro que el objetivo es ayudar a las clases y sujetos más desfavorecidos y que no exista precisamente una discriminación por razón de raza ya que diversos estudios han demostrado que el estado de salud y la atención sanitaria ofrecida a las minorías (y especialmente a los afroamericanos) es muy deficiente. El objetivo es mejorar la salud de estas poblaciones en áreas como la mortalidad infantil, el SIDA, la diabetes, la enfermedad cardiovascular y las vacunaciones de niños y adultos. Sin embargo, sorprende que precisamente en este momento en que la raza no se considera un concepto válido, sea la clase médica la que insista en manejar una terminología inventada por el antropólogo Johann Friedrich Blumenbach que en su

libro de 1795 “*On The Natural Variety of Mankind*” introdujo las razas Caucásica, Asiática, Americana, Mongólica y Malaya.

Para finalizar, y relacionado con este tema que estamos tratando, mencionar que el *WJM* publica todos los meses una especie de debate entre dos autores sobre una cuestión concreta. Por ejemplo, el mes pasado iba sobre si los laboratorios han hinchado el globo de la fobia social para vender más boticas; Healy decía que sí y Sheeham que no. Este mes se preguntan si el racismo extremo es una patología psiquiátrica y uno de ellos afirma que sí mientras que el otro autor comenta que es mejor que la Psiquiatría no ponga la etiqueta de enfermedad a los problemas sociales

(Nº 98, 18 de enero de 2002)

Nº 100

Con este boletín alcanzamos el número 100 de las *THM-News*. Aunque ya sabemos que somos de Bilbao y muy capaces de cualquier cosa, no deja de enorgullecernos haber podido mantener el ritmo de un boletín quincenal durante algo más de 4 años, con mínimos retrasos (este boletín, sin ir más lejos, es un ejemplo de un leve retraso que esperemos disculpéis.) Así que nos perdonaréis que ufanos como estamos hablemos un poco (bueno, todo lo que dé de sí este editorial) de nosotros mismos.

Hay que empezar diciendo que somos tres varones caucásicos, casados, y psiquiatras de profesión, por orden de edad Mr A, Mr B y Mr C, que nos escondemos, ciertamente con poca habilidad, bajo la *Txori-Herri Medical Association*.

La *Txori-Herri Medical Association* es una benemérita asociación, filantrópica y con razonable afán de lucro cuya historia se remonta a nuestras respectivas residencias en el incomparable marco del Hospital Psiquiátrico de Zamudio, en Bizkaia. Allí coincidimos en los años 80, y allí tuvimos la ocasión y la suerte de conocer a un variado elenco de profesionales de la Psiquiatría, cada uno hijo de su padre y de su madre, que nos aportaron variadísimas con-

cepciones sobre la enfermedad mental y la Psiquiatría y ricas explicaciones acerca de la marcha del Athletic. Debemos mucho a nuestros compañeros, que a pesar de nuestras andanzas y de alguna que otra chanza todavía nos saludan (algo más que les debemos). También aprendimos mucho a todos los niveles de esta vida de las personas a las que atendimos. En nuestro *errelato* queremos recordar en especial a uno de ellos, que representa a esa persona que en todos los centros es atendida sucesivamente por todos los *mires*.

En el año 1988 fundamos el *Txori-Herri Medical Journal*, una revista pseudocientífica irónica, sin saber que ya había experiencias en este sentido en el mundo (algún día volveremos sobre ello). La revista honraba al hospital en que se creó, ya que está enclavado en el Valle de Asúa o del Txori-Herri (de los pájaros). Este valle es prácticamente la única zona llana de cierta extensión en la provincia de Bizkaia, por lo que en su limitada superficie se aprietan la Universidad del País Vasco, el aeropuerto de Bilbao, el cementerio de Derio, el Parque Tecnológico de Zamudio, el antiguo Seminario, la granja para mejora de la cabaña bovina de la provincia (privatizada, según creo, hace unos años), el Hospital Psiquiátrico de Zamudio y los campos de entrenamiento del Athletic en Lezama. La revista desapareció en menos de un año, a causa de diversos factores; en especial, las crecientes dificultades para su fotocopiado pirata en la administración del centro.

A finales del 90 refundamos la revista, pero en el camino se nos quedaron dos brillantísimos autores de su primera época que por motivos aún desconocidos no han vuelto a ser *contributors* desde entonces (un saludo a Mertxe y Jon.) Para solventar los problemas planteados por don Julián el administrador (un saludo) nos apoyamos en la ayuda al principio informal y posteriormente cada vez más formalizada, de personas de la industria farmacéutica (un saludo a Rafa, a Valentín, a Javi, a María y a Roberto). El *Txori-Herri Medical Journal* ha alcanzado una cierta notoriedad, cuenta con un maquetador-ilustrador (David Carballal, de A Coruña) que es un fenómeno, y después de un tiempo de parón, esperamos edi-

tar un nuevo número en breve. Uno de nuestros sueños es dedicarnos *full-time* a su edición.

También por esa época, Mr A, el más melódico de nosotros, se puso a componer y en un santiamén pudimos reunir material suficiente para elaborar el primer trabajo de los *Beautiful Brains*, que sonaba espantosamente casero. Contábamos con un virtuoso guitarrista, por entonces médico residente, cómo no, en Zamudio, que con el paso del tiempo siguió otros caminos que en último término le llevaron a Catalunya (un saludo, Jaime). En el 93 los “*Beautiful Brains*” dieron un salto cualitativo que les llevó a las actuaciones en directo y debutaron, como no podía ser de otra manera, en Bilbao. Por entonces contábamos con un bajo y un batería semiprofesionales que tapaban nuestras carencias (un saludo a Joselbajo y a Jupe) y con una especie de productor y *vendemos* que compaginaba su trabajo en una empresa farmacéutica con la función de *manager* oficioso del grupo y que consiguió esponsorizar actuaciones y hasta un CD editado en el 95 (un saludo a Javi.) Nos retiramos de la carretera en ese mismo año porque nuestros compañeros semiprofesionales tuvieron que irse a otras provincias, pero en el 98, Mr A no sólo compuso e interpretó, sino que hasta mezcló el segundo CD de los *Beautiful Brains*.

Previamente, a finales del 97, empezamos a editar las *News*. Durante tres años de nuestra singladura hemos contado con la esponsorización de *Lilly* (un saludo), y desde enero navegamos en solitario. Mr A es el gran localizador de noticias, en especial las tecnológicas y de ocio, Mr B, el artista maquetador y Mr C es el que suele escribir las *boutades* (como ésta, sin ir más lejos). Poco a poco el invento ha ido creciendo y ahora mismo más de 1000 direcciones reciben las *News*, por lo que al mismo tiempo nos sentimos orgullosos y cargados de responsabilidad.

Las *News* se complementan con todo el material de la página web, en la que puede accederse a nuestra producción musical y a todo lo que tiene que ver con el *Txori-Herri Medical Journal*: artículos antiguos, *preprints*, etc. También tenemos dos secciones, las *Highlights* y la *Sala de Lectura*, que se nutren en buena parte de

traducciones libres de material que consideramos interesante. Todo ello es trabajado y ordenado por Mr B con singular dedicación y *proficiency*.

Lo que más nos llama la atención es haber sido capaces de elaborar nada menos que 100 editoriales en este tiempo. Hemos hablado de todo: la Farmacología Cosmética, el llamado Affaire Sokal, la posibilidad de que los antidepresivos sean placebos activos, el estigma de la enfermedad mental, el posible origen microbiológico de las enfermedades mentales, los 50 años de ECAs, el adiós al sertindol (que parece que se va a quedar en un hasta luego), la violencia real o supuesta de los enfermos mentales, las andanzas de los psiquiatras, la investigación basura, el conflicto de mires y mestos, la falta de seriedad de los congresos, el apartheid farmacológico, los dudosamente prácticos criterios farmacoeconomicistas de la sanidad española, Gran Hermano, Bilbao, los criterios de atipicidad de conveniencia, el spam publicitario farmacológico disfrazado de divulgación científica, el affaire del niño de El Royo, las demandas a los ISRS, la tenacidad de los psiquiatras, el espacio virtual sociosanitario, el once de setiembre, la publicidad negativa en farmacología, el quebrantamiento de límites entre psiquiatras y pacientes... y muchos otros temas más, incluso de nuestra muerte. También hemos dado nuestro punto de vista en lo que nos toca más de cerca, como la penosa situación política del País de los Baskos, bien en editoriales, o en nuestra sección interactiva.

En todo este discurrir hemos asistido al auge y caída de la red como vía libre (en todos los sentidos) de comunicación. Hemos conocido "*Napster*", "*Gnutella*", hemos visto versiones *fulltext* gratuitas de revistas que aparecen y desaparecen en la red. Hemos asistido a la aparición de otros boletines con un esquema parecido al del nuestro y a la utilización de la red como medio idóneo para la celebración de reuniones y actos profesionales. Por cierto, saludamos desde aquí al *3er Congreso Virtual de Psiquiatría*, que se celebrará del 1 al 28 de este mes de febrero. Nos queda por conocer si se inventará en breve el pichigüili virtual o el telepichigüili, para

terminar de dar cuerpo a estos eventos. Hemos saludado alborozados lo que la red tiene de creativo, nos hemos preocupado por la avalancha de información no siempre contrastada que supone y hemos lamentado la progresiva restricción y censura de sus contenidos, cuyo máximo exponente seguramente está aún por conocer tras la paranoia que el 11 de setiembre ha infundido en los lugares e instituciones que de hecho y de derecho dirigen este mundo.

En nuestro caminar nos ha estimulado y nos estimula la interacción con nuestros suscriptores, que incluso nos aportáis con frecuencia material de gran valor para las News. Para este número, por ejemplo, Imanol Querejeta nos recuerda el *Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español (SITTE)*, ubicado en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, donde facilitan información *Telefónica* muy completa y actualizada y suministran además documentación escrita. El servicio, gratuito, está dirigido por la Dra ML Martínez-Frías y su coordinadora es la Dra E Rodríguez Pinilla. El teléfono de contacto es 91-3941594. Aunque lo citamos en las *News* 24, debíamos haberlo recordado posteriormente. Jorge Bernstein, por su parte, nos informa de la retirada del droperidol en los EEUU (*Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 9(4), 2001), relacionada, al menos en parte, con la cuestión del alargamiento del intervalo QT, al que en lo que tiene que ver con la tioridazina ya nos hemos referido en otras ocasiones.

