

# Brecha

Salvador Neves

22 junio, 2018 [Destacados](#), [Edición 1700](#), [Sociedad](#)

**“La única droga que funciona es un profesor bien pago”**

**Con la pediatra brasileña María Aparecida Affonso, sobre la “despatologización de la vida”.**



Foto: Pedro Pandolfo

**Titular de la Cátedra de Pediatría en la estatal Universidad de Campinas –una de las instituciones mejor situadas en las clasificaciones internacionales de calidad académica–, Affonso visitó nuestro país para poner en tela de juicio algunas formas de evaluar, especialmente las que asignan alguna enfermedad mental a los niños que incomodan y, consecuentemente, pretenden resolver el punto administrando comprimidos.**

*—Usted ha dicho que no existe una epidemia de trastornos mentales sino una epidemia de diagnósticos. ¿Qué quiere decir con esto?*

*—Bueno, no sólo yo. Hay muchos investigadores de todo el mundo que sostienen que cuando analizamos los números que se divulgan sobre la prevalencia de las enfermedades mentales (el National Institute of Mental Health, de Estados Unidos, dice que el 46 por ciento de su población tiene trastornos mentales, por ejemplo) tenemos que pensar que son los diagnósticos los que están errados.*

*En medicina no solemos hablar de porcentajes porque es una medida grosera. Normalmente hablamos de dolencias que padece una persona cada mil, una de cada diez mil. Hablamos de porcentajes cuando se trata de patologías que tienen una determinación social, como el hambre, la desnutrición, la obesidad..., incluso la*

hipertensión.

Sin embargo en el campo de la salud mental se habla tranquilamente de cifras como el 10 por ciento. Hay dolencias de la adolescencia de las que se dice que tienen entre un 15 y un 20 por ciento de prevalencia, y eso es intimidante. Habría una epidemia de trastornos. Entonces la cuestión es cómo se han construido estos diagnósticos. Y cuando se analizan los criterios utilizados lo que se encuentra es que estos son muy imprecisos. Ignoran que existen diferentes formas de vida, distintos valores, diversas inserciones culturales o sociales. A veces dicen que tomaron en cuenta estas cosas pero la verdad es que se limitan a usar cuestionarios estandarizados.

—*Hace muchos años usted explicó cómo opera esa estandarización en los tests de inteligencia,<sup>1</sup> pero ¿cómo sucede en el terreno de la psiquiatría?*

—Hoy, en estos tiempos sombríos que vive Brasil, los que no se someten y dan la lucha tienen un riesgo muy grande de ser marcados como afectados por un “trastorno opositor desafiante”. En el siglo XIX un médico estadounidense, Samuel A Cartwright, escribió un artículo titulado “Dolencias y peculiaridades de la raza negra”,<sup>2</sup> donde él describía una enfermedad llamada “drapetomanía”, una dolencia neuropsiquiátrica que hace que las personas huyan de su trabajo sin que se sepa por qué. Y sostenía que era una dolencia que afectaba solamente a las personas negras en América del Sur. Los negros esclavizados no querían huir de la esclavitud sino que sufrían de una dolencia psiquiátrica... Es muy fácil advertir la falacia cien años después. Pero observemos qué es lo que se patologiza hoy en la infancia: se trata especialmente del aprendizaje y del comportamiento.

—*Usted decía que aquellos tests en el fondo ocultaban problemas educativos. ¿La patologización funciona igual?*

—No sé cómo es la educación aquí, pero en todos los sitios cada niño aprende de un modo diferente. Lo que se espera es que el maestro identifique cómo ese niño aprendió lo que ya sabe, y entonces lo que puede aprender ahora. Pero sucede que se enseña de un modo uniformizado, por una imposición de unas instancias superiores que retiran la autonomía de los profesores sometiéndolos a cumplir metas determinadas. Entonces digamos que Juancito es de los que aprenden con muchas dificultades. ¿Qué tenemos que hacer para que aprenda lo que puede aprender? Decimos que Juancito tiene un trastorno de aprendizaje.

Observe que no se habla de un trastorno en el proceso de enseñanza-aprendizaje; se dice trastorno de aprendizaje. Quien debería aprender no aprende. Entonces el problema es de Juancito, es que el cerebro de Juancito no funciona. A nivel universitario ya es más difícil atribuir esos resultados a trastornos de los estudiantes, pero en la enseñanza elemental se hace sin problemas. Los niños inquietos, agitados, dispersos..., como “O minino maluquinho”, de Ziraldo, inteligente, artero, curioso, cuestionador, el que hace todas esas cosas que los niños tienen que hacer, que se disfraza, que vive una infancia maravillosa y seguramente será un adulto muy feliz, hoy tendría un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Mafalda tendría uno de trastorno opositor desafiante.

