



La realidad de las ciencias de la salud mental: limitaciones de la psicología y los crímenes de la psiquiatría



Indice de contenidos

A.-Introducción

B.-Contenidos

- 1.-Introducción a la enfermedad mental y a las ciencias de la salud
 - 1.1.-La enfermedad mental
 - 1.2.-Diferencias entre la psicología y la psiquiatría
- 2.-Psicología
 - 2.1.-Metodo de la psicología y teorías psicológicas
 - 2.2.-Psicología básica y psicología aplicada
 - 2.3.-Terapias psicológicas
- 3.-Psiquiatría
 - 3.1.-El DSM-IV-TR: trastornos por votación
 - 3.2.-En resumen ¿para qué etiquetarte?
 - 3.3.-TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad)
 - 3.4.-Ansiedad y benzodiazepinas
 - 3.5.-Depresión, antidepresivos y terapia electroconvulsiva
 - 3.6.-Esquizofrenia
 - 3.7.-DSM-V: la psiquiatría busca nuevos blancos sobre los que disparar
 - 3.8.-Hospitales psiquiátricos: cárceles en el nombre de la ciencia
 - 3.9.-El psiquiatra como argumento de autoridad: el señor de la bata

A.-Introducción

En primer lugar exponer los objetivos de este fanzine. El objetivo es dar a conocer algunas limitaciones de la psicología y los crímenes de la psiquiatría. Con respecto a la psicología, solamente exponer algunas quejas sobre si es realmente válido aplicar los conocimientos psicológicos estando esta disciplina en su infancia temprana. Es posible que los psicólogos se hayan adelantado a la hora de intentar aplicar unos conocimientos que actualmente son, cuanto menos, inexactos (si tienes conocimientos inexactos solo cabe esperar que tengas aplicaciones inexactas). Con respecto a esta queja sobre la psicología, nada mas que decir sobre ella y felicitar a los investigadores (a todos excepto a los que investigan torturando animales) por su originalidad a la hora de tratar de investigar los procesos psicológicos. También comentar que los métodos de tratamiento que emplea la psicología, aunque son muchos de dudosa validez, no tienen consecuencias tan dramáticas como los tratamientos que prescribe la psiquiatría.

Con respecto a la psiquiatría, que es el principal objetivo de este fanzine, quiero exponer los crímenes que está realizando contra la humanidad en la actualidad en el nombre de la ciencia (dejando mas de lado los crímenes cometidos por ella en el pasado). Quiero exponer, en primer lugar, como se nos engaña presentando argumentos científicos aparentemente convincentes, pero que realmente no suelen pasar de meras hipótesis y especulaciones en base a las cuales se proponen remedios de dudosa validez y seguridad. En segundo lugar quiero hacer saber lo peligrosos que son estos remedios basados en hipótesis para la salud del paciente, y que suelen destruir a las personas mas que reconstruirlas. En tercer lugar quiero exponer uno por uno los principales trastornos y grupos de trastornos, con sus correspondientes fármacos. En algunos casos propondré alguna posible alternativa a los tratamientos psiquiátricos mas controvertidos.

Quiero dejar claro que las ideas que se exponen en este fanzine no son un dogma. Con esto quiero decir que son susceptibles de cambiar

cuando encuentre evidencias de que me estoy equivocando, porque no puedo criticar a una pseudociencia como la psiquiatría comportandome como ella. Esta es la primera versión de este fanzine en contra de la psiquiatría, y asumo que me puedo equivocar y cuando sea consciente de que lo haga, lo rectificaré en las posteriores versiones de este texto. Voy a dejar una dirección de correo a la que me podéis escribir si detectais alguna cosa en la que me pueda estar equivocando, y revisaré vuestras opiniones cuidadosamente para ver si realmente tengo algo que rectificar en el fanzine. Vuestras críticas son muy importantes para mi, así que las voy a recibir con agrado y gratitud. La dirección es:

psiquiatriciano123@hotmail.com

B.-Contenido

1.-Introducción a la enfermedad mental y a las ciencias de la salud mental

1.1.-La enfermedad mental

El término enfermedad mental quedo en desuso hace ya bastante tiempo. Uno de los contribuyentes a la caída de este concepto fue Thomas Szasz, con su obra "El mito de la enfermedad mental", en la que afirma que las enfermedades mentales no son una enfermedad como tal porque no cumplen el requisito para serlo. Para que una enfermedad mental se pueda denominar enfermedad es necesario que se pueda demostrar un fallo orgánico en el sistema nervioso, cosa que no ocurre en ninguna entidad diagnóstica psiquiátrica (seguramente existen fallos orgánicos en algunos trastornos, lo que pasa es que aún no se conocen). Como mucho pueden ser denominadas síndromes (un síndrome es un conjunto de síntomas que acostumbra a aparecer asociados). No hay ni tan solo un trastorno psiquiátrico del que se conozcan las causas a ciencia cierta, por lo que no se las puede llamar enfermedades, y menos todavía "enfermedades mentales".

En la actualidad, el término "enfermedad mental" ha sido sustituido por "trastorno mental", aunque incluso el manual diagnóstico de psiquiatría actual (DSM-IV-TR) es incapaz de definir con precisión dicho concepto (la American Psychiatric Association -APA- dice que el término de trastornos mentales persiste por el siguiente motivo: *"ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo"* [DSM-IV página XXI de la introducción]). Los mismos psiquiatras dicen en su manual diagnóstico de trastornos mentales (DSM-IV-TR) que no hay una definición que especifique lo que es un trastorno mental: *"Es más, a pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto de trastorno mental"* (DSM-IV, página XXI de la introducción).

A pesar de que no halla ninguna causa demostrada de los trastornos, en la actualidad se tratan muchos trastornos como si fueran enfermedades médicas. Hoy día se considera que una gran parte de los trastornos mentales se debe a un desequilibrio químico en diversas regiones del cerebro y que la única forma de restablecer el desequilibrio químico es mediante la administración de fármacos que realizan la función de la sustancia deficitaria. Sería correcto tratarlas como enfermedades si el modelo de desequilibrio químico hubiera sido demostrado, pero como podrá comprobar en prácticamente todos los manuales de psicofarmacología, esta propuesta no ha sido demostrada a ciencia cierta (por el contrario si que ha sido demostrado a ciencia cierta que un diabético tienen un déficit en la producción de insulina). Veremos que basándose en este desequilibrio químico se van a administrar psicofármacos de muy diversa índole, y que entrañan una gran cantidad de riesgos. Joseph Glenmullen, de la Escuela Médica de Harvard dice: *"en la medicina hay criterios estrictos para darle el nombre de enfermedad a una condición... en la psiquiatría no tenemos aún ninguna prueba de causa fisiológica para cualquier diagnóstico psiquiátrico"*.

1.2.-Diferencia entre la psicología y la psiquiatría

La psicología es la disciplina que trata de estudiar la conducta y los procesos mentales (procesos cognitivos) humanos, valiéndose para ello del método científico. La psiquiatría es una rama de la medicina que se encarga del estudio y tratamiento de los trastornos mentales. Los psiquiatras están autorizados para recetar fármacos mientras que los psicólogos no porque no alcanzan la cualidad de médicos (cabe decir que en algunos países si que tienen la autorización). Los psiquiatras, por tanto, aplican tratamientos farmacológicos (mayoritariamente, aunque en algunas ocasiones pueden aplicar terapia), mientras que los psicólogos aplican terapias psicológicas.