También nos halaga ver que cuestiones que han merecido nuestra atención aparecen en la prensa o en las revistas sanitarias. Por ejemplo, hemos sabido que en Japón se va a cambiar el nombre autóctono de la esquizofrenia (*seishin bunretsu byo*, traducción literal del término acuñado por Bleuler) por *togo siccho sho* (o trastorno por pérdida de coordinación.) Esto se hace con ánimo de reducir el estigma que sufren los enfermos y nos conduce a un editorial (*“Lo que dan de sí los nombres”*) que dedicamos al aspecto más semántico de la lucha contra el estigma. También nos ha llamado la atención que se haya descubierto que en el trastorno afectivo estacional hay una discrasia (en el sentido más hipocrático del término) de manera que hay niveles matinales bajos de bilirrubina,

lo que nos evoca los trabajos de Bannapple y Moonshadow en el *Txori-Herri Medical Journal* sobre Psiquiatría Neohipocrática.

En fin, que estamos muy contentos de haber llegado al número 100, encantados de habernos conocido a nosotros mismos (en reflexivo y en recíproco), muy agradecidos a todos los que a uno u otro lado de la mesa nos han enseñado en nuestro devenir vital, y muy reconocidos a nuestros suscriptores. Y si con 100 números nos damos este autobombo, preparaos para el editorial del número 200, o del 500 o, si las fuerzas nos acompañan, el 1000.

(Nº 100, 4 de Febrero de 2002)

Maldito Karaoke

Un boletín como este, siempre al pie de la actualidad, no puede dejar de abordar lo que se ha convertido en un fenómeno de masas sin precedentes, y el tema de sesudas tertulias y artículos de opinión de mayor enjundia de los últimos meses. Estoy hablando, claro está, de “*Operación Triunfo*”. Y que nos disculpen nuestros suscriptores de allende nuestras fronteras si no saben bien de qué hablamos.

El caso es que incluso entre nosotros, el equipo editorial de este boletín, hay opiniones encontradas sobre el tema, pero en mi caso, y a riesgo de parecer pedante he de decir que odio “*Operación Triunfo*” con toda mi alma, y voy a dedicar este editorial a despotricar del programa.

Para empezar la identificación de música y juventud que transmite el programa me parece apestosa y totalmente alejada de la realidad. He de aclarar que en mi caso, cuando hablo de música me refiero fundamentalmente a la que englobamos, de forma genérica, como rock, y que la música clásica no consigue en general evocar en mí las mismas sensaciones, nostalgias, alegrías, entusiasmos y placeres. Y es que la música es probablemente el invento humano más placentero y evocador que existe. La capacidad de la música para entusiasmar, hacer brincar, entristecer, evocar nostálgicamente, acompañar recuerdos, es incomparable. Y la música rock ha sido

tradicionalmente también una señal de identidad de la juventud. El rock, con sus letras más o menos provocadoras, su estruendo, su incorrección política, es y ha sido uno de los últimos bastiones del inconformismo y la creatividad (por muy contaminado que esté por los intereses comerciales). El pelo largo, la ropa escandalosa o estrafalaria, el volumen que molesta a los bienpensantes vecinos, la droga, el sexo, la provocación, es una marca de identidad del rock, aunque sus supervivientes la pierdan en buena medida. *The Who*, probablemente a la mejor banda del rock de la historia, tenía prohibida la entrada en algunos hoteles y ciudades por su afición a destrozar las habitaciones en salvajes fiestas. Y esos mismos salvajes, que tanto escandalizaban a nuestros mayores, eran capaces de crear las más increíbles y bellas canciones, canciones de una fuerza, simpleza y vitalidad que se contagiaba de inmediato.

Y aquí llega “*Operación Triunfo*”, una patética parodia que transmite una serie de valores asociados a la música y a la juventud totalmente manipulados, serviles y *blandiblubs*, perfectamente adecuados para los intereses de la globalización, del lavado de cerebros, del gusto políticamente correcto, y además en absoluto reflejo de la realidad. Ni la música que cantan es la música real que corre por los aparatos de los jóvenes de hoy en día, ni éstos tienen demasiado que ver con esos productos estereotipados televisivos que dan una imagen-modelo idílica, vacua, globalizada en el peor de los sentidos, simplona y pueril, y sin ningún componente especialmente tormentoso, tan propio de la juventud y que tanto inquieta a los “*mayores*” de la sociedad. Jóvenes con una juventud desprovista de cualquier ápice de contestación, con una *modernéz* totalmente convencional, con aspiraciones a cantar en *Eurovisión*, buenas y sanas intenciones, preocupados por la dieta, el bien de la humanidad, el triunfo basado en el esfuerzo personal (triunfo igual a dinero, claro), y cantando como aficionados al karaoke de sábado noche los éxitos comerciales del momento.

Tengo la teoría de que el mayor motivo de que “*Operación Triunfo*” haya sido un éxito tan arrasador, un programa que se ve “*en familia*”, agarrados de las manos y cantando “*A tu lado me*

siento seguro” es eso, que infunde seguridad. Al lado de la imagen de una juventud vaga, peligrosa (melenuda en mis tiempos), contestataria y protestona, implicada en movimientos antiglobalización, aficionada al botellón y a algún porro de vez en cuando, descreída y crítica con la sociedad que sus mayores ha montado, y que atruena en su habitación con música de “*Reincidentes*” o cualquier otra banda políticamente incorrecta, la imagen de esos pimpollos preocupados por adelgazar y ser buenas personas mientras juegan al karaoke con canciones de Whitney Houston que perfectamente podrían sonar en la cafetería de la residencia de mi abuela sin sobresaltar a ningún cliente resulta seguro mucho más tranquilizadora para los millones de padres maduros aterrorizados ante la perspectiva de una adolescencia tormentosa de sus hijos.

En mi infancia (en los años 60) existían unos tebeos (cómic hoy en día) que se llamaban “*Vidas Ejemplares*”, y que en dicho formato contaban la vida de algún santo o santa que se dejaba torturar por el infiel de turno antes que decir un taco o perder la virginidad. Cómo odiaba esos tebeos, que bienintencionadamente nos regalaban a ver si con el ejemplo no torcíamos nuestra vida. Pues “*Operación Triunfo*” es a la música y a la juventud lo que “*Vidas Ejemplares*” era a los tebeos. Y es que al parecer una de las pretendidas virtudes del programa es servir de ejemplo para que los jóvenes se conciencien y adquieran los valores que incluso el PP no ha dudado en atribuirse como propios.

El invento no es desde luego nuevo, aunque sí es nuevo su éxito arrasador. Recuerdo un programa de televisión que daban los sábados o domingos a la mañana, que se llamaba algo así como “*Gente Joven*” y en la que aparecían aspirantes a futuras estrellas de la canción. Tenía diversos apartados, que incluían música y danzas regionales, canción lírica, y el de música ligera, precioso eufemismo para denominar la también llamada música moderna, espantosa caricatura del rock, y donde el personal emulaba a José Vélez, Jaime Morey y fenómenos por el estilo. Y más cercanos están los programas del Bertín Osborne, donde niños y adultos prodigio imitaban, a veces ventajosamente, a ídolos de la canción.

El colmo de los colmos es que para nuestros nuevos ídolos del momento el premio parece ser representar a España en Eurovisión, que como todo el mundo sabe es el acontecimiento musical más importante del año. El asunto también parece tranquilizador para las compañías discográficas, que afean la conducta de los díscolos jóvenes que no pasan por el aro de pagar a meros intermediarios 3.000 pelás (o 18 euros) por un disco y se dedican a bajarse las canciones de Internet y plancharlas en sus grabadoras sin ninguna consideración. “Operación Triunfo” ha devuelto al redil a los consumidores, que han pasado por caja a comprar discos que no dejan de ser versiones baratas de canciones conocidas, a precio reducido, con pingües beneficios para los de siempre.

Prefiero a una juventud menos almibarada, convencional y domesticada, la que oye música insoportable para cualquier persona de más de treinta años, la que es crítica, la que se equivoca, la que roza a veces el lado salvaje, la que se compromete, la que hace todo lo posible por no pagar a los que siempre se llenan los bolsillos, los que se ríen de lo convencional y de los casposos sempiternos valores de sus mayores, y los que se emocionan ante el verdadero rock, el que siempre ha sido cosa de malos chicos de aquellos que uno no quisiera que se acercaran a su hija. Y para contrarrestar la vomitiva imagen de esa pandilla de vicetiples de discoteca, qué mejor que la imagen de la portada del disco “London Calling” de los *Clash*, elegida mejor portada del rock de todos los tiempos, y que en sí misma resume todo lo que representa de verdad el rock y la música para los jóvenes.