Y esos diagnósticos no surgen en vano. A partir de ellos los niños reciben sustancias psicoactivas muy complicadas. Por ejemplo, una niña como Mafalda, diagnosticada como afectada por un trastorno opositor desafiante, recibirá risperidona, un antipsicótico de segunda generación que hasta hace pocos años era usado en pacientes con episodios psicóticos graves, y hoy es administrado a los niños desde los 4 años. Es un problema muy serio lo que estamos haciendo con nuestras vidas y las de nuestros niños.

—*¿Cuándo empiezan a aparecer estos números absurdos de prevalencia de las enfermedades mentales?*

—Desde los años ochenta vienen creciendo, y en Estados Unidos están introduciendo trastornos nuevos, como el de “tiempo cognitivo lento”. Esto se diagnostica a niños pequeños. Hay millares de niños menores de 2 años con este diagnóstico en Estados Unidos, y están tomando ritalina. ¿Puede imaginar a un niño de 2 años con tiempo cognitivo lento?

Otro diagnóstico de temer es el de “trastorno de desregulación disruptiva del humor”. Se les aplica a los niños que hacen demasiados berrinches.

Lo que yo aprendí en psiquiatría infantil, y lo defiendo, es que el berrinche es un proceso saludable en el niño. Él está tanteando los límites y ampliándolos. La respuesta corriente de los adultos ante un niño pequeño es “no”. Si él se somete a eso va a quedar circunscripto a muy pocas posibilidades. No va a correr, no va a saltar, no se va a caer. Y él necesita hacer eso. Mi profesor de pediatría me decía que todo pediatra debía decirles a los padres, antes de que tuvieran su primer hijo, que cada uno de ellos tiene derecho a 5 mil noes por hijo. “Cuidado que parecen muchos, pero si no economizan se

les terminan en el primer año”, nos recomendaba que advirtiéramos.

Cuando a todo respondemos que no, el niño vive en la inseguridad, porque no sabe dónde está el límite. Un día no puede nada, otro día puede todo. Cuando llora puede, si no llora, no. Eso le genera una gran incertidumbre y cada vez hace más berrinches.

Entonces viene el médico y no dice que el adulto tiene que examinar su actitud. Dice que el niño tiene un “trastorno de desregulación disruptiva del humor” y le da risperidona. ¿Qué estamos haciendo?

—*Y la industria farmacéutica algo tendrá que ver también en esto...*

—Detrás, comanda todo esto. Dicen que es el ramo industrial más lucrativo después de la industria bélica. Pero quizá no sea exactamente así. Bayer compró Monsanto. Ahora están juntos los que nos envenenan con los que después nos tratan. En todo caso es un negocio extremadamente lucrativo y tiene una multitud de investigadores en todo el mundo, médicos y periodistas trabajando para eso. Hay una investigadora, Marcia Angell, que ahora está en Harvard pero que trabajó durante más de veinte años como editora —e incluso como editora jefa— del *New England Journal of Medicine*, una de las revistas más prestigiosas de Estados Unidos en la materia. Ella dejó ese cargo porque tenía conocimiento de todos los fraudes que se estaban cometiendo y no tenía cómo evitarlos. Después de renunciar publicó un libro, **La verdad acerca de la industria farmacéutica**,<sup>3</sup> donde desmitifica varias cosas. Una de ellas es el argumento de que los medicamentos son muy caros porque la investigación es muy cara. Angell demostró que en Estados Unidos la cifra de producción de nuevos medicamentos es realmente muy pequeña. La mayor parte de las drogas que aparecen como nuevos medicamentos son “innovaciones”, pequeños ajustes realizados a medicamentos existentes cuya patente venció y que las empresas quieren volver a patentar. Además la parte principal de las investigaciones se hace en laboratorios universitarios con financiamiento público. Sólo en la etapa final participa la industria, que es la que patenta el medicamento y se queda con las ganancias. Angell también mostró que el 40 por ciento de la inversión que la industria alega haber empleado en investigar, en realidad lo gasta en mercadeo. La llamada “fase IV” de las pesquisas, que debería comprobar la eficacia de la droga en amplias poblaciones, es casi solamente mercadeo. Son recursos que se emplean sobre todo en obsequiar a los médicos que participan en esta fase.

—*¿Y los manuales? En una reseña histórica de la psiquiatría uruguaya el psiquiatra Humberto Casarotti plantea que en esta etapa se ha instalado cierto eclecticismo que renuncia a profundizar, una especie de sincretismo psiquiátrico que “ha resistido mal el impacto de los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales” (Dsm, por sus siglas en inglés), y que estos manuales tan populares “constituyen un riesgo real de banalización del diagnóstico y la terapéutica”.*<sup>4</sup>

—Un colega de la Universidad de Campinas, especialista en psicopatología, dice que el Dsm ha destruido a la psiquiatría. Los estudiantes no estudian psicopatología, los psiquiatras no conocen psicopatología. Conocen el Dsm. Eso es como mirar el mundo a través de una tarjeta perforada. Es como un test estandarizado.

