

Carmen Barrionuevo Baeza

**Análisis de las Relaciones con la Industria Farmacéutica en la
Práctica Asistencial Diaria de Residentes en Salud Mental:
Antropología Médica para una formación Reflexiva**

Trabajo Final del Máster

Antropología Médica y Salud Global

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social

Tutora: Sandra Caponi



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

En Málaga,
Julio de 2024

Resumen

En el marco de un contexto neoliberal que mercantiliza el malestar y transforma experiencias de vida en problemas de salud mental, este estudio explora cómo la industria farmacéutica influye en la práctica asistencial diaria de los residentes en salud mental. El trabajo tiene como hipótesis central la naturalización de las relaciones entre residentes de salud mental y visitantes médicos, señalando cómo esta afecta significativamente la práctica clínica y las decisiones terapéuticas.

Mediante la realización de un grupo focal y entrevistas individuales, se profundiza en las percepciones y experiencias de residentes en psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental respecto a sus interacciones con la industria farmacéutica. Estos encuentros revelan cómo la formación y práctica clínica se ven influenciadas por la presencia normalizada y las estrategias de marketing de la industria.

Las dinámicas observadas son complejizadas desde la posición como psiquiatra y tutora de residentes de la autora, evidenciando la necesidad de estrategias formativas desde el prisma de la antropología médica con el objetivo de fortalecer la independencia y capacidad crítica en la toma de decisiones clínicas.

Palabras clave: Salud mental, Industria farmacéutica, Neoliberalismo, Residentes, Antropología médica.

Agradecimientos.

A los residentes que me han prestado sus experiencias para que estas palabras se materialicen.
Y a los compañeros que apoyaron el camino.

Siglas utilizadas.

MIR : Médico Interno Residente

PIR: Psicólogo Interno Residente

EIR: Enfermero interno residente

AEN: Asociación española de neuropsiquiatría

SEPSM: Sociedad española de psiquiatría y salud mental

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

FDA: Food and Drug Administration

EMA: European Medical Agency

Índice

1. Introducción	5
2. Aproximaciones metodológicas	7
2.1 Reflexividad y cultura institucional	9
3. Antecedentes	11
3.1 Lo previo	11
3.2 El debate político actual en España	13
3.3 La Residencia en Salud Mental en España	14
4. Contextualizando resultados	16
4.1 El dilema	18
4.1.2 Primer encuentro y relación habitual con visitantes médicos	19
4.1.3 Dilemas Éticos en las Interacciones con la Industria Farmacéutica	22
4.1.4 Beneficios sociales	26
4.2 Lo que impregna la formación	28
4.3 Colonizando espacios	32
4.4 Lo nombrado	35
4.4.1 El caso del aripiprazol y la llegada del brexpiprazol	38
4.5 Lo que no se nombra	40
5. Explorando soluciones	45
5.1 Lo local	45
5.1.1 Soluciones planteadas por los residentes	45
5.1.2 Propuesta de módulo formativo en Antropología Médica	49
5.2 Lo macro	50
6. Conclusiones	53

1. Introducción.

Una vez, un paciente, aficionado a la mitología griega, me dijo algo así como: “los psiquiatras sois como un oráculo moderno”. Más allá de lo grandilocuente de aquella analogía, esas palabras resonaron con la cuestión de las expectativas depositadas en algo de constitución tan débil como la disciplina que practico. La función de los oráculos como disipadores de la incertidumbre podrían compararse al papel de algún tipo de psicoterapia, pero ¿con la psiquiatría hegemónica? En mi práctica diaria, los psicofármacos están en primer plano y esto, por desgracia, deja poco espacio a sostener un lema como el de “conócete a ti mismo” que impregnaba el ambiente en el Oráculo de Delfos. La clásica mitología de los oráculos puede que quede alejada de la psiquiatría, pero la mitología moderna que se ha tejido alrededor de la psicofarmacología es la que complejiza la situación con la que nos encontramos día a día.