(Nº 101, 18 de febrero de 2002)

Clozapina y Miocarditis

Hace sólo unos pocos días, la FDA y Novartis han modificado el prospecto de la Clozapina (*Clozaril* en USA) reforzando la sección de “Advertencias” con una sección dedicada a la Miocarditis, así como destacando el riesgo de Miocarditis en las “Advertencias Especiales” que aparecen al principio del prospecto en forma de

recuadro situándola en tercer lugar por detrás del riesgo de agranulocitosis y de convulsiones. Han dirigido asimismo una carta a la comunidad médica avisando de los cambios, con los siguientes datos: "Los estudios de post-comercialización de 4 países que realizan monitorización hematológica de los pacientes tratados con Clozapina han revelado: 30 informes de miocarditis con 17 fallecimientos entre 205.493 pacientes estadounidenses (Agosto 2001); 7 informes de miocarditis con un fallecimiento entre 15.600 pacientes canadienses (Agosto 2001); 30 informes de miocarditis con 8 fallecimientos entre 24.108 pacientes británicos (Agosto 2001); 15 casos de miocarditis con 5 fallecimientos entre 8.000 pacientes australianos (Marzo 1999) (Estos pacientes están descritos uno por uno en el trabajo del *Lancet* mencionado más abajo). Estos informes suponen una incidencia de 5.0, 16.3, 43.2 y 96.6 casos por 100.000 pacientes-año, respectivamente. El número de fallecimientos representa una incidencia de 2.8, 2.3, 11.5 y 32.2 casos por 100.000 pacientes-año, respectivamente. La posibilidad de miocarditis debería considerarse en pacientes en tratamiento con clozapina que presenten fatiga inexplicada, disnea, taquipnea, fiebre, dolor torácico, palpitaciones, otros signos o síntomas de fallo cardíaco o hallazgos electrocardiográficos como anormalidades de la onda ST-T o arritmias. No se sabe si la eosinofilia es un predictor fiable de miocarditis. La taquicardia, que se ha asociado al tratamiento con clozapina, es también un signo presente en la miocarditis. Por lo tanto, la presencia de taquicardia durante el primer mes de tratamiento merece una monitorización estrecha de otros signos de miocarditis. Ante la sospecha de miocarditis debe retirarse rápidamente la clozapina. No se debe volver a administrar clozapina a los pacientes que han sufrido miocarditis". Tras animar a que se informe de los efectos secundarios concluye diciendo: "tanto los pacientes actualmente en tratamiento como los futuros pacientes deberían ser informados completamente de todo lo anterior".

En el prospecto eeuuense revisado se dice en el recuadro inicial: "El análisis de las bases de datos de seguridad post-comer-

cialización sugieren que la clozapina se asocia a un riesgo de miocarditis fatal especialmente, pero no limitada a, el primer mes de tratamiento. En los pacientes en que se sospeche miocarditis el tratamiento debe ser rápidamente suspendido”.

En la sección principal de “Advertencias” del prospecto se repite lo que hemos comentado en la carta anterior añadiéndose este párrafo: “*La tasa de incidencia global de miocarditis en pacientes esquizofrénicos tratados con antipsicóticos es desconocida. Sin embargo, para las economías de mercado establecidas (datos de la OMS) la incidencia de miocarditis es de 0.3 casos por 100.000 pacientes-año. Por lo tanto, la tasa de miocarditis en pacientes tratados con Clozapina parece ser 17-332 veces mayor que la de la población general y se asocia con un riesgo aumentado de miocarditis fatal que es 14-161 veces mayor que el de la población general. El número total de casos de miocarditis en los 4 países mencionados fue de 82 de los cuales 51 (el 62%), ocurrieron dentro del primer mes, 25 (31%) ocurrieron después del primer mes y en 6 (7%) se desconoce el momento de su aparición. La duración media del tratamiento fue 3 semanas. De 5 pacientes a los que se les readministró Clozapina, 3 tuvieron una recurrencia de la Miocarditis. De los 82 casos, 31 (38%) resultaron fatales y 25 de los fallecidos presentaban evidencia de miocarditis en la autopsia. Estos datos sugieren también que la incidencia de miocarditis fatal es más alta durante el primer mes de tratamiento”.*

El riesgo de aparición de Miocarditis ya se conocía previamente y nosotros tuvimos noticia de él por primera vez a raíz de la publicación en el *Lancet* de 27 de Noviembre de 1999 de un trabajo que recogía de forma muy detallada todos y cada uno de los casos aparecidos en Australia, de lo que dimos cuenta en las *THM-news* nº 49. La información que ahora aparece es más completa, ya que se refiere a los datos recogidos en otros países, con incidencias no tan alarmantes como la de Australia, pero no por ello menos preocupantes. De hecho, meses antes de las medidas emprendidas por la FDA y Novartis ya se produjeron modificacio-

nes en la ficha técnica del *Leponex* en toda Europa, tal vez insuficientemente publicitadas:

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo (...) Sistema Cardiovascular: (...) En raras ocasiones puede aparecer miocarditis, siendo el periodo de mayor riesgo el primer mes de tratamiento. Por tanto, los pacientes deben ser estrechamente vigilados durante este periodo y debe interrumpirse el tratamiento si aparecen síntomas o signos sugestivos de miocarditis"

4.8 Reacciones adversas. Sistema Cardiovascular: (...) La frecuencia estimada de aparición de miocarditis es del 0.1% y alguno de los casos ocurridos han sido fatales. No se ha establecido relación con la dosis. La miocarditis puede ser difícil de diagnosticar y sus manifestaciones pueden consistir en síntomas inespecíficos (similares a la gripe) o fallo cardiaco, taquicardia, disnea, arritmia, síntomas de infarto de miocardio o pericarditis. Se pueden detectar aumento en los niveles de CPK y cambios en el ECG y algunos pacientes presentaron eosinofilia"

Por otro lado, no debemos olvidar la existencia de otros efectos secundarios cardiovasculares de la Clozapina como la Miocardiopatía dilatada de aparición más tardía (comunicada también en el trabajo del *Lancet*), la hipotensión ortostática, el tromboembolismo venoso, la pericarditis o casos de muerte súbita, de origen no del todo esclarecido. La miocardiopatía suele aparecer a partir de los dos años. En estos casos, los signos de insuficiencia cardíaca en un paciente tratado con *Leponex* deberían tomarse en consideración. Esta patología no es tan grave como la miocarditis eosinofílica, pero teniendo en cuenta que muchos de los pacientes que toman *Leponex* son hipertensos e/o hiperglucémicos (a veces desde que empezaron con el producto) e/o hipercolesterolémicos (ídem) y todos o casi todos fumadores, se junta un buen número de factores de riesgo a tener muy en cuenta. Este problema, probablemente, puede ser detectable y controlable si se atiende debidamente a la sintomatología, y muchas veces lo peor que puede pasar (que no es poco) es que haya que quitar la clozapina a un paciente al que le venía muy bien. Con respecto al tromboembo-

lismo, no deja de ser trascendente que muchos antipsicóticos se asocian a esta complicación, potencialmente fatal, y que es mucho más notable aún si tenemos en cuenta que se ha comunicado recientemente que la trombosis y el tromboembolismo se asocian al uso de sujeción mecánica, a su vez a menudo combinada con tratamiento neuroléptico en la práctica psiquiátrica.

Centrándonos de nuevo en la Miocarditis, y ante la gravedad potencial del problema, una buena práctica clínica debería incluir la alerta ante dolor torácico, signos de insuficiencia cardiaca o malestar. Asimismo, probablemente habría que considerar la realización de un EKG basal, así como al mes y a los dos meses de tratamiento, y la monitorización durante el periodo de riesgo de la TA y el ritmo cardiaco. Una medida relativamente sencilla, al ser un producto con analíticas semanales, podría ser la determinación de CPK junto con la monitorización hematológica. Por otra parte, tratándose de un problema de aparición temprana, el ritmo de extracción semanal de los primeros momentos de tratamiento cubre holgadamente lo que hasta el momento parece ser el periodo de aparición del mismo (insistimos que son los dos primeros meses de tratamiento). En relación con la miocardiopatía dilatada, tardía, debería prestarse siempre atención a los signos y síntomas evocadores de patología cardiaca en todos los pacientes en tratamiento con clozapina y valorar la realización periódica de EKGs.

Pero más allá de estas consideraciones prácticas querríamos expresar en voz alta algunas de las reflexiones que nos suscita todo este asunto. En primer lugar, creemos que hay que detenerse en la clozapina. Hasta donde llega nuestra información, sigue siendo el único psicofármaco que ha demostrado ser superior a los demás de su clase, a pesar de ser una antigualla. Es precisamente esta superioridad lo que le ha mantenido en el mercado y en uso no precisamente testimonial a pesar de su incomodidad y dificultad de uso. Nos encontramos, pues, ante un caso excepcional, máxime en los tiempos que corren, en los que lo último que hacemos los médicos es complicarnos la vida, y en los que como todos sabemos efectos secundarios potenciales mucho más leves han

condicionado la desaparición de otros fármacos o su arrinconamiento. Es también peculiar que la clozapina, que es el atípico entre los atípicos, tenga sin embargo un precio mucho más cercano a los de los típicos. Indudablemente esto representa una amenaza para los laboratorios que comercializan atípicos, y ciertamente, si se demostrara (y parece bastante plausible) que el riesgo de agranulocitosis es mucho menor que lo inicialmente se pensaba, y muy próximo al que tienen otros fármacos para los que no hacemos ni es obligatorio control alguno, y se flexibilizara o anulara el programa de farmacovigilancia, la competencia de la clozapina puede echarse a temblar. Por lo tanto, no sería de extrañar que en tales circunstancias hicieran todo lo posible por seguir transmitiendo la imagen de la clozapina como un fármaco peligroso, de última línea de tratamiento, ya que lo que no han podido es demostrar ser más eficaces. En este “escenario” las complicaciones cardíacas del producto podrían dar mucho juego y no sería de extrañar que se aireasen de manera interesada (os remitimos a nuestro editorial de Nº 95, de 15 de Noviembre de 2001, sobre “*Fármacos y Publicidad*”).

En segundo lugar, nos vamos a detener en los psiquiatras. El asunto de las complicaciones cardíacas de la clozapina pone de relieve una cuestión innegable pero de la que no siempre somos conscientes: Los psiquiatras usamos unos fármacos que tienen muchos efectos secundarios y que pueden ser peligrosos para la salud. Durante años nos hemos limitado a monitorizar y a intentar mitigar (no siempre con éxito y en opinión de no pocos usuarios casi nunca con diligencia) un conjunto de efectos secundarios relativamente simple, que abarcaba los síndromes extrapiramidales (combatidos con biperideno, BZD y, si el psiquiatra era audaz, con propanolol) y los efectos anticolinérgicos (que remediábamos con lactulosa, pruína, consejos dietéticos, agua en cantidad abundante, enjuagues con limón y en casos muy concretos de dificultad urinaria, con betanecol). Es cierto, también, que a veces nos hemos acordado de la hipotensión ortostática y que seguramente nuestro consejo a los pacientes para que no se incorporen bruscamente

habrá evitado alguna fractura. Pero nuestro nuevo arsenal terapéutico nos obliga ahora a familiarizarnos con secundarismos a los que no estábamos habituados y que los fabricantes no nos han descrito, probablemente porque han tardado en detectarlos en su afán, primero, y en su satisfacción, después, por desarrollar fármacos sin los efectos secundarios de los psicofármacos clásicos. De esta manera, y a estas alturas, resulta que tenemos que ponernos a pensar en términos de síndromes serotoninérgicos, diabetes, arritmias, litiasis, cataratas, hiponatremia y lo que hoy por hoy son para nosotros *un montón de cosas raras por el estilo*. No deja de ser paradójico que sean nuestros medicamentos los que tengan que recordarnos que además de especialistas en la psique o en el alma los psiquiatras somos además médicos y debemos refrescar un poco nuestros conocimientos de Medicina, al menos en las áreas en las que nuestros remedios causan problemas.