El Dsm surgió como un modo de sistematizar y uniformizar diagnósticos. Pero a partir del tercero, en los años setenta, dio un viraje. Hasta entonces el psicoanálisis conservaba cierta influencia en la psiquiatría estadounidense. Luego esta se orientó hacia una visión organicista y atada a la industria farmacéutica.

Y así como Estados Unidos es imperialista, la psiquiatría estadounidense también es imperialista. Claro que hay resistencias. En Brasil existen cátedras que todavía resisten esa colonización y conservan componentes de psicopatología, de psicoanálisis. Pero sufren mucho en las evaluaciones que realizan las agencias calificadoras, porque en éstas domina esa ideología organicista vinculada a la industria del medicamento.

Sin embargo con el Dsm V yo creo que exageraron. Generaron una reacción contraria en todo el mundo. Los psiquiatras de Francia, de Brasil e incluso de Estados Unidos reaccionaron contra el manual, aunque sus autores hasta ahora pasan por arriba de las críticas como en un tanque de guerra. Asusta la cantidad de enfermedades ligadas a la sexualidad que incorporaron, y uno se pregunta qué intereses hay allí. ¿Por qué la sexualidad incomoda tanto? ¿Por qué tanta necesidad de controlarla? Tal vez porque es lo que nos excita, lo que nos mantiene en movimiento, lo que nos da energía. Hay un número absurdo de trastornos ligados a la sexualidad: hipersexualidad, hiposexualidad, etcétera. Y otra cosa que ha llamado la atención es la patologización del duelo. Hasta ahora el duelo era un criterio de exclusión de la depresión. Es cierto que muchas personas pasan por el duelo con grandes dificultades y necesitan ayuda. Ahora en el Dsm V el duelo sigue siendo un criterio de exclusión pero sólo hasta el decimocuarto día. Si al decimoquinto día la persona sigue triste el manual dice que entonces puede tratarse de una depresión. La psiquiatra británica Joanna Moncrieff, que trabaja con niños y adolescentes con enfermedades terminales y brinda apoyo a sus familias, reaccionó violentamente: dijo que con certeza quien había elaborado eso nunca había

perdido una persona querida pues seguramente nunca había querido a nadie. La psiquiatría del Dsm saca a la vida de la escena. La vida le resulta insoportable.

—En su conferencia en el Colegio Médico explicó la experiencia que hicieron a nivel de la atención primaria pediátrica en la salud pública de Campinas. Es impresionante la gráfica que muestra cómo bajaron las prescripciones de ritalina (metilfenidato) desde que comenzó esa intervención.

—Cuando vimos cómo empezaba a bajar la ritalina nos dijimos: “Estos están dando otra cosa”. Pero no. Reunimos la información sobre los otros psicofármacos y vimos que no. Es que si usted trabaja en equipo tiene más posibilidades de conversar y de crear una línea de cuidados para sostener a las personas. Y eso fue lo que hicimos, pues en realidad las personas que padecen problemas psiquiátricos, psicológicos, emocionales, lo que precisan más que nada es una red de contención.

Y eso sólo se puede construir si se hace un trabajo conjunto con la comunidad: la escuela, la familia, muchas veces la iglesia. Todos tienen que estar involucrados en eso, pues el paciente solito no consigue salir. Y tampoco el psiquiatra aislado, encerrado en su consultorio, logra hacer mucho más que usar el recetario y la lapicera. En cambio sí puede discutir el problema de Juancito con un equipo donde haya un psicólogo, un asistente social, un médico clínico, y si este equipo se junta con la escuela y la familia las condiciones para trabajar son otras. Y esto que estamos haciendo en Campinas se está haciendo en muchas otras partes del mundo.

Incluso vimos que los excesos en la prescripción de medicación psiquiátrica eran responsabilidad de unos pocos profesionales que también se vieron envueltos en la nueva forma de trabajo. Cuando se trabaja así las resistencias se quiebran. Claro que nuestra red de atención primaria está siendo destruida por los golpistas, pero resiste.

—En la misma charla mencionó investigaciones que sostienen que la administración de antipsicóticos durante más 36 meses puede provocar una “lobotomía química”...

—Se dice que los trastornos mentales son provocados por un desbalance químico de los neurotransmisores. Por ejemplo, que el TDAH es provocado por una baja cantidad de dopamina en la sinapsis; que la psicosis o la esquizofrenia lo son en cambio por una alta cantidad de dopamina, que la depresión se explica por una baja cantidad de serotonina, y así. ¿Cuáles son las investigaciones que fundamentan eso? No hay.