Ilustraré con dos ejemplos mi planteamiento. *Viñeta 1:* Una mujer de mediana edad llega a urgencias, su rostro marcado por la ansiedad. La angustia desde donde habla está enmarcada en la construcción social del malestar le hace solicitar un antidepresivo, creyendo firmemente que esa pastilla es la llave para aliviar su sufrimiento. Su urgencia y confianza en la medicación reflejan la percepción de los fármacos como salvadores inmediatos. *Viñeta 2:* Un joven se sienta rígidamente en la sala de urgencias, rechazando cualquier sugerencia de tratamiento farmacológico. Argumenta con pasión sobre el poder manipulador de la industria farmacéutica, cuestionando la autenticidad de los tratamientos psiquiátricos y rehusando someterse a ellos.

Ambas historias son ejemplos palpables de los polos que nos atraviesan y complejizan los grises del camino. La psicofarmacología, enmarcada en el contexto neoliberal, se centra en la rápida eliminación de síntomas a través de intervenciones biologicistas. Este enfoque, impulsado por las dinámicas de la mercantilización de la salud, prioriza soluciones rápidas y tangibles que pueden ser comercializadas y distribuidas fácilmente. Los psiquiatras entonces, a menudo, nos convertimos en un eje más de este mercado. Nuestras interacciones diarias con psicofármacos revelan una trama mucho más compleja que la mera prescripción de tratamientos, representan una red de influencias, expectativas y desafíos éticos, cada uno planteando preguntas críticas: ¿Cómo equilibramos la urgencia de aliviar el sufrimiento con la responsabilidad de considerar las implicaciones a largo plazo? ¿Cómo medimos y mitigamos el impacto de la influencia

farmacéutica en nuestras decisiones clínicas? Es en esta última pregunta donde se centran las palabras compartidas a continuación.

En mi construcción como psiquiatra, la omnipresencia de la industria farmacéutica y sus representantes ha sido una constante, a tal punto que su presencia ha llegado a parecer una extensión natural de nuestro entorno clínico y educativo. Los manuales, los útiles de escritorio y los desayunos informativos se han integrado en la rutina diaria hasta el punto de pasar desapercibidos, casi como si pertenecieran a la propia infraestructura de nuestra práctica médica. Esta normalización de la interacción con la industria farmacéutica plantea interrogantes fundamentales sobre la independencia de nuestro juicio clínico y la necesidad de mantener una perspectiva crítica y ética.

La naturalización de las interacciones con la industria farmacéutica en la psiquiatría es el eje central de mi proyecto de investigación. Este trabajo busca desentrañar cómo estas interacciones han llegado a formar parte incuestionable de nuestra práctica diaria. He elegido a los residentes de salud mental como población de estudio por varias razones fundamentales, cada una de las cuales subraya la importancia de examinar esta dinámica en un grupo en formación. En primer lugar, la formación en desarrollo de los residentes representa una etapa crucial en la que se moldean sus prácticas clínicas y éticas, lo que los hace particularmente susceptibles a influencias externas. La formación no solo es un proceso de adquisición de conocimientos técnicos, sino también un momento en que se internalizan los valores y comportamientos profesionales que regirán su práctica futura. La exposición directa es otro factor determinante. Los residentes a menudo están en contacto directo con visitantes médicos de la industria farmacéutica y son el objetivo principal de sus estrategias de marketing. Además, creo en la capacidad crítica de un grupo de personas que comparten un trayecto formativo y a esto le añado el enriquecimiento que supone hacerlo desde la multidisciplinariedad. Por esto último, el grupo de estudio son residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental en diferentes años formativos.

Desde el marco del neoliberalismo y a través de las experiencias de los residentes de salud mental, presento estas palabras que pretenden reflexionar sobre la naturalización de la relación con la industria farmacéutica y aspiran a ofrecer una perspectiva que contribuya a una práctica psiquiátrica más consciente y autónoma, libre de la sutileza de las estrategias de marketing.

Pavimentando así el camino hacia intervenciones educativas que fortalezcan la independencia de los futuros profesionales de la salud mental en formación.

2. Aproximación Metodológica.

Para alcanzar el objetivo de la investigación, esta se llevó a cabo mediante una metodología cualitativa utilizando la técnica de grupo focales o grupo de discusión. La elección de este método permite analizar el objeto de estudio de una manera dinámica e interactiva, además de facilitar el compartir vivencias y experiencias entre los integrantes del grupo. Se complementó con la realización de entrevistas en profundidad a tres integrantes del grupo que fueron elegidos por sus narrativas diferenciadas.