En tercer lugar, nos merece también un comentario la tardanza en detectar algunos efectos secundarios graves. La clozapina es cardiopélica, pero sin duda lo ha sido antes de que nos percatáramos de ello, y con toda seguridad ha habido pacientes que han fallecido a causa de miocarditis antes de que nos lo contaran los australianos. Sabemos, además, que la clozapina (y al menos también los neurolepticos clásicos) pueden producir trombosis venosa profunda, pero nos hemos percatado de ello casi en el cincuentenario de la clorpromazina. No cabe duda de que habrán muerto pacientes por tromboembolismo pulmonar iatrógeno sin que hayamos sido capaces de establecer el vínculo causal con nuestros medicamentos (y nuestros procedimientos de contención). ¿Cómo ha podido darse tamaña ceguera? ¿Somos acaso unos desalmados, unos negligentes? Tal vez sea que tanto centrarnos en el alma de los pacientes hemos terminado por negar la existencia de su cuerpo.

Y para terminar, algo a medio camino entre la llamada de atención y la vergüenza torera de nuestra profesión. Esperamos que la alarma y la incomodidad que pueda representar vigilar clínica o analíticamente sus secundarismos cardiacos no se traduzca en que no se prescriba clozapina, por miedo o

comodidad, a pacientes que se podrían beneficiar de ella. Como prescriptores tenemos la responsabilidad profesional y moral de que por muy engorroso o problemático que nos pueda resultar supervisar los efectos secundarios de un fármaco no acabemos privando a nuestros pacientes de su acción beneficiosa.

(Nº 102, 4 de marzo de 2002)

Marmitako para la Depresión

El cineasta bilbaíno Alex de la Iglesia viene rodando en Almería desde hace tiempo su nueva película, “800 balas”, a la que parodiando a los *spaghetti western* de los 60 y 70, ha llamado “*Marmitako western*”, para destacar, suponemos, el origen de su director. Es posible que gracias a esta *ocurrencia*, el Marmitako, guiso de pescadores con patata y bonito, adquiera la suficiente notoriedad como para que la audaz propuesta que vamos a presentaros resuene más intensamente en los cerebros y en la conciencia profesional de los clínicos del mundo entero y mundial.

Todo surge porque dentro de lo que Joffe llama la creciente sofisticación de las pautas de tratamiento en los trastornos afectivos no nos queda más remedio que admirarnos ante la irrupción en el escenario de los timolépticos y timorreguladores de los ácidos grasos omega-3. Conocidos mundialmente gracias a los anuncios de *margarinas-buenas-para-la-salud*, estos ácidos grasos, abundantes en el pescado, ya han demostrado su efecto beneficioso para prevenir complicaciones cardiovasculares, al tiempo que se ha destacado que el consumo de pescado se asocia a un menor riesgo de complicaciones en el embarazo. Pues bien: además de todas estas virtudes están empezando a ser reconocidos como excelentes para el cerebro, el sistema nervioso, la salud mental y todas estas cosas. De hecho, en esta casa, particularmente interesada en estos asuntos de la mente, venimos siguiéndoles la pista hace tiempo. Así, nos hemos hecho eco de las opiniones del profesor Michael Crawford, director del *Institute of Brain Chemistry and Human Nutrition* en la North London University, que vincula

el incremento de enfermedades psiquiátricas con el descenso en la ingesta de pescado por parte de las personas jóvenes; al disminuir la ingesta de pescado se ingieren menos *omega-3*. También os hemos contado que parece que los grandes consumidores de pescado tienen un menor riesgo de depresión, si nos atenemos a un estudio realizado en Finlandia y publicado en *Psychiatric Services*. Hace escasos meses os mencionamos un caso de un paciente con depresión mayor de pésima evolución que mejoró dramáticamente al asociar eicosanopentanoico a su tratamiento con paroxetina. Y allá por 1999 os contamos un estudio publicado nada menos que en los *Archives of General Psychiatry* en el que se encontró una prolongación del periodo libre de episodios en pacientes bipolares al añadir a su tratamiento ácidos grasos *omega-3*. La base del estudio es que estos ácidos grasos pueden inhibir las vías de transducción de señal neuronales de la misma manera que lo hacen el valproico o el litio, de donde se podría deducir que tienen también una acción timorreguladora en el caso de que la acción terapéutica de estos últimos tuviera algo que ver con este mecanismo. Todos los pacientes siguieron tomando su timorregulador habitual y en el grupo de tratamiento se añadieron 9.6 g/d de ácidos grasos *omega-3*, mientras que en el grupo control se utilizó como placebo aceite de oliva.

Por si toda esta *wealth of evidence* fuera insuficiente, en el *American Journal of Psychiatry* de marzo se ha publicado un artículo que describe una experiencia en la que se añaden ácidos grasos *omega-3* al tratamiento antidepresivo previo de pacientes con depresión unipolar. Para la tercera semana los autores aprecian una clara mejoría en relación con el grupo control, que recibió placebo. Los investigadores se apuntan también a la explicación del efecto timoléptico de los *omega-3* a través de una acción sobre los sistemas de segundos mensajeros.

A este hallazgo se le pueden plantear objeciones metodológicas: la *n* es pequeña (20 probandos) y, como nos hace notar Ibrahim Al'Magia, nuestro metodólogo de guardia, hay diferencias importantes en las medias de edad y sexo de los dos grupos del

estudio, no se da información detallada sobre los tratamientos antidepresivos de cada rama y no se presentan hipótesis de salida ni cálculo de la muestra previo a iniciar el estudio, pero a mentes innovadoras, despiertas y orientadas al avance de la Ciencia y de la Humanidad en general, como las nuestras, nos sugiere una original y creativa manera de tratar los cada vez más frecuentes trastornos afectivos: tratémoslos y prevengámoslos a través de una alimentación rica en ácidos grasos omega-3 y, como nos tira nuestro terruño, extendamos el uso del marmitako por todo el orbe.

Explicaremos sucintamente nuestra propuesta: el bonito es una excelente fuente de ácidos grasos omega-3 y la patata contiene carbohidratos que mejoran la transmisión serotoninérgica. Por otra parte, juntos están muy ricos (en la costa de Bizkaia, sin ir más lejos, lo ponen de muerte, y seguramente los pescadores y las *etxeoandres* del lugar podrían exportar sin complicaciones su tecnología y su *know-how* a todo el globo); y esta exquisitez gastronómica y gustativa favorecerá sin duda el cumplimiento de los tratamientos con marmitako. Eso sí: el bonito a utilizar en la preparación del psicomarmitako deberá tener *label* del Cantábrico. De esta manera se dinamiza el sector pesquero basko y se fomentan las señas de identidad cultural del país.

Nuestra propuesta tiene además ventajas añadidas:

1.- A nivel de Salud Pública: como quien no quiere la cosa y de manera colateral contribuimos a la lucha contra las enfermedades cardiovasculares. ¿Serán los omega-3 el eslabón perdido que expliquen la concomitancia de la depresión y la patología cardíaca?

2.- Ecológicas: al ser bonito pescado con artes tradicionales evitamos las perversas volantas que se llevan por delante a delfines, tortugas, marrajos y todo lo que pillan.

3.- Rehabilitadoras y psicosociológicas: fomentamos la actividad del enfermo, rescatándole de la apatía y el apragmatismo depresivo y poniéndole ya bien enfilado en la recta de la recuperación.

4.- Farmacoeconómicas: El marmitako es más barato que los nuevos antidepresivos, y si no lo es, al menos cubre necesidades

nutricionales que no atienden los fármacos por mucho que hagan engordar. Por lo tanto, si utilizamos un alimento como psicofármaco, atendemos dos necesidades vitales (nutrición y salud mental) con un solo gasto. Por otro lado, no parece creíble que el marmitako llegue nunca a entrar en el catálogo de fármacos cubiertos por la Seguridad Social, con lo que el ahorro neto para las depauperadas arcas del Estado es muy notorio.

5.- Avance de la Ciencia: El uso del marmitako, sin duda, hará que la industria diseñe, financie, implemente y publique ensayos clínicos de sus productos para demostrar que curan mejor que el marmitako, o para encontrar efectos secundarios inesperados de nuestro entrañable guiso marinero. Surgirá así la publicidad negativa, y se nos alertará a consumidores y prescripciones sobre los riesgos sanitarios de la patata (hiperglucemia, ganancia de peso, uso de pesticidas o de patatas genéticamente modificadas) o del bonito (virus del pescado, enfermedades priónicas potencialmente transmisibles, como la enfermedad del atún loco, toxicidad derivada de la contaminación marina) frente a las garantías sanitarias de los ISRS, los ISRN, los IRSN, los NASSA y demás siglas.

Gracias, pues, a la humilde dieta del *arrantzale*, se abren ante la humanidad grandiosos caminos de progreso. No os extrañéis si después de esto nos veis en la *pole position* del Nobel de Medicina.