Lo que tenemos es otra cosa. Es la evidencia de que, por ejemplo, los antidepresivos aumentan la serotonina. Y de eso se quiere deducir que la depresión es falta de serotonina. Marcia Angell dice que afirmar eso es lo mismo que decir que la causa de la fiebre es la escasez de aspirinas.

Lo que sí tenemos bien establecido es que las sustancias psicoactivas desequilibran el balance químico de neurotransmisores, y también se sabe que el cerebro tiene un mecanismo muy sofisticado de autorregulación para resistirlo. Entonces cuando se da un antidepresivo para aumentar la serotonina ese mecanismo bloquea la droga al menos durante un período. Eso explicaría por qué los psicofármacos tardan dos o tres semanas en producir consecuencias. Pero después de un período ese mecanismo ya no aguanta. Las drogas terminan bloqueando ese *feed back*. Lo que ahora se sabe es que ese bloqueo puede ser revertido hasta los dos o tres años. Más allá de ese plazo ese bloqueo puede ser irreversible y entonces allí pueden aparecer enfermedades muy graves.

En Estados Unidos hay estudios que comparan trayectos de psicóticos tratados continuamente con drogas, con otros a los que se les han administrado drogas solamente en episodios graves o han sido tratados sin prescripción de psicofármacos, y se ha visto que estos dos últimos grupos evolucionan mejor.

—Pero, ¿no hay hallazgos que justifiquen el actual entusiasmo por los psicofármacos?

—Dicen que sí. Dicen que hay diez mil *papers* que prueban que funcionan. Hay una pesquisa muy interesante del Centro de Medicina Basada en Evidencias, de la Universidad McMaster, de Canadá, realizada a solicitud de un organismo del gobierno de Estados Unidos. Hicieron una revisión de todo lo que se ha publicado sobre el tratamiento del TDAH desde 1980 hasta 2010. La primera fase del metaanálisis separó las pesquisas científicas de las que no lo eran. Las que podían considerarse científicas eran 12. No estoy exagerando, eran exactamente 12. El resto de los trabajos (unos 200) no habían seguido una metodología adecuada o habían sido financiados por los laboratorios que producen los psicofármacos. Bueno, lo que resultó del examen de esos 12 trabajos es que contra el TDAH la orientación familiar funciona muy bien, la orientación combinada con el medicamento funciona menos, y el medicamento por sí solo casi no funciona. Textualmente, este último camino ofrece “muy baja evidencia de buenos resultados”.

Esta evidencia se restringía a la observación de mejoras en el comportamiento en el aula en los varones en edad escolar. Sólo el comportamiento, no el aprendizaje. Ellos se quedaban quietos. No incomodaban. Por eso es la droga de la obediencia.<sup>5</sup> No mejoran

los aprendizajes. Aquí hay una cuestión de lenguaje. Se dice que el metilfenidato aumenta la capacidad de concentración. No es así. La concentración continúa siendo la misma. Se disminuye su foco. Esto no quiere decir que el niño aprenda más. Quiere decir que si el profesor le manda hacer cien ejercicios de matemáticas, algo que en condiciones normales rechazaría como excesivo, lo va a hacer. Si aprendió lo mínimo para resolverlos quizá aprenda algo con eso. Si no, no. Ahora, si pasa una mosca, puede ser que esa atención concentrada se dirija a la mosca y vuele tras ella. Yo nunca había pensado en eso hasta que una alumna mía en la universidad, que había sido convencida de tomar metilfenidato para preparar un examen, práctica bastante común, me contó que al comienzo la cosa marchó muy bien, pero luego la llamó su madre para pedirle que después del examen pasara a buscar una plancha que ella había llevado a reparar. Desde entonces mi alumna sólo pudo pensar en levantar la plancha, probó darse una ducha, incluso, pero no hubo caso. No hay droga... La única droga que te hará prestar atención en el estudio es un profesor bien pago.

1. Maria Aparecida Affonso y Cecilia Azevedo, "Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência", en *Psicología Ups*, volumen 8, número 1, San Pablo, 1997.
2. Samuel A Cartwright, "Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race", en *The New Orleans Medical and Surgical Journal*, 1851, pags 691-715.
3. **La verdad acerca de la industria farmacéutica.** Grupo editorial Norma, Bogotá, 2006.
4. "Breve síntesis de la evolución de la psiquiatría en Uruguay", en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, volumen 71, número 2, diciembre de 2007.
5. McMaster University Evidence-based Practice Center, "Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment", disponible en [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22191110](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22191110)