Nº 72 Marzo 2022

Descripción

ANSOFAXINA
EL CULEBRÓN DEL ADUCANUMAB
INDICACIONES NO PSIQUIÁTRICAS DE ANTIDEPRESIVOS Y ANTIPSICÓTICOS
LITIO Y DEMENCIA
BOLETÍN INFAC: SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS; SEÑALES Y ALERTAS 2019-2021
BERBERINA Y SÍNDROME METABÓLICO
CONTRACEPCIÓN EN MUJERES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS
¿FUNCIONAN LOS PLACEBOS CUANDO SABES QUE ES UN PLACEBO?
¿REEMPLAZARÁ LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL A LOS PSIQUIATRAS?
SALUD MENTAL EN UK
SUFRIMIENTO PSIQUIÁTRICO IRREMEDIABLE Y EUTANASIA

default watermark

ANSOFAXINA

A lo mejor ya hemos hablado de ella pero, si es el caso, no lo recordamos. La ansofaxina (LY03005) es un triple inhibidor de recaptación de serotonina, noradrenalina y dopamina. A todos los palos, vaya. Y este equipo chino (de Pekín por más señas), publica los resultados de un ensayo clínico fase 2 utilizando una formulación de liberación prolongada en formato comprimido. Los resultados parecen prometedores, tanto en eficacia como en el perfil de efectos secundarios, especialmente en el caso de los efectos secundarios sexuales. Habrá que esperar a que lleguen los fase 3 y ver qué da de sí.

› Int J Neuropsychopharmacol. 2022 Mar 17;25(3):252-260. doi: 10.1093/ijnp/pyab074.

Efficacy, Safety, and Tolerability of Ansofaxine (LY03005) Extended-Release Tablet for Major Depressive Disorder: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Dose-Finding, Phase 2 Clinical Trial

Weifeng Mi [1], Fude Yang [2], Huafang Li [3], Xiufeng Xu [4], Lehua Li [5], Qingrong Tan [6], Guoqiang Wang [7], Kerang Zhang [8], Feng Tian [9], Jiong Luo [10], Jielai Xia [11], Kai Yuan [1], Lin Lu [1], Jiahui Deng [1], Jingwei Tian [12], Hongyan Zhang [1]

Affiliations + expand

PMID: 34747448 PMCID: PMC8929756 DOI: 10.1093/ijnp/pyab074

default watermark

Trasteando un poco más nos enteramos de que la ansofaxina es el apodo de la toludesvenlafaxina o 4-metilbenzoato desvenlafaxina, un ISRSND (o algo así, en inglés es un SNDRI) que actúa como un profármaco de la desvenlafaxina, aunque con acciones que se extienden a los tres neurotransmisores. Pues eso, que ya veremos.

EL CULEBRÓN DEL ADUCANUMAB

Ya nos hicimos eco de esta historia en algún boletín previo, que parece un tanto despropósito. Rafael Dal-Ré hace un buen resumen de lo acontecido en la revista de Neurología, entre la aprobación de aducanumab para la enfermedad de Alzheimer leve por parte de la FDA allá por verano de 2021 y el rechazo de su autorización por parte de la EMA en diciembre pasado.

default watermark

La EMA considera que la relación beneficio/riesgo del producto es negativa, que no se ha establecido una correlación entre la reducción de las placas de amiloide (que es lo que parece que hace el aducanumab) y la mejoría clínica y que tampoco les parece suficientemente seguro ante la presencia de signos de inflamación o sangrado en la neuroimagen de pacientes en tratamiento. Y, todo esto, seis meses después de que la FDA le diera el visto bueno en los EEUU. Tras la decisión de la EMA, la NICE británica decide suspender su proceso de evaluación del medicamento. Y, recientemente, Health Canada, la agencia reguladora de ese país, también parece que desaconsejará su autorización.

Sobre el proceso de autorización por parte de la FDA se ciernen sospechas de irregularidades en el proceso de revisión. Y, por otro lado, lejos de ser un éxito, sus ventas han sido escasas obligando a Biogen a bajar a la mitad su precio (inicialmente estimado en 56.000 dólares/año tratamiento). Tal y como dice el autor, es muy poco probable que aducanumab reciba autorización en algún sitio fuera de los EEUU. En todo caso, está pendiente un ensayo clínico fase 4, postautorización, frente a placebo, que podrá dar nuevas pistas sobre su efectividad clínica; se prevé que comience en junio de este año, que incluya a 3000 casos, con un seguimiento a 18 meses, por lo que hasta junio de 2026 no se tendrán resultados definitivos.

Y, mientras escribimos esto, vemos que se acaban de publicar en JAMA los resultados de un ensayo clínico que compara precisamente aducanumab con otro anticuerpo monoclonal antiamiloide, donanemab, para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer leve/inicial. Los autores concluyen que, al menos a los precios actuales de ambos medicamentos, ni el uno ni el otro resultan coste efectivos.

Original Investigation

ONLINE FIRST

March 28, 2022

Cost-effectiveness of Aducanumab and Donanemab for Early Alzheimer Disease in the US

Eric L. Ross, MD[1,2,3]; Marc S. Weinberg, MD, PhD[1,2,3]; Steven E. Arnold, MD[4,5]

» Author Affiliations | Article Information

JAMA Neurol. Published online March 28, 2022. doi:10.1001/jamaneurol.2022.0315

INDICACIONES NO PSIQUIÁTRICAS DE ANTIDEPRESIVOS Y ANTIPSICÓTICOS

default watermark

Bueno, no exactamente indicaciones, porque en general su uso para esos menesteres sería precisamente fuera de indicación aprobada. Tampoco debiera extrañarnos que un medicamento tenga efectos sobre otras condiciones distintas a su uso y objetivos habituales, véase el caso del sindenafilo, por ejemplo. La propia iproniazida, un IMAO comercializado en su momento como antidepresivo, se empezó usando como antituberculoso. Los ISRS han sido utilizados, siempre *off label,* para tratar condiciones como la eyaculación precoz, los síntomas vasomotores de la menopausia o la fibromialgia. Y los antidepresivos tricíclicos fueron en su día un tratamiento habitual de la enuresis. Los antipsicóticos clásicos han sido utilizados para tratar el hipo refractario (esta indicación aprobada por la FDA para el caso de la clorpromazina) las náuseas o las migrañas. Y los atípicos para la Corea de Huntington, las náuseas inducidas por quimioterapia o la hiperprolactinemia inducida precisamente por antipsicóticos (en el caso del aripiprazol). Aquí

Savvy Psychopharmacology

Nonpsychiatric indications for antidepressants and antipsychotics

Sarah Samel, BA, Lauren Stummer, PharmD, BCPP, Andrew Karas, PharmD, BCPP, and Alexis Freedberg, MD

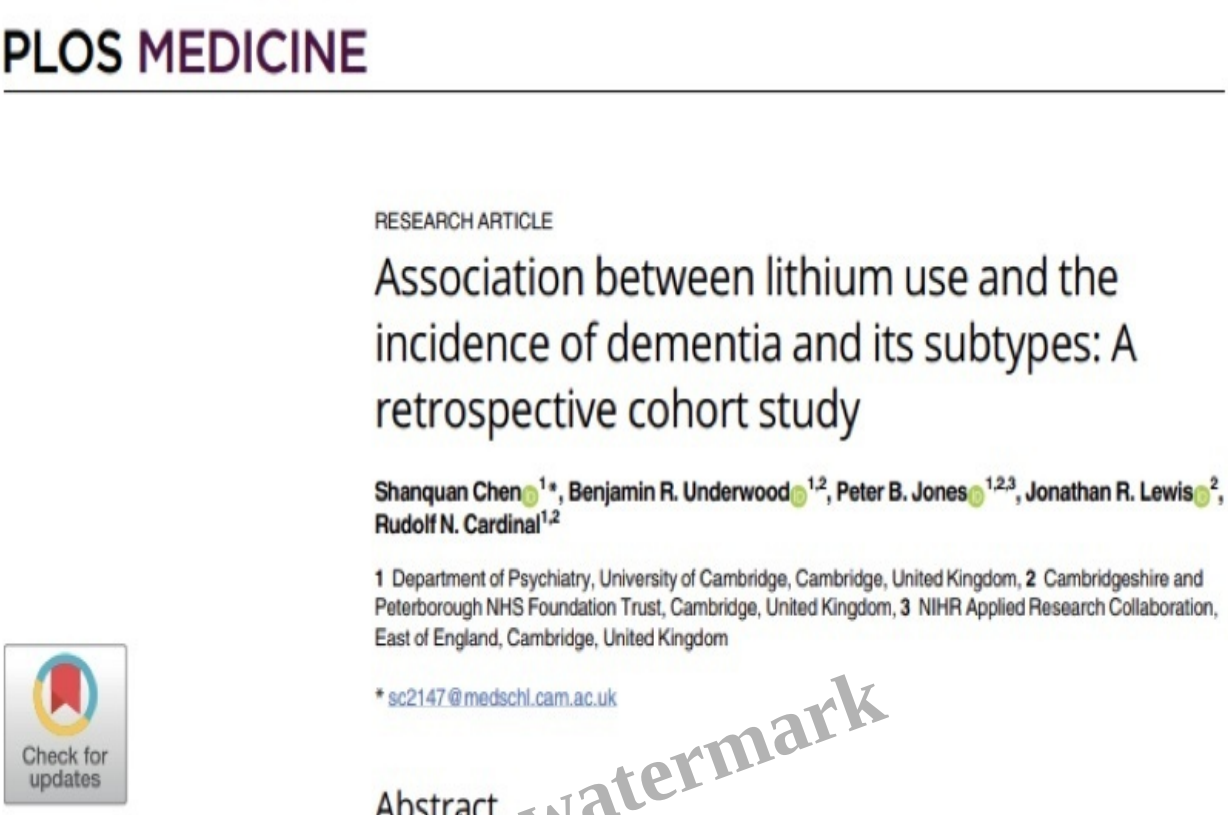
LITIO Y DEMENCIA

default watermark

En este caso la pregunta es si el tratamiento con litio se asocia a un menor riesgo de demencia. Los autores estudian una cohorte de manera retrospectiva de casi 30.000 pacientes, 548 de los cuales habían recibido tratamiento con litio. Y lo que encuentran es que sí, que, en su estudio, los pacientes que habían recibido litio tenían un menor riesgo de desarrollar demencia, tanto demencia Alzheimer como demencia vascular.

Esto no es algo novedoso, existen estudios previos que sugieren efectos neuroprotectores del litio, incluso el que se ingiere a través del agua potable. Y se han detectado efectos protectores frente al daño vascular en modelos animales. Un hallazgo curioso es que los efectos protectores frente al desarrollo de demencia en la muestra estudiada aparecen por un lado en los pacientes con una exposición corta al litio (menos de 1 año y en los de explosión prolongada (más de 5 años), pero no en los de exposición intermedia (1-5 años), algo que explican en la discusión como resultado de problemas metodológicos y no de una acción más o menos bimodal.

Aunque los autores recomiendan nuevos estudios a gran escala, incluyendo ensayos clínicos. Lo que no está claro es quién puede estar interesado en esto, dado el nulo valor comercial del litio.



PLOS MEDICINE

RESEARCH ARTICLE

Association between lithium use and the incidence of dementia and its subtypes: A retrospective cohort study

Shanquan Chen[1]*, Benjamin R. Underwood[1,2], Peter B. Jones[1,2,3], Jonathan R. Lewis[2], Rudolf N. Cardinal[1,2]

1 Department of Psychiatry, University of Cambridge, Cambridge, United Kingdom, 2 Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust, Cambridge, United Kingdom, 3 NIHR Applied Research Collaboration, East of England, Cambridge, United Kingdom

* sc2147@medschl.cam.ac.uk

Check for updates

Abstract

default watermark

BOLETÍN INFAC: SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS; SEÑALES Y ALERTAS 2019-2021

Número dedicado a eso, a la seguridad de los medicamentos y la labor esencial de los estudios postcomercialización y sistemas de farmacovigilancia. El boletín recoge las alertas generadas por la información de seguridad de la AEMPS entre 2019 y 2021, que, aunque no incluyen ningún fármaco psiquiátrico propiamente dicho, no dejan de tener interés y relevancia clínica. También se incluye una revisión de la seguridad de las vacunas COVID 19.

Finalmente se incluyen otras reacciones adversas detectadas en ese periodo, pero que no han supuesto la publicación de una nota de seguridad, por su baja frecuencia o por su aparición en situaciones o pacientes muy concretos. Para muchos de ellos, esta información se ha incorporado a la ficha técnica y prospecto. Aquí si tenemos algunos medicamentos psiquiátricos o con usos psiquiátricos, como el valproico (ajuste de dosis en insuficiencia renal), el aripiprazol (riesgo de caídas), ISRS e ISRNS (riesgo de hemorragia postparto), mirtazapina (reacciones cutáneas graves), naltrexona/bupropion (síndrome serotoninérgico, HTA), pregabalina (depresión respiratoria) o zaleplon y zopiclona (riesgo de lesiones graves por sonambulismo).

BERBERINA Y SÍNDROME METABÓLICO

default watermark

La berberina es un alcaloide presente en diversas plantas y arbustos, aunque principalmente se extrae de una planta medicinal china, la Coptis chinensis.

Comercializada como suplemento dietético, existe evidencia de sus posibles efectos antidiabéticos e hipolipemiantes. Este estudio evalúa su posible utilidad para combatir el incremento de peso y el síndrome metabólico comúnmente asociados al tratamiento con antipsicóticos. Se trata de un ensayo clínico frente a placebo y sí, encuentra evidencia de su utilidad.