2.-Psicología

2.1.-Método y teorías psicológicas

La psicología emplea el método científico para estudiar el funcionamiento de los procesos cognitivos y de la conducta. El método más destacado dentro del método científico es el método experimental. Este método consiste en el planteamiento de hipótesis que son contrastadas empleando **herramientas estadísticas**. A partir de los resultados obtenidos se generan teorías que tratan de explicar el funcionamiento de los procesos cognitivos y de la conducta humana. La aplicación del método científico es totalmente válida para hacer ciencia, pero presenta el problema de que una teoría no es una verdad absoluta, de hecho muchos autores diferentes van a proponer diferentes teorías para explicar un mismo fenómeno.

2.2.-Psicología básica vs aplicada

Existen dos ámbitos en la psicología, que son el ámbito de la psicología básica y el ámbito de la aplicada. La psicología básica es la que trata de investigar la conducta y los procesos cognitivos (o procesos "mentales" como la memoria, la atención, la percepción...) empleando el

método científico para tal fin. Por otra parte, la psicología aplicada es la parte de la psicología que trata de aplicar los conocimientos adquiridos en la investigación en la psicología básica.

La psicología básica en si misma no tiene nada de malo. El problema es que en psicología básica rara se llega a una conclusión convincente en el estudio de un fenómeno mental. De hecho, en muchas ocasiones se formulan teorías para explicar el mismo fenómeno mental que son radicalmente opuestas, y los autores de cada teoría suelen mantener acalorados debates sobre que teoría es la correcta. Por tanto, cuando encontramos diferentes explicaciones para un mismo fenómeno... y si queremos aplicar los conocimientos obtenidos sobre ese fenómeno ¿a que teoría nos ceñimos para aplicar los conocimientos? ¿a la teoría A, B, C...?. No sabemos realmente a que teoría ceñirnos por que no se ha llegado a ninguna conclusión unánime.

2.3.-Psicoterapias

En este texto lo que se pretende exponer es la validez de aplicación de las terapias psicológicas. Se calcula que existen en torno a 400 escuelas de psicoterapia para adultos y 200 escuelas para niños (Kazdin, 1994). Otros autores afirman que se pueden incluir todas estas escuelas en 17 categorías genéricas (Goldfried y Wolfe, 1996). En efecto, como se puede observar son una enorme cantidad de escuelas diferentes, y cada una de estas escuelas se basa en unos datos y en unas teorías diferentes. Por tanto, existen casi tantas terapias como teorías, por lo que posiblemente halla terapias basadas en teorías diametralmente opuestas, lo que, en caso de que sea cierto, constituye una importante contradicción (un día podemos acabar en la consulta de el señor que ofrece la terapia A, y otro día acabar en la consulta de otro señor con una terapia totalmente opuesta). Solo las terapias que estén basadas en teorías sólidas podrían llegar a ser medianamente válidas.

Aún así debemos ser cautos a la hora de hablar de la validez de las

terapias psicológicas. Existen estudios que avalan algunos tipos de terapia para el tratamiento de diferentes síndromes. Por ejemplo, si que parece ser efectiva la terapia de exposición para el tratamiento de las fobias (se hablará de esto en el apartado sobre la ansiedad). Sin embargo, debe tenerse cuidado con las terapias psicoanalíticas (también llamadas psicodinámicas), porque se basan en una teoría que no procede de datos científicos, sino de la mera especulación, por lo que creer en esta escuela psicológica es sencillamente superstición (pueden verse las terapias con datos a su favor y en su contra que ha recogido Alejandro Castro Solano en su artículo *¿Son eficaces las psicoterapias?*, del cual se han tomado referencias en este escrito). También debe mencionarse que las terapias pueden no funcionar porque hay mucho incompetente (e incluso estafador) suelto por las consultas de psicología. También debemos tener en cuenta que en muchas ocasiones las terapias pueden funcionar por la empatía del terapeuta o por el mismo efecto placebo, ya que hay muchos psicólogos que tienen su propio modelo terapéutico (lo que significa que no están aplicando sus conocimientos teóricos adquiridos durante su formación, sino su sentido común -cosa que podemos hacer también los buenos amigos de una persona con problemas-). De hecho, hay una frase anónima que resume esta última idea, y que presento a continuación: *"un amigo es un psicólogo barato; un psicólogo es un amigo caro"*. No obstante puede ser bueno para muchas personas acudir a una terapia porque el mero hecho de acudir a una terapia es, de alguna manera, la toma de conciencia del problema por parte del paciente y suele reforzar la voluntad de mejorar y tratar de solucionar sus problemas.

Con respecto a la psicología, no hay mucho más que decir. Debe tenerse en consideración que la psicología es una ciencia que se encuentra aún en su infancia temprana, por lo que debe tenerse mucho cuidado en la aplicación de los conocimientos científicos que de ella se desprenden, dado que son muy inexactos (esto puede observarse en cualquier manual de psicología básica), y unos conocimientos inexactos darán lugar a terapias inexactas. Realmente, en muchos aspectos los

psicólogos están intentando aplicar los conocimientos científicos antes de que sean sólidos, lo que se traduce en terapias que en muchos casos, no funcionan. Es como si en la arquitectura se pretendieran aplicar ecuaciones no descubiertas en la construcción de un edificio. Sin embargo, a pesar de los contras que puedan observarse en la aplicación de la psicología, no se puede comparar con las atrocidades cometidas por la psiquiatría.

3.-Psiquiatría

3.1.-El DSM-IV-TR: trastornos por votación

El DSM-IV-TR es el manual editado por la American Psychiatric Association (APA), y es el manual de diagnóstico empleado por la prácticamente todos los psiquiatras. Muchos trastornos que aparecen en este manual (una cantidad de trastornos sin precedentes, cabe decir) ha sido elegidos por votación. Así, una serie de expertos en la materia se reúnen una vez al año en una sala de la APA y escogen por votación que síntomas son propios de un trastorno o de otro. El nombre DSM son las siglas de "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales). Sin embargo, como podemos ver, este manual lo único que tiene de estadístico es la proporción de votos a favor o en contra de los síntomas de un trastorno. Las cifras lo dicen todo: existen 374 trastornos mentales, de tal forma que casi cualquier persona encaja en una etiqueta.

Un claro ejemplo de esta elección por votación es el de la homosexualidad. En las primeras ediciones del DSM se incluía la homosexualidad como un trastorno. Posteriormente, debido a la presión social de los colectivos homosexuales y a los nuevos valores liberales, la APA incluyó en la tercera edición del DSM-III la homosexualidad diferenciándola entre egodistónica (cuando la condición de homosexual perturba al sujeto) y homosexualidad egosintónica (cuando la homosexualidad es bien aceptada por el sujeto). Finalmente, se incluyó como trastorno de la orientación sexual la orientación sexual egodistónica (es decir, ser tanto homosexual como heterosexual y estar a

disgusto con la orientación). Aquí hemos visto un ejemplo de como la APA cambia de criterio diagnóstico cuando les conviene.

Otro ejemplo de trastorno con poco sentido y definido por votación, básicamente por que no hay pruebas neurológicas del mismo, es el trastorno aritmético, también conocido como discalculia. Este trastorno se diagnostica a niños que tienen dificultades a la hora de resolver problemas aritméticos, en concreto sumas, restas, multiplicaciones y divisiones, pero no tienen problemas para comprender razonamientos matemáticos mas complejos, como razonamientos algebraicos. Es un trastorno arbitrario donde los haya porque evidentemente muchos niños suelen presentar ciertas dificultades para resolver cálculos matemáticos. Además, ¿como un niño va a presentar problemas de razonamiento matemático mas complejo si no se les enseña hasta que son mas mayores? Una manifestación de este trastorno es que los niños realizan las operaciones ¡¡¡CONTANDO CON LOS DEDOS!!!, pensad ¿Quién no ha contado con los dedos? Volved a pensar ¿Quién no sigue contando con los dedos?. Un trastorno tan arbitrario pone de manifiesto el afán de etiquetar de los psiquiatras que redactan el DSM.

Otros dos trastornos que van en la misma linea del trastorno aritmético son el "trastorno de la expresión escrita" y el "trastorno de lectura". Los criterios diagnósticos en los tres trastornos son muy similares, solo que en uno se habla de habilidades matemáticas, en otro de la capacidad de la expresión escrita y en el otro de la capacidad de lectura. De hecho, lo unico que diferencia estos trastornos son estas tres capacidades. Adjunto a continuación (en la siguiente página) los criterios diagnósticos del DSM-IV de la discalculia y el trastorno de la expresión escrita para que se pueda comprobar su extrema similitud:

■ Criterios para el diagnóstico de F81.2 Trastorno del cálculo [315.1]

- A. La capacidad para el cálculo, evaluada mediante pruebas normalizadas administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de la esperada dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.
- B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren capacidad para el cálculo.
- C. Si hay un déficit sensorial las dificultades para el rendimiento en cálculo exceden de las habitualmente asociadas a él.

Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificarán en el Eje III.

■ Criterios para el diagnóstico de F81.8 Trastorno de la expresión escrita [315.2]

- A. Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), se sitúan sustancialmente por debajo de las esperadas dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia evaluada y la escolaridad propia de su edad.
- B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (p. ej., escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados).
- C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la capacidad para escribir exceden de las asociadas habitualmente a él.

La similitud tan extrema en estos trastornos solo muestra el afán de la APA por crear etiquetas en las que poder insertar a personas.

Otro ejemplo de trastorno absurdo es el trastorno adaptativo. Dicho trastorno se diagnostica a las personas que han tenido alguna circunstancia de cambio en la vida, como puede ser el cambio de colegio, la pérdida de empleo o un cambio abrupto de residencia. Se dice en el DSM-IV que una persona que "padezca" depresión o ansiedad tras la ocurrencia de un acontecimiento estresante como los descritos padece trastorno adaptativo (dependiendo de si muestra síntomas de depresión o ansiedad se diagnosticará trastorno adaptativo depresivo, trastorno adaptativo ansioso, o trastorno adaptativo mixto -cuando

presente ambos síntomas-). Existen dos tratamientos para este trastorno: 1) Como no, un tratamiento farmacológico que puede ser mediante antidepresivos (cuando cursa con depresión), ansiolíticos (cuando cursa con ansiedad -vease mas abajo benzodicepinas para los trastornos de ansiedad-), o con ambos cuando curse con depresión y ansiedad.; 2) Una terapia psicológica para el tratamiento del trastorno.

Podemos observar que el trastorno adaptativo lo único que manifiesta es un intento de la psiquiatría de patologizar fenómenos normales, como son los momentos estresantes de la vida cuando se produce un cambio significativo. ¿Es acaso patológico que suframos estrés cuando perdemos el empleo o cuando nos cambiamos bruscamente de vivienda? Para la psiquiatría si que es patológico, porque el único interés que tiene es que tu seas catalogado para que pagues un tratamiento con estos fármacos con los que tanto dinero ganan.

Vamos a exponer otro trastorno, cuanto menos, igual de arbitrario que los anteriores. Este trastorno es el Trastorno Afectivo Estacional (TAE), que consiste en que algunas personas experimentan estados depresivos en determinadas estaciones del año. Así, cuando una persona está triste porque ha llegado el invierno padece trastorno afectivo estacional. Los psiquiatras afirman que el trastorno afectivo estacional puede ocurrir en verano, pero que es más frecuente en invierno. El tratamiento de este trastorno se realiza de tres maneras. En primer lugar con fototerapia, que afirman que no es efectiva para muchos pacientes. En segundo lugar con psicoterapia. Y en tercer lugar, como no, con antidepresivos (que se pueden combinar con terapia de luz o psicológica). Vaya pretexto tan absurdo para aplicar un tratamiento con estos peligrosos fármacos.

El último trastorno arbitrario que voy a mencionar en este apartado es el trastorno disfórico premenstrual. Es bien sabido por todos (y sobre todo, por todas) que la menstruación acostumbra a acompañarse en muchas ocasiones de un cambio del estado de ánimo, experimentando tristeza muchas de las mujeres antes y durante la menstruación. Pero de

ahí a considerar estos síntomas como un trastorno psiquiátrico hay kilómetros. Una vez más encontramos varias soluciones para el trastorno disfórico premenstrual, dentro de las cuales se hallan los mágicos antidepresivos. ¿Es legítimo dar antidepresivos, con los efectos secundarios tan malignos que tienen, a personas que tienen problemas de este tipo en la menstruación? Que cada lector se responda a sí mismo a esta pregunta, pero dar antidepresivos para una cosa que suele ser normal en muchas personas (y no patológico) es poco legítimo. Aquí tenemos un ejemplo más de como nos etiquetan arbitrariamente para tener una excusa con la que drogarnos y ganar dinero.

Otro manual empleado es el CIE-10, que es el manual editado por la OMS, aunque su uso es mucho menos habitual que el del DSM. De todas formas el CIE-10 es paralelo al DSM por lo que los trastornos que aparecen en un manual tienen su correspondiente trastorno en el otro (el CIE-10 y el DSM-IV-TR están coordinados, tal y como se expone en las primeras páginas del DSM-IV).

3.2.-En resumen ¿Para que etiquetarte?

La APA genera una gran cantidad de trastornos mentales porque tienen un objetivo muy claro, que es conseguir etiquetar como enfermos mentales a la mayor parte de la población que les sea posible. No hace falta pensar mucho para entender porque quieren etiquetar a un número lo mayor posible de personas: **\$**. Conseguir que una persona sea catalogada es generar la necesidad de que esa persona acuda a consulta, y sobre todo, de que tome psicofármacos. Los psicofármacos no curan nada, solamente "controlan" la enfermedad, por lo que el tratamiento con medicamentos se cronifica en la persona, cronificando también los ingresos de las farmacéuticas debido a psicofármacos (el sector psiquiátrico también gana dinero de la venta de psicofármacos por que presuntamente hay un acuerdo entre las farmacéuticas y los miembros de la APA que redactan el DSM). Una gran cantidad de trastornos tienen su correspondiente psicofármaco, con el que tanto las farmacéuticas como la APA van a salir ganando cantidades enormes de dinero. En

concreto, la industria psiquiátrica gana 330 mil millones de dólares anuales, lo que constituye un tercio del billón de dólares cada año. De hecho, solo con lo que se gana con los cinco psicofármacos mas vendidos se obtienen unos ingresos de 18.000 millones de dólares (esta cifra es coincidente con el Producto Interior Bruto de la mitad de los países del mundo -evidentemente, la mitad mas pobre-). La Comisión Ciudadana por los Derechos Humanos afirma que no se ha encontrado ningún psiquiatra redactor del DSM que no tenga como mínimo relación con al menos una compañía farmacéutica, quienes comparten beneficios con ellos. Si bien esta afirmación puede resultar conspiranoica no es una afirmación que carezca de sentido y que bien puede ser cierta. Tendría sentido que la industria psiquiátrica inventara trastornos para recibir altas sumas de dinero procedentes de las farmacéuticas, por lo que es algo por lo que debemos desconfiar.

A continuación expondremos diferentes trastornos (Déficit de Atención, Depresión, Ansiedad y Esquizofrenia) y los tratamientos farmacológicos que se aplican a cada uno. Intentaré ser lo mas objetivo posible a la hora de exponer la utilidad (o inutilidad) de los fármacos. Por ejemplo, en el Déficit de Atención seré totalmente opuesto al uso de fármacos, y en la ansiedad podré aceptar un uso muy puntual de las drogas ansiolíticas.

3.3.-TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) y metilfenidato

Llegamos al asunto mas polémico en la actualidad sobre los trastornos mentales y la administración de psicofármacos, el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH, o ADDH o ADD por las siglas en inglés). En primer lugar, se diagnostica a un niño como enfermo por TDAH cuando manifiestan síntomas de inatención (le cuesta atender durante mucho tiempo seguido a la misma cosa...), síntomas de impulsividad (dificultad para reprimir conductas...) y síntomas de hiperactividad. Con estos síntomas se cataloga a una enorme cantidad de niños, y por cada niño catalogado dentro de esta etiqueta se recetará un tratamiento con una droga que se llama

metilfenidato, cuyo nombre comercial es Rubifen en España (entre otros nombres -véase también Concerta o Medikinet-) y Ritalin en EEUU (en EEUU también se administra un fármaco llamado Adderall, que contiene dextroanfetamina). La droga en cuestión tiene exactamente los mismos efectos farmacológicos a nivel neuronal que las anfetaminas, una droga considerada como "droga dura", y cuyo consumo está penado. Hay algo aquí que cuesta entender: consumir anfetamina está penado debido a las consecuencias que tiene, pero que los niños consuman una "anfetamina" que se llama de otra manera, no solo es legal, sino que es beneficioso para su salud mental. La respuesta está en que la venta de metilfenidato genera unas sumas de miles de millones de dólares al año. Un hecho que pone de manifiesto la necesidad por parte de la psiquiatría de etiquetar como TDAH a los niños es el espectacular aumento que ha habido desde la década de los noventa hasta hoy de los niños etiquetados con TDAH. Habiendo tanto dinero de por medio no es de extrañar que los psiquiatras quieran que haya esta "epidemia" de TDAH que no tiene precedentes.

No hay ningún test válido para detectar TDAH. Para poder diagnosticar correctamente sería necesario que existiera un test neuropsicológico que determinara que el niño tiene la disfunción cerebral que se supone que debe tener (déficit de dopamina). No se ha encontrado nunca ninguna causa de esta enfermedad: no se sabe porque se produce. Realmente no se ha demostrado ningún patrón de malfuncionamiento cerebral que explique el trastorno. Sin embargo, no ocurre lo mismo con el diabético, al cual se le dice de forma sencilla que tiene un déficit en la síntesis de insulina. Lo que ocurre con el TDAH es que es un trastorno que no existe y por tanto es imposible que se encuentre un correlato neuroquímico. Los "síntomas" del TDAH, lejos de ser patológicos, se acercan mas a la normalidad de muchos niños.

Realmente los niños que son catalogados por TDAH son niños que, como muchos otros, les cuesta mas concentrarse, son mas activos y mas impulsivos. Lo que ocurre es que esto no puede considerarse una

enfermedad cerebral, sino un patrón de forma de ser que es producto de las diferencias individuales. Aparentemente el metilfenidato "cura" el trastorno (o al menos lo tapa), porque las anfetaminas aumentan muy notablemente la atención, provocando que aumente el rendimiento del niño en clase. Pero la realidad es que en psiquiatría no se cura ningún trastorno, solo se "controlan" (el interés es que se prolonguen en el tiempo para que el paciente siga pagando el tratamiento de forma indefinida). Las consecuencias a largo plazo todavía no pueden saberse con certeza, pero serán similares a las de las anfetaminas.

También debemos mencionar uno de los fármacos empelados en EEUU, cuyo nombre químico es menos discreto que el del metilfenidato. En EEUU se comercializa un fármaco denominado Adderall para el tratamiento del déficit de atención, cuyos componentes activos son la dextroanfetamina (d-anfetamina) y la anfetamina racémica. Como vemos, este fármaco no solo funciona igual que las anfetaminas, sino que comparte el nombre con ellas. Estos fármacos están incluidos en la lista II de sustancias de la Ley de Sustancias Controladas de EEUU, y pertenecer a esta lista implica que dichas sustancias tienen un **alto** potencial de adicción y que pueden provocar dependencia física y/o psicológica (hay otras listas, como la lista IV, que incluye sustancias con un **bajo** potencial de abuso). El metilfenidato, dexmetilfenidato y dextroanfetamina pertenecen a esta lista, y según la regulación de esta lista no se pueden prescribir durante más de 30 días en tratamiento. Parece que esta restricción de 30 días máximos de tratamiento se pasa por alto con el tratamiento con metilfenidato, dexmetilfenidato y dextroanfetamina, pues el tratamiento con estos fármacos se realiza a durante años (conozco ejemplos de niños que llevan ya un año -y hay casos de dos, tres y más años de tratamiento-).

Desde que el metilfenidato y la d-anfetamina salieron al mercado se ha producido un consumo recreativo de los mismos. Muchas personas que acostumbraban a consumir "speed" (anfetamina) han optado por sus primos farmacológicos para evitar el "speed" adulterado. La

dextroanfetamina (también denominada en el argot como "dexis" por el nombre comercial del fármaco que llevaba este principio -"Dexedrina"-) fue empleada en España de forma recreativa cuando se prescribía en farmacias. De hecho es habitual entre adolescentes diagnosticados con TDAH que vendan sus pastillas de metilfenidato a otros compañeros. Vemos como estos fármacos prescritos para niños son empleados como si fueran speed, porque de hecho, lo son. Por tanto, si un psiquiatra no le daría una raya de speed a un niño, no debería ser tan hipócrita de darle estos psicofármacos.

3.4.-Ansiedad y benzodiacepinas

La ansiedad es una respuesta fisiológica que se produce por la anticipación de que algo peligroso va a ocurrir. Los síndromes de ansiedad suelen producirse porque el sujeto ha sufrido un ataque de pánico, en el que aparecen una serie de síntomas fisiológicos en los que el sujeto puede llegar incluso a creer que va a morir. Estos ataques de pánico llevan a la persona a evitar cualquier estímulo que pueda desencadenarlos (los estímulos desencadenantes pueden ser muy variados, desde un ratón o una araña, hasta estar en lugares públicos). Este miedo al ataque de pánico puede hacer que el individuo evite salir de casa para no tener contacto con los estímulos desencadenantes.

Como puede observarse, los síndromes de ansiedad pueden llegar a ser muy incapacitantes. Sin embargo, la adicción a los fármacos ansiolíticos que se emplean para el tratamiento de la ansiedad es, cuanto menos, igual de discapacitante, y lo peor de todo es que **no curan nada**, únicamente son capaces de controlar los síntomas de la ansiedad. La familia de fármacos empleada para el tratamiento de la ansiedad y las fobias son las benzodiacepinas (diazepam -valium-, clonazepam, alprazolam... y un largo etc.). Estos medicamentos pueden presentar varias funciones: ansiolíticos, sedantes-hipnóticos, relajantes musculares, anticonvulsivos y amnésicos. Los efectos ansiolíticos de estos fármacos provocan una disminución de los síntomas asociados a la

ansiedad mientras dura el efecto, pero no hay ninguna prueba de que el tratamiento diario con estos fármacos conduzca a la curación del trastorno de ansiedad, sin embargo si que hay pruebas de que el tratamiento diario con estos fármacos conduce a una de las peores adicciones a sustancias. Las benzodiacepinas provocan un síndrome de abstinencia físico de gran potencia, en el que se incluyen temblores, respiración lenta y otros. Una muestra de la magnitud de dicho síndrome es que no se recomienda abandonar el tratamiento de forma abrupta porque puede llegar a ser peligroso. Además, la abstinencia de estos fármacos suele producir síntomas depresivos y ansiosos, por lo que dejar de consumirlos acaba provocando los mismos síntomas por los que fueron recetados, entrando en un círculo: consumir benzodiacepinas para calmar los síntomas ansiosos y depresivos, y no dejarlos nunca porque dejarlos provoca a la larga esos mismos síntomas. En cuanto a las propiedades de este fármaco, en ningún caso son curativas, puesto que no hay ninguna demostración de que restablezcan a la larga un desequilibrio químico; sin embargo si que tiene propiedades lucrativas, lo que se demuestra en que se gana una enorme suma de dinero con estos fármacos.

La clave de que se empleen las benzodiacepinas en el tratamiento de la ansiedad esta en que tienen efecto ansiolítico y son capaces de eliminar los efectos de la ansiedad a corto plazo. Sin embargo, el uso de benzodiacepinas como tratamiento diario solo puede conducir a la adicción. Usar estos fármacos solo podría resultar útil si se emplearan de una forma sensata, administrándose solamente cuando se produzca un ataque de pánico. Esto permitiría que se redujera la ansiedad en un ataque de pánico y evitaría que el sujeto tuviera que tomar dosis diarias de estos peligrosos medicamentos. Otro uso racional y que podría resultar terapéutico sería consumir una dosis antes de realizar una terapia de exposición, lo que explicare a continuación.

Como alternativa a los tratamientos de la ansiedad se puede probar con la terapia de exposición, que consiste en exponerse de forma paulatina a

el estímulo que causa los ataques de pánico (por ejemplo, si se tiene fobia a los ratones, exponerse a los ratones de forma paulatina). Es una terapia psicológica, por lo que es posible que su validez pueda ser mayor o menor (aunque en el ámbito de la terapia de exposición parecen haber resultados que la avalan), pero desde luego que no presenta los síntomas tan peligrosos como los que pueden provocar las benzodiacepinas. Lo que se podría hacer con la terapia de exposición es administrar una dosis que rebajara un poco los niveles de ansiedad para que el sujeto pudiera exponerse al estímulo que le causa fobia de una forma no sufrida. Dado que la terapia de exposición no se aplica todos los días, se evitaría que el sujeto tuviera que consumir una dosis por la mañana y otra por la tarde todos los días, evitándose de este modo que se produjeran problemas de dependencia a estos fármacos.

3.5.-Depresión, antidepresivos y terapia electroconvulsiva

En primer lugar decir que hay varias generaciones de antidepresivos. En la primera generación se incluyen los IMAO (IMAO A y B) y los antidepresivos tricíclicos. Estos antidepresivos generan una serie de efectos secundarios bastante indeseables. La nueva generación de antidepresivos se conforma principalmente por los ISRS, que tienen unos efectos secundarios supuestamente mucho más reducidos y menos indeseables, cosa que no parece respaldar el propio prospecto del medicamento (ni tampoco una enorme cantidad de estudios que demuestra que el antidepresivo ISRS más conocido, "Prozac" -fluoxetina-, es la sustancia con más efectos secundarios registrados).

No voy a centrarme demasiado en si estos fármacos realmente hacen efecto o no lo hacen (los estudios más optimistas arrojan datos de que solo un 60% de los pacientes va a experimentar una remisión de los síntomas **-que no curación**, pues los estudios más optimistas también reflejan que el abandono del fármaco conduce en la mayoría de los casos a una recaída-, y los estudios más pesimistas muestran que los ISRS son igual de efectivos que una sustancia inocua -es decir, que no sirven para

nada). En lo que quiero centrarme es en la ligereza con la que se han introducido los ISRS en el mercado y la ligereza con la que se recetan, una ligereza claramente sospechosa.

La aplicación de estos medicamentos al tratamiento de la depresión se realiza en base a la hipótesis del déficit serotoninérgico en la depresión. Según esta hipótesis, existe un fallo en algún mecanismo neuronal que provoca que no se libere suficiente serotonina en la sinapsis (conexiones entre las neuronas), o que no halla suficientes receptores de serotonina. Realmente esta propuesta, si bien puede parecer prometedora, no ha dejado de ser hipótesis en la actualidad. Lo correcto sería que no se aplicarían remedios para un trastorno basados en un déficit hipotético y NO DEMOSTRADO, como es la propuesta de la depresión. Sin embargo las industrias farmacéuticas están administrando decenas de fármacos diferentes para el tratamiento de este déficit hipotético. Actualmente no existe ningún método para medir los niveles de serotonina de una persona viva, por lo que, cuando un psiquiatra receta un antidepresivo a un paciente con depresión, se lo está recetando basándose en una hipótesis que no ha sido demostrada. Existen estudios que demuestran que los pacientes con depresión leve y moderada no mejoran en absoluto al tomar antidepresivos con respecto a otros sujetos deprimidos que toman una sustancia inocua (un placebo). Si los antidepresivos fueran tan útiles sería de esperar que los individuos que toman antidepresivos experimentarían una mejoría significativa con respecto a los pacientes de control. Realmente, la hipótesis del déficit serotoninérgico en la depresión (y del desequilibrio químico cerebral en los trastornos mentales en general) es una campaña de marketing de drogas, que ha conseguido que creamos en él de forma incondicional. Es una estrategia de marketing extremadamente bien montada que nos hemos creído todos y cuyo único fin no es la salud mental de las personas, sino el bolsillo ya bastante abultado de las industrias farmacéuticas.

Otra evidencia que pone de manifiesto la falsedad de la hipótesis del

déficit serotoninérgico viene de la mano del Doctor David Burns. Este doctor dedicó mucho tiempo intentando encontrar evidencias a favor de la hipótesis serotoninérgica durante años, sin embargo no encontró nada. Citaremos sus palabras textuales sobre sus conclusiones en esta investigación: *“pasé los primeros años de mi carrera, investigando a tiempo completo el metabolismo de la serotonina, pero nunca encontré ninguna evidencia convincente de que cualquier trastorno psiquiátrico, incluyendo la depresión, fuera debido a una deficiencia de serotonina del cerebro”*. Sin embargo, se aplican antidepresivos a una enorme cantidad de personas, con los efectos secundarios que acarrearán. Por otra parte, el doctor C. Colbert de la Universidad de Colorado expone: *"sabemos que la teoría del desequilibrio químico jamás se ha comprobado para las enfermedades mentales"*. Por último, el Doctor Elliot Valenstein, profesor emérito de Psicología de la Universidad de Michigan afirma: *"No existen pruebas de laboratorio disponibles para determinar el estado químico del cerebro de una persona viva"*. De hecho, en un estudio que se realizó en Reino Unido, se preguntó a seis instituciones psiquiátricas que evidencias tenían a favor de la teoría del desequilibrio químico en el cerebro. De esas seis instituciones, tres no contestaron, y las otras tres respondieron que no tenían evidencias.

Los antidepresivos provocan diversos efectos secundarios. Entre los efectos secundarios que se han observado ha aparecido en determinados sujetos un efecto denominado acatasia (a- "de no poder", y *katasia* de "sentarse" -"no poder estar sentado"- se volverá a este tema cuando se hable de los fármacos antipsicóticos). La acatasia se manifiesta por una extrema intranquilidad tanto externa (movimientos balanceantes de un pie a otro estando de pie, entre otros) como interna (los sujetos que sufren acatasia la describen como una sensación terrible -algunas descripciones del estado subjetivo son "como saltar de mi piel", "incapaz de sentirme cómodo en cualquier posición"...-). Se ha observado que existe una relación bastante frecuente entre acatasia e ideaciones suicidas e incluso homicidas. De hecho, desde el lanzamiento del Prozac (fluoxetina) y hasta 1993 (aproximadamente en seis años) se

registraron 1885 tentativas de suicidio y 1089 suicidios consumados (de hecho, antes de dos meses del lanzamiento de Prozac ya se habían producido 15 suicidios asociados a él -esto ocurrió en la última fase de prueba del medicamento y aún así se lanzó al mercado-). En la fase de prueba se registraron 27 muertes (otras sustancias han sido prohibidas a la primera muerte producida). Asimismo, a fecha de 1993 se habían redactado 28623 informes de reacciones adversas al Prozac. De hecho es la sustancia con más reacciones adversas descritas que existe en el mundo (no hay sustancia en el mundo con mayor número de efectos secundarios que el Prozac). Estos datos aparecen en una revista norteamericana llamada FREEDOM que colabora en las investigaciones con la Comisión Ciudadana por los Derechos Humanos (CCDH).

Cuando se llega a la conclusión de que un individuo es resistente a los tratamientos con antidepresivos porque no experimenta ninguna remisión se pasa a un "tratamiento" de terribles consecuencias: la terapia electroconvulsiva (TEC). La aplicación de la terapia electroconvulsiva se inició porque en un matadero de cerdos de Roma, el señor Ugo Cerletti observó como los electrochoques dejaban a los cerdos totalmente dóciles. Al señor Cerletti se le ocurrió la idea de aplicarlo a los seres humanos en los tratamientos psiquiátricos. Desgraciadamente, la idea fue aceptada con agrado.

La TEC consiste en aplicar fuertes descargas eléctricas a los pacientes, que oscilan entre los 50 y los 400 voltios (para hacerse una idea de esta potencia, es el equivalente del voltaje de una máquina empleada en las industrias). Antiguamente era conocida como "electrochoques o electroshock", pero se le cambió el nombre a "terapia electroconvulsiva" cuando se le aplicaron "mejorías" que consistían en la aplicación de anestesia y relajantes musculares (para evitar que se produjeran los terribles efectos de las convulsiones que los electrochoques provocan sin el relajante muscular). Sin embargo, estas mejorías solo hacen que la TEC sea más higiénica, evitando que se produzcan las fuertes convulsiones que provoca la descarga (que pueden llegar a provocar

fracturas de huesos). El problema es que aunque la TEC sea más higiénica en la actualidad, la fuerte corriente eléctrica sigue recorriendo el sistema nervioso y el cuerpo del individuo, causando efectos devastadores. Uno de los efectos más catastróficos de la TEC es la amnesia permanente que sufren algunos pacientes (por fortuna son minoría), sin embargo todavía se atreven a defender que la TEC no causa ningún tipo de daño cerebral. Viendo los efectos secundarios amnésicos de la TEC, nos podemos hacer a la idea de que los efectos de la corriente son terribles, sin embargo los psiquiatras aún se atreven a jugar con la memoria de las personas aplicando esta terapia pseudocientífica y por consiguiente siguen destrozando vidas, tanto la del paciente, como la de los familiares.

Esta terapia no tiene absolutamente ningún rigor científico. De hecho, los argumentos que se esgrimen para defenderla suelen ser como el que sigue: "*no sabemos realmente sobre que procesos neurológicos actúa la TEC, pero parece ser que funciona. **Es probable** que los efectos que produce sean debidos a la movilización de neurotransmisores que provoca la corriente eléctrica*" (Psicofarmacología esencial de Stahl, donde podemos observar que lo único que baraja es una "probabilidad" y no un hecho científico). Es muy grande la osadía de aplicar un tratamiento con estas consecuencias cuando no se está ni en la punta del iceberg del conocimiento de los mecanismos con los que funciona (sencillamente, no se tiene "ni idea" de como funciona).

La terapia electroconvulsiva no ha sido aplicada solamente para el tratamiento de la depresión. En tiempos anteriores se ha empleado para tratar la esquizofrenia porque se afirmaba que "*la esquizofrenia y la epilepsia no pueden coexistir en un paciente; una persona que tenga esquizofrenia no puede tener simultáneamente epilepsia, por lo que la aplicación de electrochoques -que causan ataques epilépticos- debería eliminar la esquizofrenia en el paciente*". No ha habido nunca argumentos científicos a favor de esta postura, sin embargo se ha aplicado a la esquizofrenia.

3.6.-Esquizofrenia

La esquizofrenia es un conjunto de síntomas que incluyen síntomas positivos (alucinaciones...) y síntomas negativos (falta de capacidad cognitiva...). No todos los pacientes presentaran los mismos síntomas ni todos los síntomas aparecen siempre. La catalogación de este síndrome como enfermedad se debe una vez mas al modelo del desequilibrio químico de la enfermedad (aunque posiblemente este síndrome si que sea una enfermedad -aunque solamente podrá llamársela enfermedad cuando se sepa a ciencia cierta sus causas físicas en el cuerpo-). En este caso se afirma que hay un exceso de dopamina en la "vía dopaminérgica mesolímbica" (1) (lo que provoca los síntomas positivos) y que hay un déficit de dopamina en la "vía dopaminérgica nigroestriada" (2). Una vez mas este modelo de desequilibrio químico no ha sido comprobado jamás, por lo que no pasa de ser una hipótesis.

Los fármacos que se emplearon en un principio para el tratamiento de la esquizofrenia fueron los neurolépticos o antipsicóticos tradicionales (reciben el nombre de neurolépticos porque provocan una serie de efectos secundarios consistentes en una reducción del movimiento). Los neurolépticos disminuyen la dopamina en todas las vías. Los neurolépticos provocan un síndrome nefasto denominado "síndrome extrapiramidal" (supuestamente por la disminución de dopamina en la vía nigroestriada), que provoca dificultades motoras, y que una vez que se produce es de curso crónico (no se cura nunca aunque se retire el tratamiento). Estos síntomas son difíciles de diferenciar de los de la enfermedad de Parkinson.. Es decir, si tienes este efecto secundario tan negativo lo tendrás para toda la vida aunque dejes de tomar el fármaco. La pregunta es...¿cómo pueden atreverse a administrar un fármaco con efectos secundarios tan peligrosos basandose solo en una hipótesis que en ningún caso ha sido demostrada? Incluso en el caso de que esta hipótesis fuera demostrada no se debería aplicar un fármaco así porque no hay ninguna prueba para medir los niveles de dopamina en los pacientes vivos. No obstante, algunos estudios

parecen demostrar que hay una disminución de las alucinaciones en la esquizofrenia con la administración de neurolépticos, pero en muchas ocasiones, los psiquiatras administran los fármacos por ensayo y error, administrándolos a personas que les han contado sus síntomas durante unos 10 minutos (conozco casos así). Debería exigirse una prueba fisiológica del desequilibrio químico a la hora de aplicar fármacos con riesgos como los de los neurolépticos. Los antipsicóticos tradicionales también pueden provocar el denominado síndrome neuroléptico maligno, que cursa con hipertermia, dificultades motoras, rigidez corporal, entre otros efectos. En ciertas ocasiones puede conducir a la muerte del paciente.

Actualmente se han desarrollado una nueva generación de antipsicóticos, denominados antipsicóticos atípicos, que supuestamente, debido a un curioso mecanismo de acción química (que no es objeto de exposición en este fanzine -aunque dejo referencias para el lector interesado "*Psicofarmacología esencial de Stahl*", capítulo de "*antipsicóticos*", sección "*antipsicóticos atípicos*") no provocan el síndrome extrapiramidal. Sin embargo, es frecuente en la práctica clínica que se apliquen los antipsicóticos tradicionales posiblemente por su menor coste, con los riesgos que entrañan (cabe destacar que los antipsicóticos atípicos no están exentos de riesgos -véase el prospecto de la olanzapina, por ejemplo, que pertenece a esta generación de antipsicóticos).