El grupo focal duró una hora y se realizó de forma presencial en una sala polivalente de uno de los dispositivos de la red de salud mental para la que trabajo, en horario de tarde para no interferir en la labor asistencial de los residentes. Moderado por mí y con la ayuda de una compañera. Durante la sesión, se presentaron preguntas abiertas para explorar la naturalización en las narrativas sobre la experiencia con los visitantes médicos. Las preguntas abordaron temas como las experiencias iniciales y actuales con la industria farmacéutica, la influencia de estas interacciones en las decisiones de prescripción y el impacto de estas decisiones en los pacientes, así como las dinámicas de género en dichas interacciones. Además, se proyectaron materiales visuales relacionados con la publicidad farmacéutica cotidiana para estimular la discusión. Las sesiones fueron grabadas en audio para su posterior transcripción y análisis. Se complementó la información del grupo focal con la realización de tres entrevistas individuales de 50 minutos de duración cada una y que se llevaron a cabo en un entorno virtual. Estas entrevistas proporcionaron un nivel adicional de detalle sobre el tema a estudio y permitieron explorar en mayor profundidad las experiencias y percepciones de los participantes.

El proceso de búsqueda de entrevistados se realizó a través de un grupo de WhatsApp ya existente de treinta residentes de salud mental que están actualmente realizando su trayecto formativo en la misma unidad de gestión hospitalaria de Andalucía. El tipo de muestreo fue de tipo no probabilístico y se realizó en base a la población más accesible, tratándose por tanto de un muestreo por conveniencia, siendo consciente de los sesgos posibles. Finalmente, al grupo

focal se presentaron doce residentes de diferentes especialidades y en distintos años de formación con las características que se enumeran en la tabla 1.

La experiencia con el grupo de discusión fue buena, se produjo un flujo de ideas y narrativas diversas mediante el cual se intercambiaron opiniones y vivencias. Sin embargo, la dinámica del grupo focal presentó ciertas dificultades generales. Algunas de estas dificultades incluyeron la coordinación para encontrar horarios adecuados para todos los participantes, la necesidad de mantener un ambiente neutral para evitar sesgos en las respuestas, y el desafío de asegurar que todos los participantes tuvieran igual oportunidad de expresar sus puntos de vista sin ser dominados por voces más protagonistas. Además, gestionar las expectativas y mantener el enfoque en los temas clave sin desviarse hacia discusiones tangenciales fue un reto constante. A pesar de estos obstáculos, el grupo logró generar un diálogo constructivo.

Seudónimo	Género	Año de Residencia	Especialidad	Interés inicial en la salud mental
Marcos	Masculino	Cuarto	PIR	Narrativas
Ana	Masculino	Tercero	PIR	La parte clínica
Carlos	Masculino	Primero	MIR	El cuerpo humano
Elena	Femenino	Tercero	PIR	La curiosidad por la mente
Sofía	Femenino	Primero	MIR	Interés genuino
Carmen	Femenino	Primero	MIR	La parte social
Laura	Femenino	Segundo	EIR	Lo emocional
Paul	Femenino	Primero	EIR	El trato al paciente
Clara	Femenino	Primero	MIR	Vocacional
Diego	Masculino	Segundo	MIR	Lo humanista
Marta	Femenino	Segundo	MIR	Mente humana
Andrés	Masculino	Primero	EIR	Calidad en la atención

Tabla 1: Componentes del grupo focal y sus datos/ Fuente: Elaboración propia

Seudónimo	Género	Año de Residencia	Especialidad	Interés inicial en la salud mental
Carlos	Masculino	Primero	MIR	El cuerpo humano
Andrés	Masculino	Primero	EIR	El trato al paciente
Marta	Femenino	Segundo	MIR	Mente humana

Tabla 2: Personas entrevistadas individualmente y sus datos/ Fuente: Elaboración propia

1

¹ Los detalles sobre el proceso formativo de los residentes en salud mental se explicarán en el apartado tres.

Para el análisis de datos, tanto las entrevistas como el grupo focal fueron transcritos y analizados utilizando el software de análisis cualitativo Atlas.ti. Este software permitió realizar una codificación abierta de las transcripciones, lo que facilitó la identificación de temas, patrones y conceptos emergentes de manera flexible y sin restricciones preconcebidas. Las principales categorías emergentes incluyeron la naturalización de la relación con la industria farmacéutica, la medicalización, los dilemas éticos y clínicos, las percepciones y actitudes hacia los medicamentos y la influencia en la formación. Estas categorías reflejan la complejidad y multifacética naturaleza de las interacciones entre los residentes de salud mental y la industria farmacéutica. La codificación no se limitó a una simple clasificación de la información en categorías temáticas predefinidas. En cambio, se desarrolló como un enfoque heurístico que facilitó la integración de procesos de lectura, reflexión y análisis empírico. Este enfoque permitió que los datos fueran interpretados de manera creativa y dinámica, revelando conexiones y significados que enriquecieron la comprensión del fenómeno estudiado. De este modo, el análisis cualitativo se convirtió en un proceso iterativo y exploratorio, que no solo organizó los datos, sino que también contribuyó significativamente a la riqueza de la investigación cualitativa.

2. 1 Reflexividad y cultura institucional.

Llevar a cabo una investigación cualitativa en mi propio lugar de trabajo como psiquiatra y tutora de residentes plantea una serie de reflexiones profundas y desafíos éticos que merecen ser explorados y problematizados. Este proceso no solo implica la recolección de datos y el análisis de las interacciones con la industria farmacéutica, sino también una introspección crítica sobre mi propia práctica y el entorno institucional en el que funciono.

Uno de los aspectos más complejos de mi rol en esta investigación es la dualidad de ser tanto investigadora como tutora de algunos de los participantes. Esta asimetría puede influir en las respuestas de los residentes durante los grupos focales y las entrevistas individuales. La autoridad implícita en mi rol pudo crear una dinámica donde los residentes se sientan presionados a proporcionar respuestas que perciban como deseables o aceptables para mí. Este fenómeno, que se puede nombrar como "deseabilidad social", representa un desafío significativo para la autenticidad y fiabilidad de los datos recolectados. Para mitigar este sesgo, tomé varias medidas para asegurar un ambiente de confianza y apertura. En primer lugar, se enfatizó la confidencialidad absoluta de las respuestas de los participantes, asegurándoles que

sus opiniones no tendrían repercusiones en su formación o evaluación profesional. Además, el diseño de las preguntas fue elaborado para ser neutrales y abiertas, permitiendo a los residentes expresar sus verdaderas opiniones y experiencias sin sentirse coaccionados.

Realizar esta investigación en mi propio lugar de trabajo también implica una confrontación directa con la cultura institucional y mis prácticas como psiquiatra. La interacción con la industria farmacéutica es una realidad omnipresente en la psiquiatría, normalizada y no cuestionada críticamente, de la cual yo también soy partícipe. A través de este estudio, me vi obligada a reflexionar sobre cómo estas interacciones pueden influir en mi juicio clínico y en la formación de los residentes bajo mi tutela. Este proceso de reflexividad es crucial. Sin embargo, también me genera una preocupación constante sobre cómo esta investigación puede ser percibida por mi institución. Existe un miedo subyacente a ser cuestionada o criticada por poner en tela de juicio prácticas establecidas y, potencialmente, por revelar aspectos de la cultura institucional que algunos podrían preferir mantener sin cambios.

Al explorar las narrativas y percepciones de los residentes sobre la influencia de la industria farmacéutica, también me vi obligada a examinar mis propias prácticas y los valores que implícitamente transmito. ¿Estoy, quizás sin darme cuenta, perpetuando una cultura que prioriza la medicalización y el uso de psicofármacos sobre otras formas de intervención terapéutica? Esta pregunta no solo es relevante para mi práctica personal, sino que tiene implicaciones más amplias para la formación ética y profesional de los residentes. La reflexividad en la investigación no es un proceso estático, sino dinámico y continuo. Implica un constante autoexamen y la disposición a cuestionar y reevaluar nuestras propias prácticas y supuestos. En el contexto de esta investigación, la reflexividad ética es especialmente relevante debido a la naturaleza sensible del tema y la proximidad de la investigadora a los sujetos de estudio.

Finalmente, la investigación en mi propio entorno laboral subraya la interconexión entre la ética de la investigación y la práctica profesional. La recopilación y análisis de datos sobre las interacciones con la industria farmacéutica no solo tiene el potencial de iluminar aspectos importantes de la formación y práctica psiquiátrica, sino que también puede servir como catalizador para cambios positivos en la cultura institucional. Al fomentar una mayor conciencia y reflexión crítica entre los residentes sobre la influencia de la industria farmacéutica, espero contribuir a una formación más ética y consciente. Esta investigación no

es solo un ejercicio académico, sino una oportunidad para mejorar la práctica profesional y asegurar que las futuras generaciones de profesionales de la salud mental estén mejor equipadas para navegar las complejas dinámicas de poder e influencia que caracterizan nuestra disciplina.

Como conclusión, la realización de esta investigación en mi lugar de trabajo como psiquiatra y tutora de residentes ha sido un ejercicio de reflexividad ética y crítica. Ha implicado un balance delicado entre mi rol de autoridad y mi compromiso con la integridad de la investigación. Al problematizar estas cuestiones éticas y reflexionar sobre mis propias prácticas, busco no solo enriquecer la comprensión de las interacciones con la industria farmacéutica, sino también fomentar una cultura profesional más consciente y ética en la psiquiatría.

3. Antecedentes.

En este capítulo abordo tres cuestiones que considero fundamentales a la hora de comprender este trabajo: lo previamente trabajado sobre las relaciones entre la industria farmacéutica y los residentes de salud mental, la situación política actual española que aboga por la deprescripción psicofarmacológica y las bases de la formación especializada en salud mental en España.

3. 1 Lo previo.

La interacción entre residentes médicos y visitadores farmacéuticos es un tema ampliamente documentado en la literatura académica. Estos encuentros son una parte común y rutinaria de la práctica médica en todo el mundo. Numerosos estudios muestran que los residentes médicos interactúan regularmente con los representantes farmacéuticos, quienes a menudo proporcionan muestras de medicamentos y materiales promocionales (Ziegler et al., 1995; Wazana, 2000). Estas interacciones suelen ser más frecuentes al inicio de la residencia, cuando los residentes están más abiertos a recibir información y materiales educativos. Los directores de programas a menudo permiten que los representantes se reúnan con los residentes durante las horas de trabajo y patrocinen conferencias (Sierles et al., 2005).

Un estudio notable en el contexto de la crisis de un fármaco en Francia demuestra cómo los escándalos farmacéuticos pueden influir significativamente en las percepciones y actitudes de los médicos residentes hacia la industria farmacéutica (Roughead et al., 2007). Esta investigación exploró cómo la exposición a estas interacciones puede asociarse tanto con

actitudes positivas hacia el marketing farmacéutico como con un escepticismo creciente sobre sus implicaciones negativas. Este hallazgo sugiere que las experiencias negativas o controversias pueden tener un impacto duradero en cómo los médicos en formación perciben y manejan sus relaciones con la industria. Además, un metaanálisis que abarcó estudios de varios países reveló que la frecuencia de las visitas de los representantes farmacéuticos es un indicador clave de una relación activa entre los médicos y la industria farmacéutica (Fischer et al., 2009). Los estudios incluidos en este metaanálisis indican que los médicos a menudo consideran estas interacciones como éticamente aceptables, especialmente cuando involucran la provisión de muestras y la educación médica continua. Sin embargo, la aceptación de regalos de mayor valor es vista con mayor escepticismo y puede ser percibida como menos ética. Estos hallazgos destacan la complejidad y multifacética naturaleza de la relación entre los residentes médicos y los representantes farmacéuticos.

La cultura institucional y las políticas específicas de cada hospital o sistema de salud juegan un papel crucial en la forma en que estas interacciones se manejan y se perciben. Por ejemplo, en algunos entornos, la presencia de códigos de conducta estrictos puede limitar las influencias externas, mientras que, en otros, la falta de regulación puede permitir una mayor penetración de la industria en la formación médica (Rodwin, 2011). El Código de Buenas Prácticas establecido en España busca regular y moderar las interacciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud (Farmaindustria, 2023). Este código pretende garantizar que la información proporcionada a los profesionales médicos sea fiable, verificable y basada en la evidencia científica más rigurosa. Su objetivo principal es promover la transparencia, la ética y la integridad en las relaciones de estas empresas con profesionales sanitarios, pacientes y organizaciones del sector. Incluye disposiciones sobre la promoción de medicamentos, patrocinios, donaciones, colaboraciones y relaciones con asociaciones de pacientes, entre otros aspectos. