

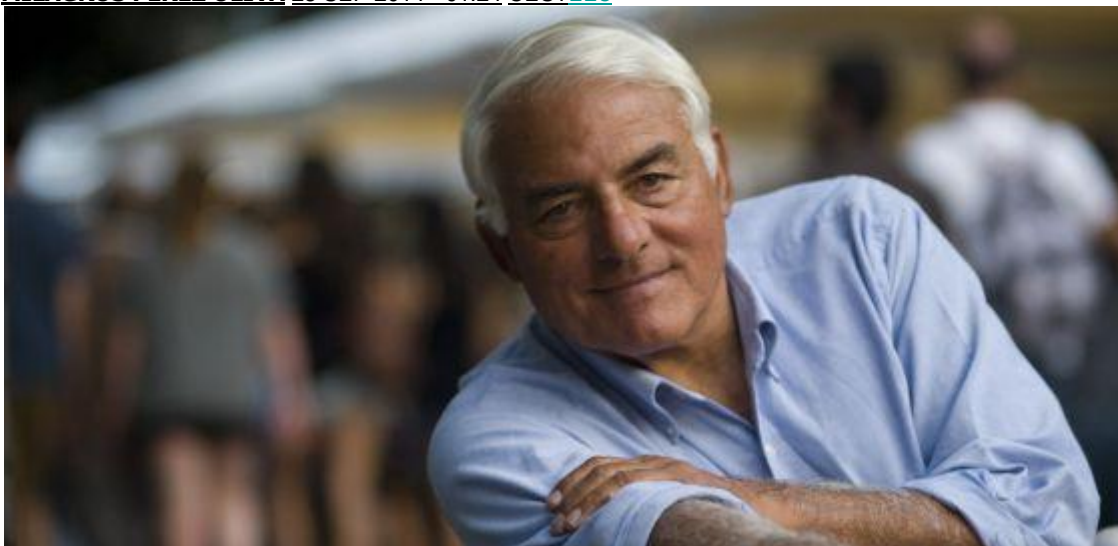
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295_336861.html

Convertimos problemas cotidianos en trastornos mentales”

Catedrático emérito de la Universidad de Duke, dirigió la considerada 'biblia' de los psiquiatras

Reportaje: ¿Estamos tan enfermos como para consumir tantos ansiolíticos?

MILAGROS PÉREZ OLIVA 28 SEP 2014 - 01:24 CEST **116**



Allen Frances, el pasado septiembre en Barcelona. / JUAN BARBOSA

Allen Frances (Nueva York, 1942) dirigió durante años el *Manual Diagnóstico y Estadístico* (DSM), en el que se definen y describen las diferentes patologías mentales. Este manual, considerado la *biblia* de los psiquiatras, es revisado periódicamente para adaptarlo a los avances del conocimiento científico. El doctor Frances dirigió el equipo que redactó el *DSM IV*, a la que siguió una quinta revisión que amplió considerablemente el número de entidades patológicas. En su libro *¿Somos todos enfermos mentales?* (Ariel, 2014) hace autocrítica y cuestiona que el considerado como principal referente académico de la psiquiatría colabore en la creciente medicalización de la vida.

Pregunta. En el libro entona un *mea culpa*, pero aún es más duro con el trabajo de sus colegas en el *DSM V*. ¿Por qué?

Respuesta. Nosotros fuimos muy conservadores y solo introdujimos dos de los 94 nuevos trastornos mentales que se habían sugerido. Al acabar, nos felicitamos, convencidos de que habíamos hecho un buen trabajo. Pero el *DSM IV* resultó ser un dique demasiado endeble para frenar el empuje agresivo y diabólicamente astuto de las empresas farmacéuticas para introducir nuevas entidades patológicas. No supimos anticiparnos al poder de las farmacéuticas para hacer creer a médicos, padres y pacientes que el trastorno psiquiátrico es algo muy común y de fácil solución. El resultado ha sido una

inflación diagnóstica que produce mucho daño, especialmente en psiquiatría infantil. Ahora, la ampliación de síndromes y patologías en el *DSM V* va a convertir la actual inflación diagnóstica en hiperinflación.

P. ¿Todos vamos a ser considerados enfermos mentales?

R. Algo así. Hace seis años coincidí con amigos y colegas que habían participado en la última revisión y les vi tan entusiasmados que no pude por menos que recurrir a la ironía: habéis ampliado tanto la lista de patologías, les dije, que yo mismo me reconozco en muchos de esos trastornos. Con frecuencia me olvido de las cosas, de modo que seguramente tengo una predemencia; de cuando en cuando como mucho, así que probablemente tengo el síndrome del comedor compulsivo, y puesto que al morir mi mujer, la tristeza me duró más de una semana y aún me duele, debo haber caído en una depresión. Es absurdo. Hemos creado un sistema diagnóstico que convierte problemas cotidianos y normales de la vida en trastornos mentales.

P. Con la colaboración de la industria farmacéutica...

R. Por supuesto. Gracias a que se les permitió hacer publicidad de sus productos, las farmacéuticas están engañando al público haciendo creer que los problemas se resuelven con píldoras. Pero no es así. Los fármacos son necesarios y muy útiles en trastornos mentales severos y persistentes, que provocan una gran discapacidad. Pero no ayudan en los problemas cotidianos, más bien al contrario: el exceso de medicación causa más daños que beneficios. No existe el tratamiento mágico contra el malestar.

P. ¿Qué propone para frenar esta tendencia?

R. Controlar mejor a la industria y educar de nuevo a los médicos y a la sociedad, que acepta de forma muy acrítica las facilidades que se le ofrecen para medicarse, lo que está provocando además la aparición de un mercado clandestino de fármacos psiquiátricos muy peligroso. En mi país, el 30% de los estudiantes universitarios y el 10% de los de secundaria compran fármacos en el mercado ilegal. Hay un tipo de narcóticos que crean mucha adicción y pueden dar lugar a casos de sobredosis y muerte. En estos momentos hay ya más muertes por abuso de medicamentos que por consumo de drogas.

P. En 2009, un estudio realizado en Holanda encontró que el 34% de los niños de entre 5 y 15 años eran tratados de hiperactividad y déficit de atención. ¿Es creíble que uno de cada tres niños sea hiperactivo?

R. Claro que no. La incidencia real está en torno al 2%-3% de la población infantil y sin embargo, en EE UU están diagnosticados como tal el 11% de los niños y en el caso de los adolescentes varones, el 20%, y la mitad son tratados con fármacos. Otro dato sorprendente: entre los niños en tratamiento, hay más de 10.000 que tienen ¡menos de tres años! Eso es algo salvaje, despiadado. Los mejores expertos, aquellos que honestamente han ayudado a definir la patología, están horrorizados. Se ha perdido el control.

P. ¿Y hay tanto síndrome de Asperger como indican las estadísticas sobre tratamientos psiquiátricos?

R. Ese fue uno de los dos nuevos trastornos que incorporamos en el *DSM IV* y al poco tiempo el diagnóstico de autismo se triplicó. Lo mismo ocurrió con la hiperactividad. Nosotros calculamos que con los nuevos criterios, los diagnósticos aumentarían en un 15%, pero se produjo un cambio brusco a partir de 1997, cuando las farmacéuticas lanzaron al mercado fármacos nuevos y muy caros y además pudieron hacer publicidad. El diagnóstico se multiplicó por 40.

P. La influencia de las farmacéuticas es evidente, pero un psiquiatra difícilmente prescribirá psicoestimulantes a un niño sin unos padres angustiados que corren a su consulta porque el profesor les ha dicho que el niño no progresa adecuadamente, y temen que pierda oportunidades de competir en la vida. ¿Hasta qué punto influyen estos factores culturales?

R. Sobre esto he de decir tres cosas. Primero, no hay evidencia a largo plazo de que la medicación contribuya a mejorar los resultados escolares. A corto plazo, puede calmar al niño, incluso ayudar a que se centre mejor en sus tareas. Pero a largo plazo no ha demostrado esos beneficios. Segundo: estamos haciendo un experimento a gran escala con estos niños, porque no sabemos qué efectos adversos pueden tener con el tiempo esos fármacos. Igual que no se nos ocurre recetar testosterona a un niño para que rinda más en el fútbol, tampoco tiene sentido tratar de mejorar el rendimiento escolar con fármacos. Tercero: tenemos que aceptar que hay diferencias entre los niños y que no todos caben en un molde de *normalidad* que cada vez hacemos más estrecho. Es muy importante que los padres protejan a sus hijos, pero del exceso de medicación.

P. ¿En la medicalización de la vida, no influye también la cultura hedonista que busca el bienestar a cualquier precio?

R. Los seres humanos somos criaturas muy resilientes. Hemos sobrevivido millones de años gracias a esta capacidad para afrontar la adversidad y sobreponernos a ella. Ahora mismo, en Irak o en Siria, la vida puede ser un infierno. Y sin embargo, la gente lucha por sobrevivir. Si vivimos inmersos en una cultura que echa mano de las pastillas ante cualquier problema, se reducirá nuestra capacidad de afrontar el estrés y también la seguridad en nosotros mismos. Si este comportamiento se generaliza, la sociedad entera se debilitará frente a la adversidad. Además, cuando tratamos un proceso banal como si fuera una enfermedad, disminuimos la dignidad de quienes verdaderamente la sufren.

P. Y ser etiquetado como alguien que sufre un trastorno mental, ¿no tiene también consecuencias?

R. Muchas, y de hecho cada semana recibo correos de padres cuyos hijos han sido diagnosticados de un trastorno mental y están desesperados por el perjuicio que les causa la etiqueta. Es muy fácil hacer un diagnóstico erróneo, pero muy difícil revertir los daños que ello conlleva. Tanto en lo social como por los efectos adversos que puede tener el tratamiento. Afortunadamente, está creciendo una corriente crítica con estas prácticas. El próximo paso es concienciar a la gente de que demasiada medicina es mala para la salud.

P. No va a ser fácil...

R. Cierto, pero el cambio cultural es posible. Tenemos un magnífico ejemplo: hace 25 años, en EE UU el 65% de la población fumaba. Ahora, lo hace menos del 20%. Es uno de los mayores avances en salud de la historia reciente, y se ha conseguido por un cambio cultural. Las tabacaleras gastaban enormes sumas de dinero en desinformar. Lo mismo que ocurre ahora con ciertos medicamentos psiquiátricos. Costó mucho hacer prosperar la evidencia científica sobre el tabaco, pero cuando se consiguió, el cambio fue muy rápido.

P. En los últimos años las autoridades sanitarias han tomado medidas para reducir la presión de los laboratorios sobre los médicos. Pero ahora se han dado cuenta de que pueden influir sobre el médico generando demanda en el paciente.

R. Hay estudios que demuestran que cuando un paciente pide un medicamento, hay 20 veces más posibilidades de que se lo prescriban que si se deja simplemente a decisión del médico. En Australia, algunos laboratorios requerían para el puesto de visitador médico a personas muy agraciadas, porque habían comprobado que los guapos entraban con más facilidad en las consultas. Hasta ese punto hemos llegado. Ahora hemos de trabajar para lograr un cambio de actitud en la gente.

P. ¿En qué sentido?

R. Que en vez de ir al médico en busca de la píldora mágica para cualquier cosa, tengamos una actitud más precavida. Que lo normal sea que el paciente interrogue al médico cada vez que le receta algo. Preguntar por qué se lo prescribe, qué beneficios aporta, qué efectos adversos tendrá, si hay otras alternativas. Si el paciente muestra una actitud resistente, es más probable que los fármacos que le receten estén justificados.

P. Y también tendrán que cambiar hábitos.

R. Sí, y déjeme decirle un problema que he observado. ¡Tienen que cambiar los hábitos de sueño! Sufren ustedes una falta grave de sueño y eso provoca ansiedad e irritabilidad. Cenar a las 10 de la noche e ir a dormir a las 12 o la una tenía sentido cuando hacían la siesta. El cerebro elimina toxinas por la noche. La gente que duerme poco tiene problemas, tanto físicos como psíquicos.