Por último con respecto a este tema tan polémico como lo es la esquizofrenia, tener en cuenta que en el caso de que los antipsicóticos realmente sean capaces de reducir los síntomas alucinatorios, debe saberse que en muchas ocasiones se aplica sin haber escuchado suficiente al paciente, y que en dichas ocasiones el paciente inicia un tratamiento con un peligroso fármaco sin que se hallan recopilado suficientes pruebas de que el paciente padece el síndrome o trastorno. También decir, que una vez mas no hay

ninguna prueba que permita medir los niveles de dopamina en las diversas vías de un paciente vivo, por lo que otra vez se inferira el déficit o exceso de dopamina (dependiendo de la vía) basandose en los síntomas manifestados (o bien verbalmente por el paciente o familiares, o bien por la observación del propio psiquiatra). Esto implica la administración, una vez mas, con poco rigor científico, que diferencia de nuevo a la psiquiatría de otras especialidades médicas mas exactas y científicas. También tener en cuenta que, una vez mas, los fármacos antipsicóticos (tanto los tradicionales como los nuevos), no curan nada, en el mejor de los casos reducirían y controlarían los síntomas. Por tanto, en el caso de que realmente sean capaces de controlarlos, que se administren a quien realmente tenga los síntomas requeridos, y que no se administren de forma arbitraria como se ha hecho en muchas ocasiones. Además, conociendo los efectos de estos fármacos debería considerarse si aplicarlos solamente cuando el paciente manifiesta el brote psicótico en lugar de darlo de forma crónica (pues la aplicación crónica entraña riesgos bastante elevados). Por último comentar que hay algunos estudios en los que se ha mostrado que el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos con terapias familiares y con otros mdios no farmacológicos ni de restricción física han mostrado resultados positivos, por lo que deberían realizarse estudios sobre que es más efectivo, si fármacos o terapias, y de qué terapias ofrecen mayor relación entre los beneficios y los costes (con costes me refiero sobre todo al daño que le causa al sujeto). De hecho, se ha llegado a observar que los pacientes con esquizofrenia de los países menos desarrollados presentan un patrón de mejoría mucho mejor que el de los países desarrollados, posiblemente porque en los países menos desarrollados hay poco dinero para pagar tratamientos farmacológicos. Este hecho nos lleva a plantearnos si los fármacos son realmente efectivos. Además, en muchas ocasiones se ha hablado de que la esquizofrenia a la larga deja una "esquizofrenia residual", caracterizada por un gran deterioro del paciente, y algunos estudios han relacionado esta

esquizofrenia residual con los daños que provocan los antipsicóticos.

Con respecto al dilema de la restricción física con aparatos de fuerza (ya sean camisas, camas...) de los pacientes esquizofrénicos hablaré mas tarde en el apartado 3.7. La realidad es que la restricción motora (literalmente encadenarlos a una cama por el torso y las cuatro extremidades) que se practica actualmente es inhumana, por lo que en el caso de que sea necesario restringir la movilidad del paciente debe hacerse siempre de una forma diferente que cause una ansiedad menor (al fin y al cabo, se supone que el paciente está en el hospital psiquiátrico para reducir su sufrimiento, y no para aumentarlo). En el apartado 3.7 propondré una alternativa que considero sensata para cuando sea necesario restringir de alguna manera el movimiento del paciente.

3.7.-DSM-V: la psiquiatría busca nuevos blancos sobre los que disparar

No queda demasiado tiempo para que se redacte la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, o DSM-V. De hecho, existe ya actualmente el primer borrador de este manual, que presentará una serie de novedades: 1)Nuevos trastornos; 2)Reducción del umbral para ser diagnosticado(ahora será necesario tener menos síntomas para ser diagnosticado con la misma etiqueta que en el DSM-IV). Estas novedades lo único que van a provocar es que un mayor número de personas normales sean diagnosticadas con alguna etiqueta nosológica.

Vamos a exponer punto por punto una serie de novedades que incluye el DSM-V, y cuyas consecuencias serán dramáticas:

- Síndrome de Riesgo de Psicosis: este trastorno consistirá en una serie de síntomas que se podrán "interpretar" como que el individuo tiene riesgo de padecer esquizofrenia en un

futuro. El tratamiento del síndrome de riesgo de psicosis consistirá en un tratamiento farmacológico con antipsicóticos atípicos, que tienen un precio muy elevado (su intención es aumentar la venta de estos caros fármacos). Se aplicarán los antipsicóticos atípicos suponiendo que previenen la aparición de esquizofrenia, sin embargo, no existe ningún estudio que lo demuestre. Lo único que existe es un fuerte ánimo de lucro farmacéutico y psiquiátrico que pasa por encima de la calidad de vida de las personas. Seguramente el tratamiento con estos caros fármacos sea de carácter crónico y el sujeto tendrá que cargar con una etiqueta psiquiátrica para el resto de su vida (y una etiqueta que te clasifica como una persona en riesgo de ser esquizofrénica es bastante estigmatizante).

- Trastorno por atracones: este trastorno ya estaba presente en la versión del DSM-IV-TR, lo que ocurre es que va a aumentar la prevalencia en la población, posiblemente por una reducción de los síntomas necesarios para el diagnóstico. Los tratamientos de este trastorno incluirán terapias psicológicas y como no, el tratamiento farmacológico con antidepresivos. Siempre que se diagnostique este síndrome, en el caso de que los síntomas sean extremos y hasta el sujeto sea consciente de que los síntomas son excesivos, debe renunciar al tratamiento farmacológico y ver si hay alguna terapia que pueda funcionar (aunque las terapias psicológicas sean en muchas ocasiones de dudosa validez, en mi opinión es preferible buscar ayuda en ellas porque al menos no destruyen el cerebro -y el hecho de acudir a ellas ya sirve al sujeto para saber que ha tomado una decisión hacia la solución de sus problemas-). En cualquier caso, si usted come más de la cuenta no está enfermo, solamente tiene una conducta diferente, y si quiere cambiar esa conducta no necesita drogarse.
- Trastorno cognitivo menor: los síntomas de este trastorno

incluirán problemas cognitivos en sujetos de más de 50 años de edad, que pueden incluir problemas de memoria, de atención, entre otros. La realidad es que estos síntomas son algo normal a partir de ciertas edades, y deberían considerarse síntomas normales de la edad en lugar de síntomas patológicos. Sin embargo, podemos observar de nuevo el afán de la psiquiatría de considerar patológicas a personas normales para que se conviertan en el blanco de sus psicofármacos. Teniendo en cuenta los síntomas de esta "patología", lo más probable es que el tratamiento farmacológico se realice con potenciadores cognitivos (como el metilfenidato o anfetamina, ya expuestos en el punto del déficit de atención en niños).

- Trastorno mixto de ansiedad depresiva: este trastorno permite que se diagnostique a una persona que presenta conjuntamente síntomas de depresión y de ansiedad. De este modo, se podrá conseguir que se prescriban ansiolíticos y antidepresivos en una misma consulta con el paciente que manifieste los síntomas, con el consiguiente beneficio para las farmacéuticas.
- Trastorno de adicción a drogas: se ha propuesto reducir los criterios para diagnosticar la adicción a las drogas. Así, se va a eliminar la distinción entre uso de una droga y abuso de la misma. Esto va a significar que se considerará drogadicto a cualquier persona que haga un uso puntual de una droga. Por tanto, una persona que de forma recreativa y puntual consume una droga, puede ser etiquetada como drogadicta.

3.8.-Hospitales psiquiátricos: cárceles en el nombre de la ciencia

Como bien dice el título, los hospitales psiquiátricos son cárceles en el nombre de la ciencia. Debido a su acreditación como personal de la salud mental, los psiquiatras tienen derecho a retenerte en contra de tu voluntad en hospitales psiquiátricos, encadenarte de manos, piernas y

cintura a una cama con la misma posición durante horas, y para colmo, someterte a tratamientos psiquiátricos (desde la administración de los fármacos mas peligrosos, al sometimiento a la peligrosa y desconocida terapia electroconvulsiva) en contra de tu voluntad, en el caso de que manifiestes síntomas de trastorno.

Normalmente, los psiquiatras interpretan tu negación a someterte al encierro y a la inmovilización como una manifestación mas de tu trastorno mental. Por tanto, si te están encadenando y no quieres permitirlo (cosa normal, porque es lógico que una persona luche por su libertad cuando tratan de privarla de ella), tu rebeldía será interpretada como una manifestación misma del trastorno, y reforzará sus intenciones de inmovilizarte. Asimismo, cualquier intento por negarte a someterte a sus controvertidos tratamientos será interpretado como un síntoma de tu trastorno mental. Esta interpretación se hace porque como es lógico, los sujetos retenidos luchan por su libertad mediante el forcejeo, y no pidiendo por favor al psiquiatra que no le retenga (en este caso tampoco sería liberado). Esto no es realmente un síntoma de patología, sino mas bien un síntoma de normalidad, porque lo anormal sería que una persona aceptara de buen grado que la inmovilicen y mediquen. Por tanto, deberían tomar como síntoma de patología el hecho de que no se pusieran pegos a la inmovilización y medicación.

Con respecto a los motivos de restricción, hay hospitales en EEUU en los que se provocaba a los pacientes para que manifestaran mas violencia, y que de este modo pudiera ser reducidos con sujección de cuatro extremidades. El motivo era que el seguro pagaba mil dólares por cada día en el que se tratara a un paciente violento (mil dólares por paciente y por día), por lo que era bastante rentable para el director del hospital provocar a los individuos para que manifestaran violencia, y así pudieran ser reducidos, con el consiguiente embolsamiento de dinero (fuentes CCDH -Comisión Ciudadana por los Derechos Humanos, "*Restricciones mortales*" www.ccdh.es). Una vez mas el dinero está relacionado con las actuaciones de los psiquiatras.

Podemos pensar que en ocasiones hay que inmovilizar al sujeto porque puede ser peligroso para los demás o para si mismo. En ocasiones, un esquizofrénico puede representar un peligro real para la integridad de las otras personas, por lo que puede ser necesario impedir que esta persona pueda aproximarse a otra para agredirla. En estos casos debería aplicarse un protocolo mas humano que el que se aplica. Hoy en día se suele encadenar al esquizofrenico a una cama aferrandolo a ella por la cintura y las cuatro extremidades. Como cualquier persona normal puede imaginarse, la ansiedad que genera esta restricción es elevadísima y puede llegar a ser traumática. Deberíamos exigir que se atara solamente de la cintura al esquizofrenico ya que con esa restricción no podría alcanzar a ninguna otra persona, y el paciente podría mover las cuatro extremidades, causándole un grado de ansiedad muhcísimo menor. Solamente cuando el paciente manifestara autoagresiones se le deberían inmovilizar también las manos, ya que la autoagresión es un motivo suficiente para llegar al maximo grado de restricción (ni mucho menos todos los esquizofrénicos se agreden a si mismos, sin embargo se les aplica a todos la máxima restricción-). Por tanto, debemos exigir que los pacientes de la salud mental reciban un trato mas humano, y que solamente se restrinja su movilidad cuando hay manifestaciones de agresividad, pues hay pacientes esquizofrenicos que son atados cuando no han manifestado agresividad. Además, debe destaracarse que se han documentado muertes debido a las restricciones (sobre todo producidas durante el proceso de forcejeo que se produce entre el paciente y el personal de la institución psiquiátrica -estas muertes no son un caso aislado, han ocurrido bastantes y rara es la ocasión en la que se toman medidas legales contra este personal-).

Debe mencionarse que también se considera un motivo de restricción no colaborar con el tratamiento psiquiátrico. Esto no solo se aplica con los pacientes esquizofrénicos, sino que conozco casos de pacientes etiquetados con depresión que fueron restringidos motrizmente porque no colaboraron con su tratamiento con antidepresivos. ¿Es que puede

concebirse en la depresión un tratamiento forzado cuando el sujeto no manifiesta agresividad hacia otras personas? ¿Es que acaso puede obligarse a un paciente con depresión a tomar un fármaco porque es consciente de los efectos secundarios que dicho fármaco le está causando?. En ninguna otra rama de la medicina se concibe el concepto que se está manejando en psiquiatría de "medicación forzosa". Si padeces cáncer eres libre de no tomar la quimioterapia, pero si padeces depresión mayor no eres libre de elegir. Pongámonos en el peor de los casos: la depresión puede conducir a la muerte por suicidio, al igual que el cáncer puede conducir a la muerte. El paciente con cáncer es libre de decidir no tomar la quimioterapia asumiendo las consecuencias, pero a algunos pacientes con depresión no se les deja elegir (obsérvese que ya ni siquiera entro en el ámbito de los esquizofrénicos, que también deberían poder elegir a que terapia someterse -si a la farmacológica o a la psicoterapia, pues se ha observado que hay una alta tasa de mejoría en la esquizofrenia en los países en los que no hay dinero para fármacos, en comparación a los países en los que se aplica la farmacología-).

3.9.-Psiquiatría como argumento de autoridad: el señor de la bata

La realidad es que se puede decir que hay un cuarto poder en la actualidad a parte del poder legislativo, el ejecutivo o el judicial. Ese otro poder es la ciencia. Afirmo esto porque acostumbramos a creer absolutamente todo lo que nos dice la ciencia como si fuera una verdad indiscutible sin pararnos a pensar que detrás de las teorías científicas hay seres humanos, que pueden ser buenos o malos (al igual que detrás de las leyes hay individuos buenos y malos). El problema es cuando detrás de las aplicaciones de las ciencias no hay buenos, sino malos. En esos casos sucede lo que ocurre actualmente con la psiquiatría, muchos ámbitos de la medicina (véase la vivisección -experimentación con animales-), las industrias farmacéuticas o la psicología.

Decimos que la ciencia ha sustituido a la religión en la actualidad porque el número de creyentes disminuye a la par que surgen argumentos científicos que contradicen a la religión. Sin embargo, en muchos aspectos la ha sustituido no para ser diferente de ella, sino para comportarse como tal. La ciencia propone muchas teorías en las que creemos sin plantearnos su veracidad, porque muchas veces asumimos que comprenderlas sólo está al alcance de los científicos. Por este motivo, se puede considerar que las teorías científicas son el equivalente a Dios. En muchas ocasiones se dice en la actualidad que Dios ha muerto, pero actualmente se puede decir que después de morir se ha reencarnado en teorías científicas (no estoy diciendo con ello que las teorías científicas sean despreciables, lo único que digo es que al igual que queremos que se nos demuestre la existencia de Dios para creer en él, también debemos querer que se nos demuestre la veracidad de las teorías para creer en ellas). Por tanto, y ya en el ámbito de la psiquiatría, debemos querer que se nos demuestre que el desequilibrio químico en la enfermedad es un hecho, para poder ser científicos y no creyentes.

En la actualidad, el señor de la bata es un fuerte argumento de autoridad. Es muy probable que las madres de los niños diagnosticados con TDAH sigan dando anfetaminas a sus hijos a pesar de que se les explique las evidencias en contra, y todo porque el título que el señor de la bata luce en su consulta sesga el juicio de los argumentos de la madre. Es probable que se sigan aprobando leyes que permitan la administración de psicofármacos porque el título que luce el señor de la bata sesga el razonamiento de los señores que redactan las leyes. Realmente lo que necesitamos son "señores con bata" que estén en contra de la administración de psicofármacos, porque es la única manera de que el razonamiento sea sesgado hacia unos tratamientos sin drogas (o con la cantidad mínima necesaria de drogas). Incluso podemos aferrarnos a las terapias psicológicas, pues aunque la validez de muchas sea equiparable a la carta astral, los daños que producen son inexistentes (y si en algún caso produjeran algún perjuicio, este sería de una gravedad muy leve).