Adjunctive berberine reduces antipsychotic-associated weight gain and metabolic syndrome in patients with schizophrenia: a randomized controlled trial

MeiYan Chan PhD, Zongshi Qin MD, Sui-Cheung Man PhD, Ming Lam MRCPsych, Wing Him Lai FHKAM Psych, Roger Man Kin Ng FRCPsych, PhD, Che Kin Lee MRCPsych, Tak Luen Wong BS ... See all authors

First published: 21 December 2021 | https://doi.org/10.1111/pcn.13323

CONTRACEPCIÓN EN MUJERES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Es muy posible que nuestros hábitos y nuestra formación sean mejorables a la hora de abordar y aconsejar a nuestras pacientes acerca de las mejores opciones de contracepción. Este artículo reciente del AJP revisa y discute las opciones contraceptivas en mujeres que padecen trastornos psiquiátricos, su efectividad, sus efectos adversos y su posible impacto en los síntomas psiquiátricos. En su revisión, encuentran que la mayoría de las mujeres optan por anticonceptivos orales.

default watermark

Articles

Full Access

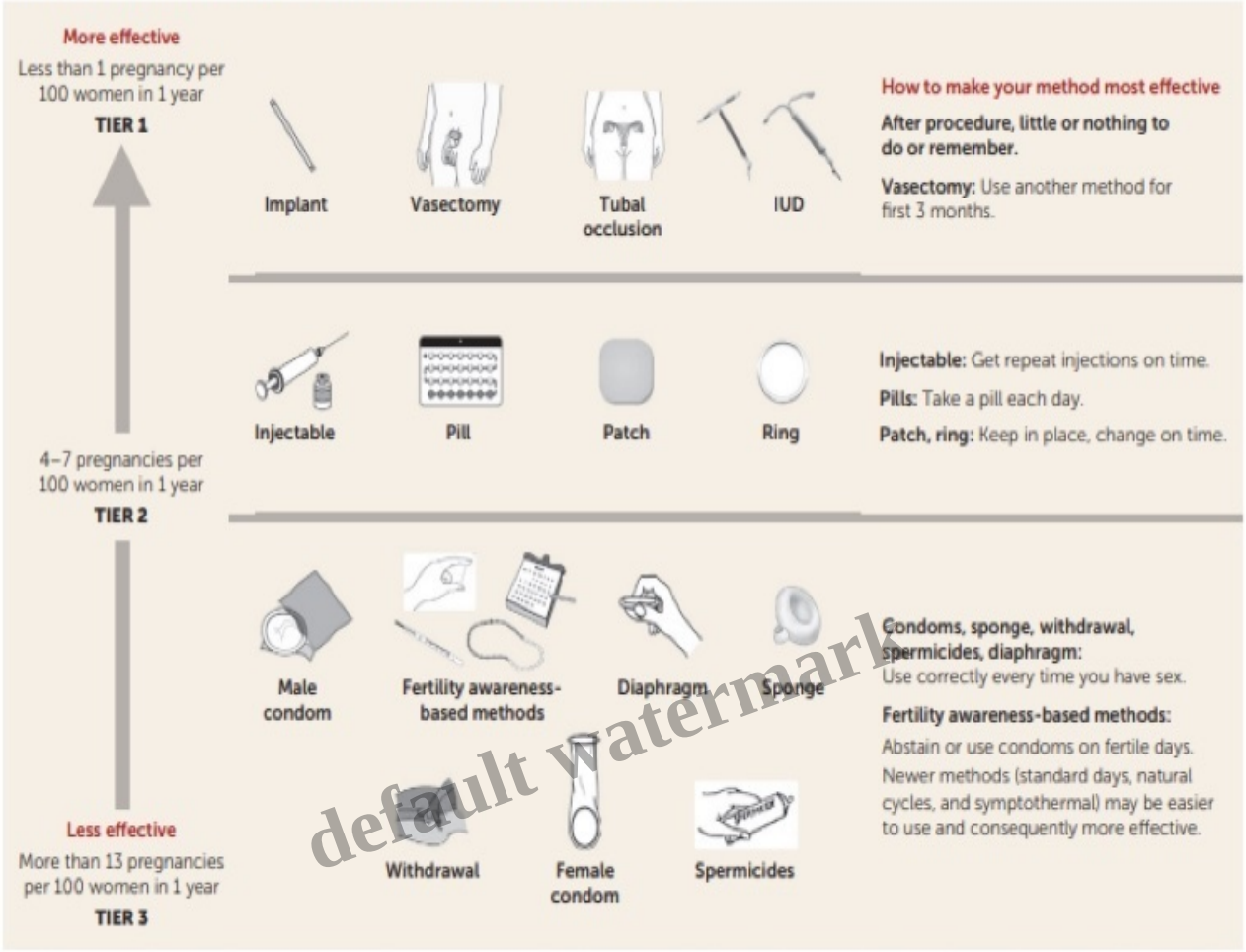
Contraception for Women With Psychiatric Disorders

Leanne R. McCloskey, M.D., Katherine L. Wisner, M.D., Minaz Kolia Cattan, M.D., Hannah K. Betcher, M.D., Catherine S. Stika, M.D., Jessica W. Kiley, M.D.

Published Online: 10 Nov 2020 | https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20020154

Existe controversia sobre si su componente hormonal puede tener impacto sobre los síntomas depresivos, aunque los ensayos clínicos disponibles no parecen mostrar diferencias entre quienes los usan y quienes no. En general, no hay interacciones significativas entre medicamentos psiquiátricos y anticonceptivos orales, salvo en algunas excepciones que pueden ser relevantes, como el caso de la clozapina y el valproico. Otro caso a considerar es el del topiramato, un medicamento con uso relativamente extendido en psiquiatría, pero sin ninguna indicación aprobada en nuestro campo. El tratamiento con topiramato reduce los niveles de anovulatorios hormonales y su efectividad contraceptiva.