(N^o 103, 19 de Marzo de 2002)

- Joffe RT. Increasing sophistication of the pharmacotherapy of mood disorders. *J Psychiatry Neurosci* 2002; 27: 89.
- Nemets B, Stahl Z, Belmaker RH. Addition of omega-3 fatty acid to maintenance medication treatment for recurrent unipolar depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159:477-9
- Puri BK, Counsell SJ, Richardson AJ, Horrobin DF. Eicosapentaenoic acid in treatment-resistant depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59: 91-2.
- Stoll AL, Severus WE, Freeman MP, et al. Omega 3 fatty acids in bipolar disorder: a preliminary double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 407-2
- Tanskanen A, Hibbeln JR, Tuomilehto J, et al. Fish consumption and depressive symptoms in the general population in finland. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 529-1

Recetas de Psicólogo

Al parecer, y si nos fijamos de lo sucedido en New Mexico, en algunos lugares los psicólogos están comenzando a ganar la batalla para obtener el permiso para realizar ciertas prescripciones psicofarmacológicas. Quizás sea una explicación simplista, pero dichas aspiraciones parecen muy relacionadas con los cambios sociales que han dejado de considerar a los psicofármacos como drogas peligrosas (*doctor, a mi trátame sin medicación, o lo mío es de psicólogo*) y los han convertido en objetos de consumo (*déme eso para dormir, para adelgazar, para que no me de la depre, para ser menos tímido...*). Parece también como si este cambio social que ha llevado a que se venda a los clientes mucho mejor una píldora que los tratamientos basados en la palabra, en el tiempo y en el esfuerzo, está obligando a reciclarse a los psicólogos y en esta demanda de capacidad de prescripción detectamos algo así como un tufillo a claudicación o un sentimiento de derrota. En esa estéril y sempiterna batalla entre la píldora y la palabra, parece que la píldora va ganando por goleada y la petición de los propios psicólogos parece corroborarlo.

Hemos abundado ya en estas consideraciones según vamos asistiendo a la implantación de los medicamentos como productos de consumo a los que se les exige absoluta inocuidad, a la par que cultivamos una cultura de los resultados fáciles sin esfuerzo. El *marketing* de los antidepresivos (más bien el *marketing* de la serotonina al que ya aludía nuestro admirado Healy hace 10 años en un artículo del *British Journal of Psychiatry*), se ha encargado de transmitir una imagen de tales fármacos de *purgadebenito* y de absoluta inocuidad, en el probable empeño de terminar vendiéndolos en los supermercados. Pero las cosas son un poquillo más complicadas. Ya advertíamos en nuestro editorial del número 102 de estas *news* de la aparición de efectos adversos de los psicofármacos poco sospechados y complejos en su manejo médico, aludiendo en este caso a la Clozapina y a los antipsicóticos de nueva generación. Pero parece que lo mismo se puede aplicar a los ISRS.

En las pasadas *news* nos hacíamos eco de algunos preocupantes efectos secundarios atribuidos a los ISRS, incluyendo riesgo cerebrovascular, efectos neuropsiquiátricos (acatisia, riesgo de suicidio), síntomas de privación (o como está más de moda llamarlo, de discontinuación), e hiponatremia. Pues bien, siguen apareciendo cosas en las publicaciones, que aunque con las lógicas reservas y precauciones, obligan a estar atentos. Por ejemplo, y abundando en este último efecto secundario, el *International Journal of Geriatric Psychiatry* publica un estudio retrospectivo sobre la relación entre hiponatremia y el uso de ISRS y Venlafaxina en ancianos (Kirby D, Harrigan S, Ames D. *Hyponatraemia in elderly psychiatric patients treated with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and venlafaxine: a retrospective controlled study in an inpatient unit. Int J Geriatr Geriatric Psychiatry* 2002; 17: 231-7). El estudio concluye que existe una fuerte asociación entre el uso de ISRS y venlafaxina en ancianos y el riesgo de desarrollar hiponatremia, y recomiendan controlar los niveles de sodio. Por otro lado se ha filtrado a la prensa dirigida al público general (de forma un pelo irresponsable) una noticia que afirma que el uso ISRS puede dar lugar a tumores cerebrales, sobre la base de un hipotético efecto inhibitorio de los mecanismos de defensa celulares frente al desarrollo de células tumorales. La noticia se refiere a un técnico artículo de investigación publicado por unos inmunólogos en el número de abril de la revista *Blood* (una de las principales revistas de hematología) (Serafeim A, Grafton G, Chamba A et al. *5-Hydroxytryptamine drives apoptosis in biopsylke Burkitt lymphoma cells: reversal by selective serotonin reuptake inhibitors. Blood* 2002; 99: 2545-53).

Ni qué decir tiene que la alarma que esto puede desencadenar entre la población general, a la que previamente se le ha convencido de que tomar un ISRS no es diferente ni de mayor riesgo que hacerse una tila o usar un antiácido, es enorme, más allá de que no exista, que sepamos, estudio epidemiológico alguno que relacione el uso de tales antidepresivos con un incremento en dicho riesgo. De todos modos, está claro que hasta los psicofármacos

supuestamente más inocuos deberían usarse con precauciones, algo que deberían tener en cuenta los psicólogos que deseen utilizarlos... y los psiquiatras presuntamente duchos en prescribirlos.

Está por ver si lo sucedido en New Mexico despierta reivindicaciones “*recetistas*” en los psicólogos europeos. Nosotros pensamos que es difícil que esto ocurra, por motivos diversos, entre los cuales figuran las notables diferencias en los planes de estudios y filosofía de las profesiones a uno y otro lado del Atlántico. Pero por si desde las filas de la Psiquiatría alguien tiene la tentación de poner sus barbas a remojar invocando que recetar es una potestad para la cual es necesario tener unos conocimientos médicos de los que no dispone el psicólogo, creemos que no estaría de más que comenzara por preguntarse si realmente los psiquiatras estamos capacitados no ya para abordar sino meramente para situarnos en lo que tiene que ver con la salud física y los padecimientos somáticos de nuestros pacientes. Y desde luego, sería también conveniente empezar a preguntarnos si la mayoría de los psiquiatras tenemos la capacitación mínima para emplear técnicas psicoterápicas, cuyo mal uso tampoco carece de efectos adversos, como mínimo la ineficacia de la aplicación anecdótica y no sistematizada de intervenciones psicológicas de gran eficacia si se aplican con rigor.

Sea como fuere, a nuestro juicio, los psicólogos no necesitan recetar para afianzar su práctica profesional. Quizás debieran sin embargo defender con mayor ahínco el uso de técnicas psicológicas y psicoterápicas tanto en trastornos leves-moderados (como el tratamiento cognitivo de la depresión, los abordajes cognitivo-conductuales de la angustia, las fobias o los trastornos obsesivo-compulsivos) como graves (entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva o tratamiento cognitivo de síntomas en la esquizofrenia), cuya eficacia está ampliamente demostrada. Desgraciadamente cada vez más su uso queda eclipsado por el predominio de los abordajes exclusivamente farmacológicos, ni tan eficaces, ni tan inocuos como los intereses del mercado nos quieren hacer creer.

La no-enfermedad y los límites de la Medicina

El último número del *British Medical Journal* (cuando seamos mayores queremos ser como ellos) no tiene desperdicio. Aunque vamos a señalar explícitamente algunos *links* a determinados artículos, os recomendamos examinar el número completo (<http://bmj.bmjournals.com/content/vol324/issue7342/>) porque si señaláramos todo lo que tiene de interesante llenaríamos este Editorial de enlaces. La guinda del mismo es una encuesta y una votación entre los lectores de la revista acerca de las condiciones o problemas que no deberían ser considerados enfermedad (<http://bmj.com/cgi/content/full/324/7334/DC1>). El *BMJ* define de forma un tanto confusa la *no-enfermedad* como “*un problema o proceso humano que algunos han definido como un trastorno médico pero que si no se considerara como tal llevaría a un mejor resultado para las personas afectadas*”. En la encuesta han aparecido casi 200 *no-enfermedades* de las que reseñaremos el *top 20*: 1 *Envejecimiento*; 2 *Trabajo*; 3 *Aburrimiento*; 4 *Ojeras*; 5 *Ignorancia*; 6 *Calvicie*; 7 *Pecas*; 8 *Orejas grandes*; 9 *Las canas o el pelo gris*; 10 *Fealdad*; 11 *Embarazo juvenil*; 12 *Alergia al siglo 21*; 13 *Jet lag*; 14 *Infelicidad*; 15 *Celulitis*; 16 *Resaca*; 17 *Ansiedad por el tamaño del pene*; 18 *Embarazo*; 19 *Cabreo al volante*; 20 *Soledad*. En una de las direcciones que figuran al final del Editorial podéis ver la lista completa donde figuran un buen número de trastornos relacionados con nuestra disciplina, muchos de ellos ampliamente cuestionados: la fibromialgia, el *burn-out*, el Síndrome de fatiga crónica, la fobia social, el trastorno por déficit de atención o el síndrome premenstrual, pero también otros más generalmente aceptados: Dependencia alcohólica, Trastorno de Personalidad, Anorexia o la propia Depresión, si bien algunos de ellos con muy pocos votos.

Aunque el montaje de la votación resulte un tanto frívolo y estrafalario, la intención del *BMJ* es llamar la atención sobre lo resbaladizo del concepto de enfermedad (y el de salud) y también sobre la creciente tendencia social a etiquetar todo sufrimiento

humano como enfermedad, la llamada medicalización. Entre otras cosas señala cómo la Industria farmacéutica “promociona” determinadas enfermedades para poder vender más fármacos, cómo la publicidad directa al consumidor aumenta este fenómeno, cómo hemos medicalizado el sexo resultando en la aparición de fármacos y procedimientos quirúrgicos para aumentar el placer sexual, o cómo la genética puede convertirnos a todos en pacientes al hacer de determinados marcadores que quizás no se transformen en síntomas hasta 50 años después en una etiqueta con repercusiones legales en primas de seguros, etc.

Pero vamos a comentar con algo más de detalle un artículo centrado en nuestro campo titulado precisamente “*Los límites de la Psiquiatría*” (<http://BMJ.BMJournals.com/cgi/content/full/324/7342/900>) porque no estamos de acuerdo con algunas de las cosas que en él se comentan. Según el autor, Duncan Double, la culpa de la expansión de la Psiquiatría en las últimas décadas la tiene el enfoque biomédico y su deriva a usar los medicamentos como panacea para la solución de todos los problemas. Sin negar que esto sea cierto, el autor se olvida de que esa expansión de la Psiquiatría es muy anterior y se inició precisamente con el Psicoanálisis que buscó explicaciones no sólo para los trastornos psiquiátricos sino para los problemas sociales y para todos los ámbitos de la experiencia humana y que sentaba en el diván a todo el que se le ponía por delante. La creación de Centros de Salud Mental (que se han llenado de patología menor o de problemas que son sociales o de otra naturaleza relegando en alguna medida a los verdaderos pacientes) fue un planteamiento de la Psiquiatría Comunitaria que no destaca precisamente por su amor a los fármacos. Los *neo-kraepelinianos* que menciona Duncan precisamente pretendían separar lo normal de lo patológico definiendo como ámbito del psiquiatra exclusivamente el de las enfermedades psiquiátricas (aunque luego haya dado lugar al DSM y a todos sus excesos). Si hasta hace poco, en cualquier debate televisivo sobre el amor, la educación de los hijos o lo que fuera aparecía siempre un psiquiatra, no creemos que se

pueda echar la culpa precisamente a los colegas con un enfoque más médico de la profesión.

Pero en esta atribución de culpas de la medicalización, de la que ya hemos mencionado algunos agentes internos (médicos, psiquiatras, laboratorios, etc.) no hay que olvidar tampoco que muchas veces la presión viene desde fuera de la profesión, desde la propia sociedad. Es la sociedad la que obliga a jugar un papel a la Medicina y lo que la Sociedad espera de la Medicina ha ido cambiando. Citemos un ejemplo, aunque tal vez no representativo del todo: la medicalización del paro en personas de edad. En los centros de Salud Mental vemos con relativa frecuencia personas de 50 y tantos años de edad que, después de 20, 30 o más años de trabajo en una empresa, normalmente pequeña, se quedan en la calle con los hijos todavía cursando estudios, etc. Estas personas acaban tomando antidepresivos y solicitando la incapacidad laboral en base a un cuadro depresivo, lo que muchas veces consiguen encontrando así una solución. Es evidente que sufren, que no duermen bien, que están angustiados y que se les ha hundido el mundo bajo los pies así como todas las cosas en las que habían creído durante tantos años. Pero si su empresa hubiera sido una empresa importante y los sindicatos hubieran gestionado unos buenos planes de prejubilación, nada de todo esto habría ocurrido. Lo que queremos decir es que los psiquiatras no hemos ido a captar estos pacientes ni nos hemos inventado el Síndrome de Discontinuación Laboral de la Edad Tardía, sino que han sido ellos los que han venido a nosotros (tal vez por crear Centros de Salud Mental). Una situación fundamentalmente social o laboral al no encontrar otras vías de solución se convierte en médica. Otro ejemplo, con otras connotaciones pero que ilustra el hecho de que a los médicos se nos pidan cosas diferentes según las épocas, es el de los certificados de virginidad para musulmanes.

Una prueba de que tampoco se puede crear algo desde cero es lo que ha ocurrido con la Fobia Social. Los laboratorios han buscado la indicación para esta enfermedad, la han promociona-

do, etc., pero se han dado un sopapo de mucho cuidado porque no existe tal mercado. Se pueden manipular las cosas pero hasta cierto punto (muy alto por otra parte). Si algún laboratorio sacara un medicamento para una *no-enfermedad* como el Síndrome de Discontinuación Laboral de la Edad Tardía y resultara un éxito sería porque existe un cierto mercado. Sin un determinado “caldo social” no se pueden hacer algunas cosas y si estamos medicalizando la sociedad también será porque se deja o incluso nos esta induciendo a ello.

(Nº 105, 195 de abril de 2002)

¿Seguridad en internet?

En las últimas semanas, con regularidad sorprendente, vengo recibiendo mucho *spam* y entre diez y veinte *viruses* diarios. Mis colegas Interneteros tienen cifras de frecuentación spámica y vírica similares. El gran protagonista de esta oleada es el “*Klez.I*”, variante del gusano “*Klez*”. El virus se ha hecho tan ubicuo que se ha informado sobre él hasta en agencias de prensa generalistas. Hace ya bastantes días se aseguraba que el gusano había infectado algo más del 7% de los mensajes de correo, lo que no está nada mal. Los protagonistas de esta oleada son varios. El más obvio, el canallita o canallitas que han diseñado el virus y se lo están pasando bien distribuyéndolo por el ancho mundo. Aunque esta conducta va a ser perseguida cada vez con mayor rigor (hace muy pocos días, David L Smith, el creador, en 1999, de “*Melissa*”, fue condenado a 20 meses de prisión y una multa de 5000\$), no parece que el castigo penal sea por el momento suficientemente disuasorio. Pero hay aún otros elementos. Los usuarios estamos avisados por activa y por pasiva de los riesgos del correo, y todavía cometemos errores de principiante con terribles consecuencias. Existen programas *antis spam* que parecen prometedores, pero en cuanto a los antivirus, hace ya años que están disponibles y no siempre nos los tomamos en serio (hay quien no los tiene o no los actualiza debidamente).

Permitidme que incluya otro elemento, que guarda relación con la seguridad y la privacidad. Todo lo que tenga que ver con la Informática despierta recelos en torno a la privacidad, y la mayor parte de las veces estos recelos están justificados. Hace pocos días IU-EB ha denunciado ante el *Ararteko* (el Defensor del Pueblo aquí, en Euskadi) que las bases de datos que está elaborando *Osakidetza* (Servicio Vasco de Salud) no garantizan la confidencialidad de los historiales clínicos de los ciudadanos vascos. A juicio de este partido, se puede acceder a información personal muy sensible sin que estén implantados todos los protocolos y sistemas de seguridad.

Pero en el ámbito de la red, donde no se ve la cara a la persona física o jurídica que tenemos enfrente, los recelos pueden dispararse y degenerar casi en paranoia. Menciono esto porque la mayor parte de los virus que me llegan lo hacen a través de una determinada cuenta de correo y con remitentes o encabezamientos relacionados con las personas y direcciones con las que me comunicaba cuando esa era mi cuenta principal. No consigo comprender a qué se debe esta circunstancia. ¿Puede ser que los virus hayan invadido algún tipo de memoria del servidor? Otra explicación, más paranoide, pero con un cierto tono cómico, invoca a esos organismos de control del tráfico del correo electrónico, más o menos fantasmagóricos, como "*Echelon*" o "*Linterna Mágica*", pero que parecen reales y que podrían estar detrás de recientes descubrimientos, como las cuentas secretas de algún banco. Me refiero a que tendría gracia que el "*Klez*" haya contaminado "*Echelon*" o "*Linterna Mágica*" y esté utilizando las bases de datos de estos organismos para reproducirse. Sería como de película de los Marx. En cualquier caso, la piedra angular de la inseguridad vuelve a ser la empresa del tío Bill. La comparación con *Linux* empieza a llevarse también al terreno de la seguridad y, sea como fuere, no puede ser que tengamos un programa de correo electrónico que hace cosas como enviar correos que no hemos mandado que envíe, divulgando así los virus a toda nuestra libreta de direcciones. En un artículo de *Libertad Digital* ponen a parir al *Outlook* con mucho fundamento. Porque, claro, mientras haya fallos de con-

cepción como éste, de nada sirve que periódicamente *Microsoft* divulgue sus parches, que tienen a sus programas más remendados que los pantalones de los pobres de los tebeos. En fin, que como no te busques otro programa de correo o no ilumine la sensatez o la decencia a nuestro gran hermano particular, es de imaginar que periódicamente volveremos sobre la cuestión.

(Nº 106, 3 de Mayo de 2002)

Para los Enfermos Mentales, Muerte y Miseria

“*For the Mentally Ill, Death and Misery*”, es el título de un reportaje de investigación periodística que *The New York Times* publicaba el 28 de abril, acerca de la situación de los enfermos mentales graves en la ciudad de Nueva York. 5.000 personas (mayoritariamente pobres, negros e hispanos, además de esquizofrénicos) viviendo en 26 residencias en condiciones que se revelan a menudo lamentables. Residencias privadas, regidas con criterios empresariales, sin personal especializado, donde los pacientes (sí, pacientes, no usuarios ni clientes) languidecen y se deterioran en la misma o mayor medida que cuando vivían en el Hospital Psiquiátrico de Manhattan, con sus 10.000 camas, pero con sus muros protegiéndoles de la comunidad. Víctimas de una mal entendida desinstitucionalización, que considera por principio que cualquier lugar es mejor que un hospital, y que malviven aislados en apartamentos atendidos por personal escaso y sin formación, recibiendo como única atención su puñado diario de pastillas.

“*Reinventado la Rueda*” es, por otra parte, el título de un reciente editorial de *Psychiatric Services*, en alusión a un artículo publicado en el mismo número (*Psychiatr Serv* 53:565-573, May 2002) acerca de los aspectos sociales de la enfermedad mental severa: desempleo, falta de alojamiento, criminalidad y encarcelamientos etc., se presentan en el artículo como consecuencia no tanto de la enfermedad como de la pobreza y marginalidad en que a menudo viven las personas con estas enfermedades. En algún sentido el artículo minimiza el papel de la enfermedad mental

severa (especialmente la no tratada) y enfatiza el componente social, el entorno desfavorecido. Un comentario crítico a dicho artículo aparece también en el mismo número, resaltando el papel de la enfermedad mental no tratada en dichas situaciones sociales y la necesidad de no olvidar que estamos ante patologías severas, y que la falta de tratamiento adecuado de las mismas genera consecuencias muy graves; que no hay que olvidar que dichos problemas sociales son la consecuencia de un problema, no el problema en sí. El editorial hace alusión a que dicha asociación es ya bien conocida, y que precisa acciones concretas, más que nuevas investigaciones.

Pues bien, el actual énfasis en el aspecto social, no solo desde el punto de vista “*clínico*”, sino también desde la financiación y organización de servicios (el famoso espacio sociosanitario) comienza a correr el riesgo de un excesivo peso de lo social y una minimización de lo *bio* y lo *psico*. Muchos pacientes languidecen en unidades psiquiátricas a la espera de recursos sociales (y a menudo les llamamos “*pacientes sociales*”, ¿un escalón aún por debajo de los crónicos?). Pero puede empezar a pasar lo contrario, que los pacientes psiquiátricos graves languidezcan en recursos sociales, sin acceso a recursos psiquiátricos de calidad (siendo los pacientes más graves). El abandono por parte de la Psiquiatría de los pacientes graves y crónicos, que plantean problemas que trascienden la mera administración de medicación parece un riesgo real. Los psiquiatras cada vez dejamos más en la mano de otros colectivos con los que trabajamos diariamente la asistencia directa de dichos pacientes: psicólogos, monitores, asistentes sociales, enfermería, en equipos que llamamos multidisciplinares y que a menudo carecen de más presencia del psiquiatra que la de hacer recetas de vez en cuando. Todos nuestros refuerzos están dirigidos a prescribir fármacos, y las intervenciones psicosociales, complejas, necesitadas de formación, tiempo y recursos, no son muy populares entre los psiquiatras, que raramente reciben regalos, viajes o dinero por utilizarlas en sus pacientes...(o simplemente por escuchar a los representantes de las compañías farmacéuticas,

única fuente de información profesional para algunos colegas...). Y cuando concluimos que un paciente es ya “*residual*”, cuando ha cubierto ese camino de deriva social, pérdida de soporte sociofamiliar, alta dependencia de servicios, falta de medios económicos, alojamiento inadecuado, etc., empezamos a olvidarnos de su componente *bio* y a fijarnos en él como un mero receptor de recursos sociales, minimizando las necesidades de tratamiento psiquiátrico y olvidando que tales consecuencias se han ido produciendo, perpetuando y manteniendo en el contexto de la evolución de una grave enfermedad psiquiátrica, de síntomas positivos y negativos, de una inexorable pérdida de competencia social. Es posible que estemos ante un creciente abandono por parte de la Psiquiatría de este grupo de pacientes, traspasándolos a lo *social*, y minimizando su componente *bio-psico*

Ahora que está de moda lo de usuarios, clientes, etc., para muchos enfermos parecería mejor ser considerados pacientes, término por otra parte digno y no estigmatizante en absoluto, pero que resalta algo fundamental: que son personas enfermas, a menudo muy enfermas, y que entre sus necesidades la primera y más fundamental es la cobertura de la asistencia médica y psiquiátrica. La mejor y más sofisticada asistencia, por parte de los mejores profesionales. Y luego, lo demás.

(Nº 107, 5 de junio de 2002)

Internet no va bien

Los cambios que poco a poco se van sucediendo en Internet la van transformando en algo bien diferente de lo que fue en sus inicios, y cada vez queda menos lugar para la sorpresa o la improvisación. Es difícil hacer predicciones de futuro pero está claro que Internet cada vez resulta menos atractiva. Hace unos años la sensación era que cualquier cosa podía suceder y de que los cambios a los que podía dar lugar eran imprevisibles. Todo estaba por hacer, las novedades se sucedían una tras otra y era bonito ser tes-

tigo de esa evolución. Todo ello en medio de un ambiente de complicidad y camaradería.

La situación actual es poco más o menos la siguiente. Por lo que se refiere al correo electrónico, que es lo que más utilizamos la mayoría, se está volviendo impracticable. Las dos terceras partes de mi correo están compuestas de virus y *spam* hasta el punto de que antes de abrir el programa de correo me veo obligado a utilizar un programa filtro si no quiero que el *Norton* antivirus me esté cantando todo el rato que tengo un virus. Antes de dar nuestra dirección de correo en ningún sitio tenemos que pensarlo seriamente porque, aparte de que las empresas no cumplen con sus propias normas de mantener la privacidad de los datos, existen programas llamados sifones o succionadores que son una especie de buscadores pero de direcciones electrónicas (que se identifican claramente por la @) y que elaboran bases de datos con destino al *spam* (y tal vez a cosas más inconfesables). Si alguien tiene una página personal y pone una dirección de contacto ya sabe a lo que se expone. Solución: abandonar los programas de *Microsoft* y pasarnos a *Linux*, *Mac* o a otros programas como *Netscape* o *Mozilla*. Pero no vamos a ser tan pesimistas. También están las *Netxorradas*, esos videos graciosos que nos enviamos continuamente y esos chistes sobre la guerra entre los hombres y las mujeres que nos hacen esbozar una sonrisa y bromear con nuestros amigos y compañeros de trabajo. A pesar de todos los inconvenientes, está claro que el correo electrónico es un medio de comunicación ya imprescindible en nuestras vidas.

Luego tenemos la Web. Tras la fiebre inicial en la que todo el mundo se hacía una página personal nos encontramos que la mayoría están abandonadas y no se actualizan. La calidad de todas estas páginas es, en general, escasa, aunque hay excepciones. Un fenómeno que ha despertado cierto interés ha sido el de los *weblogs* o *blogs*. Se trata de páginas personales en las que el material está ordenado cronológicamente y el autor ofrece direcciones sobre temas de su interés (cine, música, etc.) que tienen la ventaja de que están ya filtradas, además de datos personales y de otro tipo en

forma casi de diario personal. En castellano se suelen llamar cuadernos de bitácora en referencia a los diarios de navegación antiguos aunque también se les dan otros nombres. Se ha querido ver en este fenómeno una especie de periodismo paralelo o de alternativa a los medios de comunicación tradicionales pero me temo que esto es una exageración y que sitios como blogger.com están ya empezando a cobrar a sus usuarios por ciertos servicios y los demás no tardarán en seguirles. Aparte de fenómenos como éste, la Web está controlada por las grandes corporaciones que buscan el momento de empezar a cobrar por todo. Resultado: que solemos leer la portada de los periódicos, ojear cuatro páginas sobre algún tema de nuestro interés y poco más. Lo de navegar sin rumbo, en busca de lo desconocido y esas cosas ya se acabó.

Pero como tampoco hay que ser muy pesimista, hay que decir que no todo en la Web es aburrido. Está el polémico fenómeno del intercambio de canciones, vídeos y demás que se ha convertido en un fenómeno social. Lo hace la cuñada, el amigo del barrio y hasta la vecina que antes nos pedía perejil en caso de apuro ahora nos dice que tiene un error de *buffer* al copiar con el *Nero 5.5* y que si sabemos a qué será debido...Verdaderamente asombroso. Sobre este asunto ya hemos hablado otras veces y está claro que no nos parece bien que la gente se apropie de lo que no es suyo y del trabajo ajeno pero insistimos en que el espíritu central de Internet es precisamente compartir e intercambiar sin lo cual no tiene ningún sentido. Habrá que buscar una forma de conjuntar ambas cosas.

De lo que se cuece en *chats*, *newsgroups* y en el lado oscuro de la Red poco podemos decir porque somos gente muy formal, pero las pocas veces que he entrado a un *chat* no se decían más que insustancialidades y cuando me he metido sin querer en alguno de esos sitios de dudosa reputación me han empezado a salir pantallas y más pantallas una detrás de otra y he tenido que salir huyendo despavorido.

En resumen, que utilizamos Internet para estar en contacto con los amigos, para realizar algunas gestiones de forma más cómoda (renta, ver notas de exámenes...y otras posibilidades que se irán

ampliando) y poco más. La gran revolución social, educativa, política, etc. que inocentemente esperábamos ni ha llegado ni se atisba en el horizonte. Pero caramba, nada es perfecto y bien mirado igual no está tan mal después de todo.

(Nº 108, 20 de junio de 2002)

Seguridad en el computador personal

Como viene siendo habitual estos últimos años, eso que se ha dado en llamar “Seguridad de Internet” ha vuelto a saltar a las primeras planas de los periódicos, con un nuevo virus amargando la vida de los usuarios. Y mientras escribo esto, dos meses después del “estallido” del tristemente famoso Klez.I, el porcentaje de mensajes infectados se ha estabilizado en un número alarmantemente alto. Está claro que algo no funciona cuando esto es posible. Pero, ¿qué es?

Si hacemos un muestreo entre periódicos, revistas (especializadas o no) y “expertos” en seguridad, veremos que el mayor culpable parece ser el usuario.

El usuario es ese ser ignorante y patoso que espera ansioso a recibir un nuevo virus para ejecutarlo y mandar el regalito a sus familiares, amigos y colegas. El usuario ejecuta lo que no debe, no actualiza el antivirus (¡o no se ha gastado dinero en uno, que es peor!), etc. La conclusión de todo esto es que “Internet no es segura”.

La triste realidad es que todo el cuento del usuario imprudente y el antivirus no es más que una gigantesca cortina de humo, aunque a fuerza de repetirse hasta la saciedad parece ser que la mayor parte de la gente lo acepta a pies juntillas. La misma cortina de humo oculta (con un gran éxito) que aunque los virus son un grave problema, no son sino el síntoma de algo mucho más grave: la alarmante falta de seguridad de los computadores personales en los cuales se trabaja todos los días con información confidencial como historias clínicas.

Es bien cierto que Internet adolece de problemas de seguridad que podrían calificarse como serios. Al diseñar una infraestructura

para ser utilizada por la comunidad académica, se puso por encima de todo la facilidad de cooperación, sacrificando en muchos casos la seguridad. Pero no es menos cierto que el usuario de a pie no ha visto en su vida las consecuencias de estas deficiencias de seguridad. Describirlas requeriría un par de años de este boletín, y probablemente el monotema desanimaría a los lectores. Cuidado, no me refiero a cosas como la facilidad para suplantar al remitente de un mensaje de correo electrónico, sino a problemas mucho más complicados. También las redes telefónicas tienen sus deficiencias, y no conozco a nadie a quien le hayan llamado falsificando un número de teléfono.

El hecho es que el problema más grave no está en la red, sino en el computador del usuario. Siendo más específicos, en los computadores que utilizan el sistema operativo Windows en cualquiera de sus variantes, y/o aplicaciones como Office, Outlook e Internet Explorer, que adolecen de gravísimos problemas de diseño. La difusión de varios virus, como el Klez.I son un excelente ejemplo. No es necesario que el usuario lo “abra”; el propio programa de correo lo ejecuta automáticamente sin intervención del usuario.

¿Es "así" esto de la informática? Lamentablemente, la profesión no goza de muy buena imagen. En este caso, parece que a pesar de los años de vida de la informática, nadie es capaz de conseguir algo que funcione de una forma razonable. Sin embargo, esto no es así ni mucho menos. Tras 50 años de experiencia acumulada en diseño de sistemas operativos y algo más de 20 en seguridad informática, sabemos cómo hacer las cosas mucho mejor. El problema es que el fabricante responsable del software que emplea el 99% de los computadores no se ha molestado nunca en tener esto en cuenta.

La famosa (y espesa) “cortina de humo” vuelve a hacer acto de presencia cuando se habla de las soluciones. ¿Cómo evitar que estas cosas ocurran? La respuesta suele ser casi unánime: desconfié de los mensajes de correo que reciba de personas desconocidas y mantenga su antivirus actualizado.

Esta primera “solución” es, cuanto menos risible, pero esto no es nada si tenemos en cuenta la nueva versión de la frase: “Desconfíe de cualquier mensaje de correo que no esté esperando”. Entonces, ¿para qué diantre me sirve el correo electrónico? Supongo que al final la única solución será no utilizarlo.

¿Y qué hay de la “bala de plata” del antivirus? Es algo aún peor: en realidad lo único que consigue es provocar una falsa sensación de seguridad, algo mucho más peligroso que una situación de inseguridad.

Es un hecho que el software que utiliza la mayor parte de los usuarios tiene gravísimos defectos de diseño que lo hacen inseguro. Este tipo de fallos tiene una peculiaridad: solamente es posible eliminarlos de forma quirúrgica: rediseñando el software completamente desde cero. Cualquier otra cosa no es más que un tratamiento sintomático poco efectivo. Por tanto, hemos de suponer que seguirán descubriéndose fallos de seguridad como los que hemos visto, y continuarán apareciendo nuevos virus.

¿Cuál es realmente el papel del antivirus? Cuando aparece un nuevo virus, los fabricantes de antivirus deben analizarlo y actualizar los programas. Además de esto, los usuarios deben actualizar el antivirus con frecuencia. En caso contrario, no ofrecerá ningún tipo de protección.

Desgraciadamente, incluso esto es insuficiente. En los incidentes de virus más graves del último año hemos visto cómo se infectaban miles de computadores en todo el mundo en las primeras horas, antes de que los fabricantes pudieran reaccionar. Incluso actualizando el antivirus una vez al día, es bastante probable verse afectado en la primera oleada.

Hay otra posibilidad más inquietante. Supongamos que recibimos un “mensaje envenenado”, pero no se trata de un virus; se trata de un ataque dirigido expresamente. Por poner un ejemplo truculento, alguien que quiere robar historias clínicas se dedica a mandar mensajes “con bicho” a unos cuantos médicos. ¿Qué haría el antivirus en ese caso? Nada de nada. Al no tratarse de un ata-

que masivo, los fabricantes de antivirus no tendrían una copia del programa para analizar, y no lo detectarían.

El antivirus ofrece una protección contra las molestias que provoca recibir doscientos mensajes diarios cargados de virus, pero nada más. En ningún caso se puede suponer que su uso ofrece una protección real. Los problemas de seguridad siguen ahí, y los usuarios seguirán siendo vulnerables mientras no se solucionen en la raíz.

Borja Marcos (borjam@sarenet.es).

(Nº 109, 7 de julio de 2002)

Fin de una época y esto es todo, amigos

Más vale tarde que nunca, y por fin aquí está el último (por el momento), número del *THMNews*. Diversos avatares informáticos (incluyendo el fallecimiento repentino de mi placa base), así como personales, han retardado esta despedida, que sin embargo ya estaba decidida hace unos meses. El caso es que la *THMA* ha decidido suspender la publicación de las *THMNews* por tiempo indefinido y buscar nuevas maneras de dar la lata al personal. Hace tiempo que hemos descubierto que no nos vamos a hacer ricos con esta historia, y que la crisis de las *puntocom* pone muy difícil nuestros sueños de editar las *news* desde una playa del Caribe (o de la costa bizkaina), en una eterna, dulce y dorada jubilación anticipada. Pero no es ésta la principal razón para que hayamos adoptado esta difícil decisión. Aunque ya hemos hablado de este tema en otras ocasiones y sea repetir algunas ideas, pensamos que nuestro invento surgió en un contexto histórico en Internet muy determinado, una época en la que todo estaba por hacer y sólo teníamos atisbos de lo que podía dar de sí. Era allá por diciembre de 1997 cuando editamos el primer número y lo enviamos a un grupo de amigos y conocidos, influidos por otras iniciativas que en aquella época editaban boletines similares puestos en marcha por gente ilusionada que vislumbraba unas posibilidades en el nuevo medio que había que aprovechar (barato, rápido, indepen-

diente, libre...). Por citar sólo algunos, circulaba en aquella época el boletín *schizophrenia.com* que inició el hermano de un paciente esquizofrénico y que tras un periodo de desaparición parece que quiere regresar ahora. Fuera del área de la Medicina estaba por ejemplo el boletín “*Al-Andalus*” que recomendaba sitios interesantes de la *www* y comentaba noticias del mundo de la cultura o de la informática en general. No existían los grandes portales, el navegador dominante era todavía *Netscape* (y ya comentábamos la guerra de navegadores, hoy resuelta a favor de *Microsoft*), hacían falta *plug-ins* para complementarlo y el correo no estaba infectado de virus ni correo-basura como ahora. Hasta pensábamos que *Linux* terminaría por comerle (aunque fueran los bordes) la tostada a *Microsoft*.

Poco a poco, todas estas iniciativas han ido desapareciendo y empezamos a tener la sensación de ser unos dinosaurios, o mejor unos fósiles. Si es verdad eso que dicen de que un año en Internet equivale a cinco o más en el mundo real, nosotros nos sentimos un poco como vestigios de otra época, como fuera de lugar. A esto tenemos que añadir el hecho de que en el fondo, nuestro invento, aparte de recoger noticias diversas, comentarlas y abusar de la paciencia del personal pontificando en nuestros editoriales, lo que pretendía era transmitir o intentar transmitir una ilusión por lo que Internet significaba, que Internet merecía la pena, que era interesante y que había que estar ahí, buscar, experimentar e improvisar a pesar de todos los pesares (no vamos a insistir en la pesadilla de la calidad de las conexiones en aquella época, el funcionamiento de los proveedores de Internet, etc.). Pues bien, esa ilusión la hemos perdido en buena medida. Tal vez seamos unos ingenuos pero nosotros pensábamos que la idea de Harold Varmus de promover la publicación electrónica y el acceso gratuito a los artículos de investigación con el servidor *PubMed Central* iba a revolucionar las publicaciones científicas o que los medios tradicionales de comunicación iban a encontrar un rival en este nuevo medio. Por el contrario, lo que parece estar sucediendo es que la información general sigue en manos de los de siempre y las publi-

caciones médicas también, que después de algún tiempo en el que vivimos con ilusión la profusión de revistas médicas con texto completo gratuito en Internet, ahora hay que pagar por todo o quedarse con las notas de prensa. Tiempos donde era posible acceder de forma libre *online* a las revistas de la *APA* y de la *AMA*, incluyendo *JAMA*, los diversos *Archives*, el *American Journal of Psychiatry* o *Psychiatric Services*, o el propio *British Journal of Psychiatry*. O excelentes publicaciones electrónicas como *Psychiatric Times* (que por cierto ha estado dos meses sin dar señales de vida), la magnífica *HMS Beagle* que se despidió en febrero después de 120 números, o el *eWJM* (*Western Journal of Medicine*), que anuncia también la interrupción de su publicación por motivos financieros. Y por si fuera poco, hasta se quiere acabar con el enlace, que es la esencia misma de Internet. Así que un medio con el encanto de lo silvestre, de lo imposible de controlar, que colocaba a todos en igualdad de oportunidades, ha sido casi completamente domesticado. La información biomédica que recibimos se reduce en la mayoría de los casos a meros publibreportajes al servicio de la industria farmacéutica, las compañías discográficas han doblegado a *Napster* y más recientemente a *Audiogalaxy*, y ya todos, formalitos, leemos, escuchamos (incluyendo a los de “*Operación Triunfo*”), recetamos y pagamos lo que los que mandan en el mundo deciden. Por supuesto que como medio de comunicación Internet ha sido un éxito y ya nada volverá a ser como antes; ahí están el correo electrónico, la posibilidad de sacar billetes de avión o entradas para el cine y todo eso, que será muy cómodo pero no era precisamente lo que más nos ilusionaba de Internet ni donde veíamos las posibilidades reales de una pequeña revolución contra el pensamiento único, la manipulación informativa, la hegemonía de los grandes editores y de las compañías farmacéuticas en el control y difusión de la información biomédica, etc.

A pesar de esto no nos gustaría transmitir un *feeling* negativo de nuestra experiencia, todo lo contrario. Ha sido apasionante formar parte de esta época y haber sido, a nuestra manera, humildes actores, una oportunidad irrepetible por la que sólo podemos estar

profundamente agradecidos. Así que tras casi cinco años de vida (una verdadera eternidad en este mundo), 110 números y 1200 suscriptores, nos vamos con la música a otra parte. No sin agradecer a nuestros lectores su atención y paciencia. También queremos agradecer a *Lilly* Euskadi (Fede, Miguel y Valentín) su apoyo durante una época (apoyo totalmente desinteresado y sin la más mínima injerencia en la línea editorial), y muy especialmente a los escépticos españoles de la *Sociedad para el Avance del Pensamiento Crítico (SAPC-ARP)* por el amable y desinteresado alojamiento de nuestro dominio en su servidor (gracias, Borja), adonde nos trasladamos allá por el mes de mayo de 2001.

Y eso es todo, amigos. El contenido de las *News* seguirá accesible en www.txoriherri.com, y de vez en cuando es posible que recibáis noticias nuestras, incluyendo algún nuevo invento. Por descontado nuestras direcciones de correo electrónico siguen abiertas para cualquier sugerencia o contacto.

A pasarlo bien.