FIGURE 1. Comparison of typical effectiveness of contraceptive methods[a]



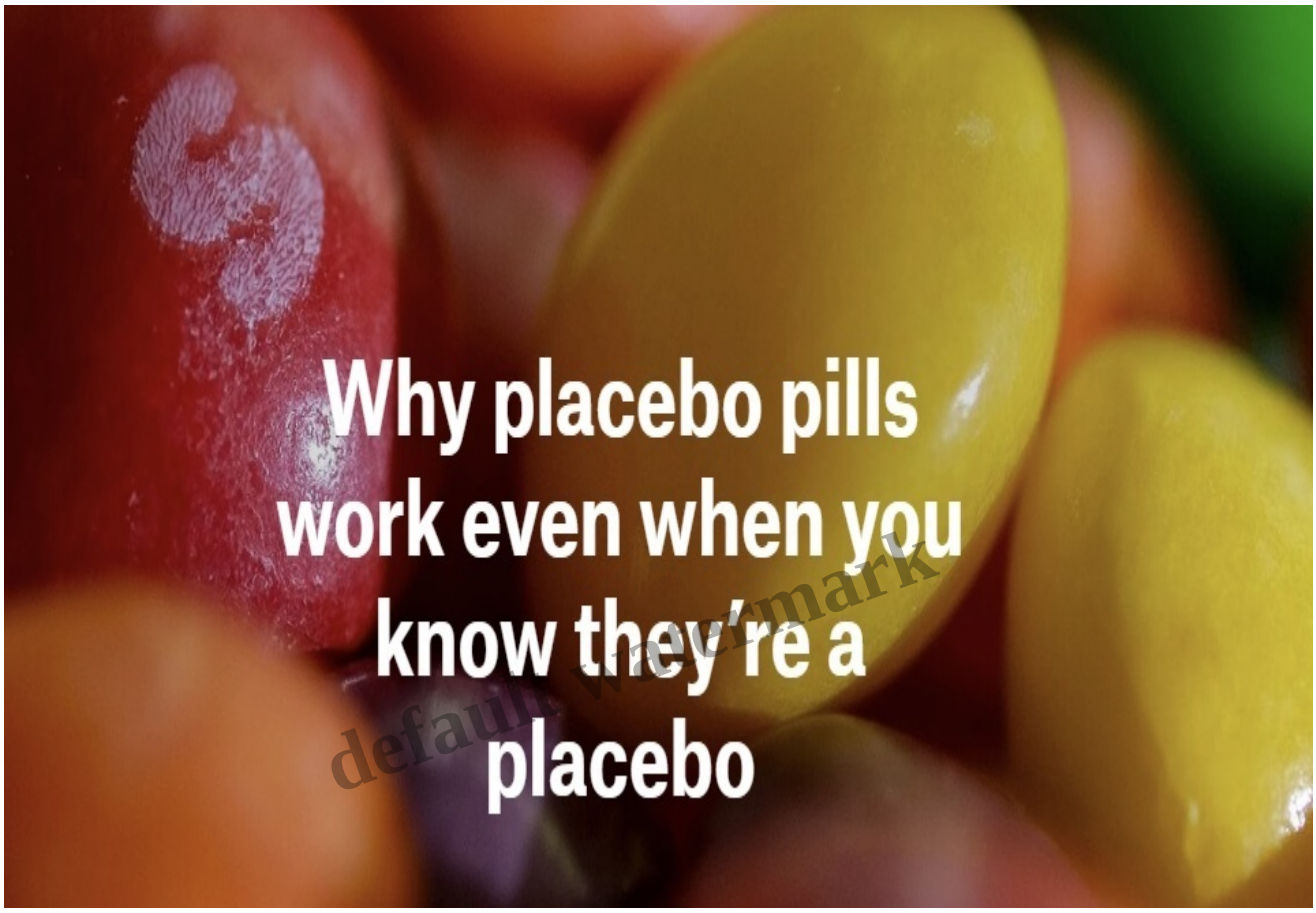
default watermark

[a] The "tubal occlusion" option covers all female sterilization techniques and includes tubal ligation and bilateral salpingectomy. Figure reproduced with permission from Contraceptive Technology, Inc. (www.contraceptivetechnology.org/wp-content/uploads/2013/09/Contraception-Effectiveness.pdf).

En el caso de la clozapina, la toma de contraceptivos orales incrementa sus concentraciones plasmáticas y sus efectos secundarios, incluyendo hipotensión, sedación, temblor y náusea. Las dosis de clozapina debieran ajustarse y reducirse en el periodo de administración de hormonas activas, momento en el que las concentraciones de clozapina pueden llegar a duplicarse o triplicarse. En el caso de medicamentos anticomiciales, como el valproico y la lamotrigina, la anticoncepción oral puede reducir significativamente sus niveles plasmáticos. En el caso del valproico, su uso en mujeres en edad fértil se ha asociado a ovario poliquístico, elevación de niveles de testosterona y alteraciones menstruales, más allá de los riesgos teratogénicos en el caso de fracaso de la anticoncepción.

¿FUNCIONAN LOS PLACEBOS CUANDO SABES QUE ES UN PLACEBO?

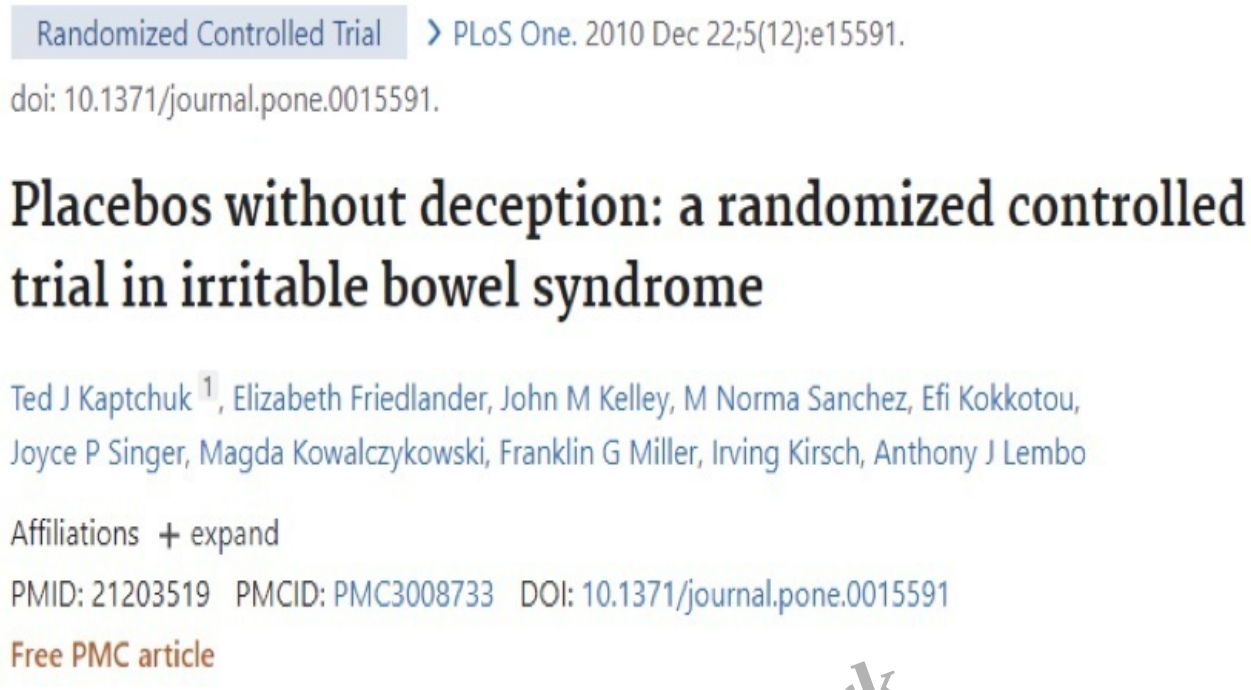
Aunque se trata de un artículo de divulgación, está escrito por investigadores relevantes en este campo, que citan prácticamente todos los estudios que se han hecho sobre la eficacia de los placebos cuando se toman sabiendo que son placebos.



El dilema ético de administrar placebos está en el engaño que subyace, no solo no diciendo al paciente que se trata de un comprimido básicamente compuesto de azúcar (lo mismo más o menos que cualquier preparado homeopático, por cierto), sino acompañando su prescripción con vehementes afirmaciones acerca de la inusitada eficacia de la cápsula verde (o roja, si es la "fuerte"). Y bueno, mentir a los pacientes, aunque sea por su bien, no es una práctica, en líneas generales, recomendable.

Pero, ¿qué pasa si haces lo mismo, pero explicas al paciente que lo que le estás mandando no contiene ningún principio activo pero que, por alguna razón, sabemos que puede mejorar sus síntomas? No se nos ocurre una manera sencilla de decirle esto a un paciente sin perder la compostura, pero parece que es una idea ya ensayada hace años; lo que se conocen como *"open label placebos"* o "*non deceptive placebos"* (placebos sin engaño, o así).

Este ensayo clínico, publicado en 2010, ensayaba esta opción en personas con colon irritable con alentadores resultados; los investigadores se preguntaban si era viable, en algunas circunstancias, utilizar placebos con un consentimiento informado asociado.



Randomized Controlled Trial › PLoS One. 2010 Dec 22;5(12):e15591.

doi: 10.1371/journal.pone.0015591.

Placebos without deception: a randomized controlled trial in irritable bowel syndrome

Ted J Kaptchuk [1], Elizabeth Friedlander, John M Kelley, M Norma Sanchez, Efi Kokkotou, Joyce P Singer, Magda Kowalczykowski, Franklin G Miller, Irving Kirsch, Anthony J Lembo

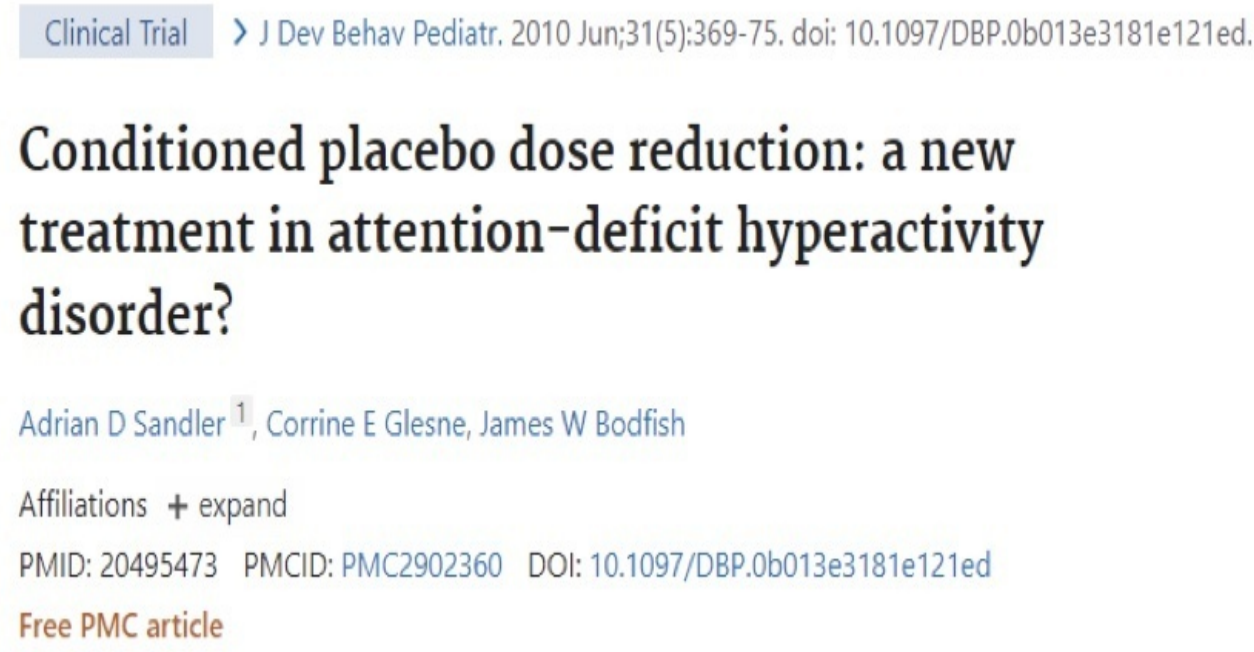
Affiliations + expand

PMID: 21203519 PMCID: PMC3008733 DOI: 10.1371/journal.pone.0015591

Free PMC article

default watermark

Este afecto positivo se ha replicado para el caso del colon irritable recientemente y se ha ensayado también con cierto éxito en otras condiciones como el TDAH o la fiebre del heno. En el caso del ensayo en niños con TDAH, la administración conjunta de placebo permitió reducir la dosis de medicación estimulante en un 50%. No nos queda claro hasta qué punto los niños (entre 6 y 12 años) eran conscientes de que lo que tomaban era placebo, a pesar de ser informados, pero quienes seguro que se enteraron bien fueron los padres.



Clinical Trial › J Dev Behav Pediatr. 2010 Jun;31(5):369-75. doi: 10.1097/DBP.0b013e3181e121ed.

Conditioned placebo dose reduction: a new treatment in attention-deficit hyperactivity disorder?

Adrian D Sandler [1], Corrine E Glesne, James W Bodfish

Affiliations + expand

PMID: 20495473 PMCID: PMC2902360 DOI: 10.1097/DBP.0b013e3181e121ed

Free PMC article

¿Cuál es el mecanismo que subyace a estos sorprendentes efectos? Por un lado, lógicamente, las expectativas de quien recibe el tratamiento. Expectativas que pueden ser también alentadas por las

de quien lo prescribe, incluso aunque informe de la inactividad química del producto. Paradójicamente, en pacientes que han experimentado varios fracasos terapéuticos previos, la esperanza de que algo precisamente tan poco ortodoxo pueda funcionar, puede ser mayor. Otra posible explicación es el fenómeno del condicionamiento. Al final, todos o casi todos hemos tomado un paracetamol para el dolor de cabeza o un almax para la acidez. Y nuestro organismo ha aprendido a asociar la ingesta de un medicamento con la expectativa de mejoría. Un estudio realizado en pacientes convalecientes de cirugía de médula espinal mostró efectos de condicionamiento de la respuesta al placebo en asociación a analgésicos opiáceos reduciendo su uso en un 30%.

Conditioned open-label placebo for opioid reduction after spine surgery: a randomized controlled trial

Kelsey M Flowers [1], Megan E Patton [1], Valerie J Hruschak [1], Kara G Fields [1], Emily Schwartz [1], Jose Zeballos [1], James D Kang [2], Rob R Edwards [1], Ted J Kaptchuk [3], Kristin L Schreiber [1]

Affiliations + expand

PMID: 33449503 PMCID: PMC8378225 DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002185

default watermark

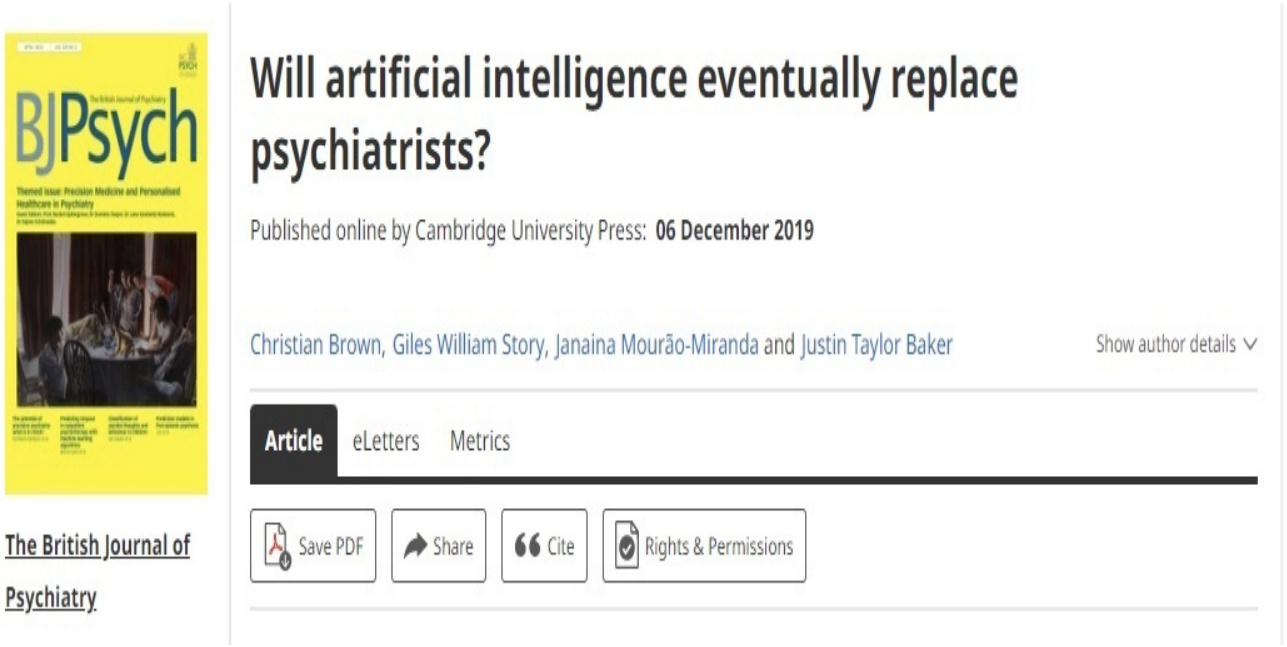
Obviamente, también están las fluctuaciones naturales de los síntomas y la atención que les prestamos, por lo que la respuesta al placebo puede beneficiarse de eso, de que lo que por sí solo (alguno, claro, no todos), tiende a volver a la normalidad. O que, salvo excepciones, no hay mal que dure 100 años.

Más allá de estas consideraciones, es muy posible que los médicos, entre tanta medicina basada en la evidencia, hayamos perdido una parte muy importante del nuestro arte de sanar, rituales incluidos. También es verdad que recibir a los pacientes con la pantalla y el teclado por medio y sustituir las palabras, su entonación y los gestos que las acompañan por hojas informativas, no ayudan mucho a afianzar el poder sanador de los remedios que utilizamos, que, dicho sea de paso, aunque tengan ingredientes presuntamente activos, en muchos casos son también placebos o poco más.

default watermark

¿REEMPLAZARÁ LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL A LOS PSIQUIATRAS?

Debate que aparecía en el BJP. El escenario en el que máquinas inteligentes y autoconscientes toman el poder y hacen irrelevantes a los seres humanos es un asunto redundante en la ciencia ficción, casi desde la película 2001 de Kubrick basada en la novela de Arthur C Clark “El Centinela”. Sin llegar a tanto, nuestros dispositivos, especialmente el móvil, ya suplantan actividades cognitivas, desde la orientación espacial a la memoria. ¿Quién recuerda los números de teléfono de sus familiares o conocidos? ¿o incluso la matrícula del coche? Coches que conducen de manera casi autónoma, aspiradores que limpian la casa y trazan un plano de la misma, aplicaciones que conocen tus gustos musicales mejor que tú mismo, no sorprenden ya a nadie. Muchos programas de ordenador han demostrado “leer” mejor que radiólogos experimentados las pruebas de imagen. Y hace ya 25 años que *Deep Blue* derrotó a Gary Kaspárov, con el consecuente cabreo del genial jugador de ajedrez.



¿Y los psiquiatras? En este debate participan una neurocientífica y un psiquiatra, por un lado, que defienden que estamos a salvo de ser sustituidos por psicorobots y, por otro, dos psiquiatras que dicen que sí, que lo van a hacer y ventajosamente, además.

default watermark

Es interesante leer los argumentos y contrargumentos de ambas partes. Sin embargo, mi impresión personal es que los psiquiatras y la psiquiatría somos (¿aun?) un mundo tan caótico, tan carente de conocimiento, tan basado en la experiencia, tan impredecible en sus resultados y tan contaminado ideológicamente que, cualquier robot que lo intente, se va a hacer nudos con las orejas y va a terminar cortocircuitando. La psiquiatría sigue teniendo graves dificultades incluso para delimitar sus entidades nosológicas dentro de sistemas categóricos diagnósticos estrictos. Como dicen los propios autores, para empezar, los psiquiatras tendríamos que ponernos de acuerdo qué cosas tendría que abordar la inteligencia artificial, cuando ni siquiera estamos de acuerdo en qué cosas debemos abordar nosotros.

SALUD MENTAL EN UK

"Para todo problema humano hay siempre una solución fácil, clara, plausible y

Vivimos tiempos en los que la salud mental ha tomado protagonismo en todos los ámbitos, no solo en los sanitarios y profesionales, sino en los medios de comunicación, en los políticos y en toda suerte de pescadores en río revuelto. Es difícil recordar tiempos en los que se hayan dicho tantas cosas, igual, incluso, bienintencionadas y tan disparatadas. Muchas tripas y escaso cerebro para ofrecer soluciones simples a problemas complejos. O muchos intereses y oportunismo y poca sensatez y análisis de las cosas. Es posible que no haya mayor imprudencia que la de presuponer que las consecuencias psicosociales de las crisis, sean económicas, pandémicas, bélicas o políticas se van a solucionar llenando de psiquiatras y psicólogos el mundo y dirigiendo a las personas que sufren de los avatares de la vida a servicios de salud mental, especializados o no. Aunque esto parezca una buena oportunidad para atraer recursos a la salud mental, creemos que es un regalo envenenado, si es que en realidad el regalo, no sabemos en qué forma, llega. Y es que se haga lo que se haga, si las

expectativas de atención se cumplieran, no habría sistema capaz de abordarlas y, quizás, lo que se conseguiría en realidad, sería deteriorar la asistencia a las personas con enfermedades mentales graves que más la necesitan.

Esto viene a cuento de esta noticia que leemos publicada en el BMJ: literalmente viene a decir que, en Inglaterra, a lo largo de 2021, se realizaron 4.3 millones de derivaciones a la atención especializada de salud mental, 3.3 millones a los servicios de adultos y un millón adicional a los de niños y adolescentes. Y que aún están esperando otro millón y medio a que les den cita.

England saw record 4.3 million referrals to mental health services in 2021

The Royal College of Psychiatrists has urged the government to publish a fully funded recovery plan for specialist mental healthcare in England in response to the "unprecedented demand" driven by the pandemic.

The college's analysis of NHS Digital data showed a record 4.3 million referrals to mental health services in England between January and December 2021, with 3.3 million referrals to adult mental health services and just over a million to under-18 services.

The data show 1 834 137 appointments were attended across mental health, learning disability, and autism services in December 2021, 14.7% higher than two years earlier.

The college noted that 1.4 million people were currently waiting for treatment and called on the government to urgently publish a plan to reduce waiting times, backed by funding to expand services, train more psychiatrists, and replace inadequate facilities.

The college's president, Adrian James (left), said, "The warning of the long tail of mental ill-health caused by the pandemic has not been heeded. Many thousands of people will be left waiting far too long for the treatment they need unless the government wakes up to the crisis that is engulfing the country." (See Opinion, page 442)

Gareth Iacobucci, *The BMJ* Cite this as: *BMJ* 2022;376:o672

default watermark

En el mismo número, Adrian James, presidente del Real College of Psychiatrists, se pregunta por qué la salud mental ha sido la gran olvidada en los planes de recuperación del gobierno inglés. Adrian se lamenta de que, en los planes de recuperación poscovid, incluyendo los destinados al NHS, la salud mental no ocupa el lugar que se merece, vaya, que no recibe toda la pasta que necesita para asistir a la legión de ingleses que esperan a recibir atención como dios manda.

Opinion

Why has mental health been forgotten in the government's recovery plans?

BMJ 2022 ; 376 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.o585 (Published 04 March 2022)
Cite this as: *BMJ* 2022;376:o585

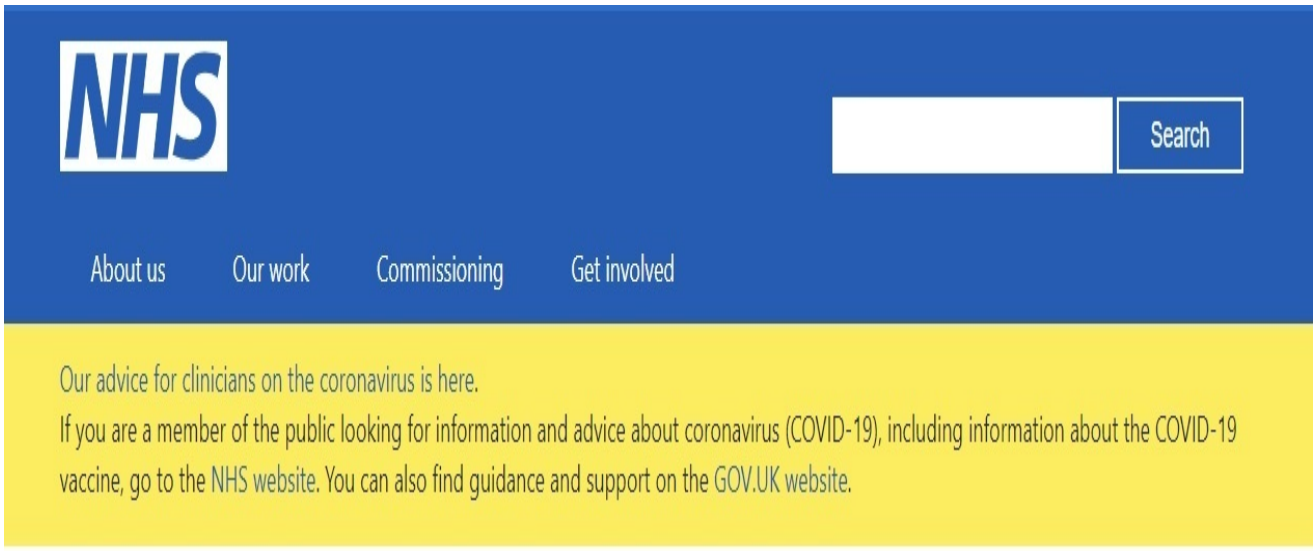
Es posible que hagamos mal las cuentas y algo se nos escape, pero, por lo que nos dice la wiki, Inglaterra tiene unos 56 millones de habitantes. Sí, tal y como leemos y entendemos en la noticia, solo el año pasado, 4,3 millones de ingleses e inglesas fueron derivados a salud mental y quedan aún 1,5 millones adicionales esperando, esto supone que prácticamente el 10% de la población ha sido derivada el año pasado a salud mental. De seguir así, solo en 10 años, el 100% de la población habría

sido atendida y, si nos atenemos a las expectativas, Inglaterra quedaría libre no solo de enfermedad mental, sino de sufrimiento emocional. Si extrapolamos estos datos a Bizkaia, con algo menos de 1200000 habitantes, ponernos a la altura de los ingleses supondría haber recibido en nuestros servicios el pasado año a unas 100.000 personas nuevas, unas cinco veces más de las que realmente recibimos, una cifra que ya parece considerable. Y, además, se esperaría que todas estas personas disfruten de atención de calidad, sin listas de espera apreciables y con sesiones y consultas frecuentes.

Y es que, detrás de esa expresión, salud mental, cabe todo, una espesura sin matices donde las personas que padecen trastornos mentales graves, esquizofrenia, depresiones graves, trastorno bipolar, trastornos graves de la personalidad, adicciones, trastornos de ansiedad incapacitares como la agorafobia o el trastorno obsesivo compulsivo quedan enterradas por, virtualmente, toda la población en busca de alivio. Esto se espera que se solucione poniendo dinero, psicólogos y psiquiatras en los servicios de salud mental. Es decir, se propone prevenir los incendios contratando bomberos. Y esto es generoso, porque los bomberos, al final, son bastante más efectivos apagando incendios que los psicólogos y psiquiatras arreglando problemas e insatisfacciones, no hay más que mirarnos.

Hay que recordar que ya hace ya casi quince años, Reino Unido puso en marcha un programa, el I mproving Access to Psychological Therapies (IAPT en adelante), más o menos un sistema de atención escalonada de bases cognitivo conductuales, desde acceso a materiales online informativos, terapia cognitivo conductual asistida por ordenador, psicoeducación, atención telefónica, etc.

default watermark



Uno de los argumentos para poner esto en marcha, por iniciativa de Richard Layard (un economista de la *London School of Economics* interesado en la felicidad de la gente) y el psicólogo cognitivo-conductual David M Clark, fue el de que todo el sistema de atención se pagaría a sí mismo, en la confianza de que la reducción en los costos de las bajas laborales, el incremento en la productividad y la disminución de prestaciones por discapacidad, iban a compensar con creces los costes del programa. No vamos a analizar aquí las cifras del IAPT pero, por hacerse una idea, según sus propias cifras, en marzo de 2021 había casi 15.000 personas, con diversos niveles de formación, trabajando en el programa (el 82% mujeres), un 1% (uno por ciento, sí), psicólogos clínicos. No hemos encontrado (ni buscado mucho), el total de personas que han pasado por el programa desde su creación pero, si tomamos, por ejemplo, la referencia de noviembre de 2021, solo en ese mes iniciaron terapia en el programa 115.000 personas. Así que podemos deducir que son ya millones las personas que han recibido o reciben atención en este sistema escalonado que, suponemos, debiera aliviar considerablemente la presión sobre la atención especializada que podría encargarse con más calma y tiempo a los pacientes de mayor gravedad. Si nos atenemos a la noticia que publica el BMJ o bien esto no está sucediendo exactamente así o bien toda Inglaterra está fatal. Pero fatal, fatal.

Y no es de extrañar; en 2017 un informe de Mental Health Foundation, concluía algo tan extraordinario como que las dos terceras partes de los británicos dicen haber experimentado un problema de salud mental. Lo extraordinario es el caso de ese tercio que parece vivir (de momento, que no se confíen), feliz y contento. Y eso, sin pandemia. Al ritmo actual de aproximadamente 1,6 millones de derivaciones al programa IAPT anuales, hacer pasar a todos va a ser una tarea ardua. Aunque según los datos disponibles,

el 42% de las personas que entran en el programa solo completa una única sesión del mismo. No es que los criterios sean exigentes, en realidad, para considerar que un paciente ha completado la intervención, solo hace falta que atienda a dos sesiones. Así que, casi la mitad, ni siquiera cumple el mínimo.

Otro indicador al que quizás habría que hacerle caso es el del uso de antidepresivos; entre 2008 y 2016, años en los que ya estaba establecido el IAPT, las prescripciones de antidepresivos se han ido incrementado en UK un 8,5% anualmente (*Health and Social Care Information Centre, World Health Organization, NHS Choices).* En 2017-2018,el 17% de la población adulta británica estaba tomando medicación antidepresiva. Y eso era antes de la pandemia.

SUFRIMIENTO PSIQUIÁTRICO IRREMEDIABLE Y EUTANASIA

Aunque lo publica el *Canadian Medical Association Journal*, el estudio lo realizan investigadores holandeses y en el contexto de la aplicación de la eutanasia en ese país. Y nos ha parecido muy interesante el abordaje: cómo se puede establecer y aplicar el concepto de “sufrimiento irremediable” en el ámbito de la psiquiatría y la aplicación de la eutanasia por razones psiquiátricas. El término “irremediable” implica la certeza de que no existe ninguna esperanza de poder aliviar o mitigar el sufrimiento duradero y que no existen alternativas terapéuticas razonables. Y ya a primera vista puede anticiparse que este es un concepto mucho más fácil de aplicar a enfermedades como el cáncer avanzado, enfermedades neurológicas degenerativas o lesiones muy limitantes (como las tetraplejias) que a los trastornos psiquiátricos. No solo en la propia valoración del sufrimiento, sino también en la incertidumbre de las evoluciones a largo plazo y de la efectividad de los tratamientos. Los autores realizan un estudio cualitativo con once psiquiatras holandeses con experiencia en este campo a través de entrevistas semiestructuradas.

default watermark

En 2023, Canadá se unirá al pequeño grupo de países que permiten la eutanasia para personas con enfermedades psiquiátricas (o, mejor dicho, por razones psiquiátricas). Holanda lo viene aplicando ya desde hace más de 20 años, con un marcado incremento de los casos en la última década, alcanzando los 88 casos en 2020 (un 1,3% del total de eutanasias practicadas). Las demandas son mucho mayores que las finalmente autorizadas; un 90% no se llevan a cabo, en ocasiones por desistimiento, pero en muchas ocasiones por ser denegadas al entenderse que no reúnen los criterios: competencia del paciente para realizar la solicitud, consideración del sufrimiento generado por la enfermedad como insoportable e irremediable y la ausencia de alternativas terapéuticas razonables.

Volviendo a lo irremediable. Los psiquiatras entrevistados ponen el dedo en la llaga acerca de las limitaciones de la psiquiatría a la hora de establecer diagnósticos, pronósticos y, probablemente, tratamientos razonables.

“Todos conocemos ejemplos de personas con, por ejemplo, depresión resistente a

“Creo que [en psiquiatría] es muy complicado [establecer la irremediabilidad];

“(Hiperbólicamente) creo que, si el mismo paciente es atendido por 10 psiquiat

“Solo tenemos que aceptar que siempre habrá cierto grado de incertidumbre. En

default watermark

Algunos de los participantes argumentan que un pronóstico fiable es poco menos que imposible. Y que establecer que no existen opciones terapéuticas, es también una empresa de dudoso consenso.

“En psiquiatría, casi nunca se da el caso de que no haya ninguna opción de tra

“Casi nunca es posible predecir nada en psiquiatría. … Y, al mismo tiempo, tam

“Nuestras pautas basadas en evidencia [se basan en personas que querían recibi

Y esto es muy interesante, nos parece:

“Creo que la motivación de alguien puede verse influenciada cuando la eutanasi

No sabemos si, a vosotros, esto os resulta interesante, pero a nosotros nos ha dado qué pensar, no solo en lo que se refiere a la posible práctica de la eutanasia por razones psiquiátricas, sino en los propios fundamentos que subyacen a nuestra práctica y nuestra relación con los pacientes.

www.psicobotikas.eus

RSMB2022

ARCHIVO

Todas las imágenes, vínculos a páginas y referencias utilizadas en este boletí

Categoría

1. Boletín

Fecha de creación
abril 2022
Autor
admin

default watermark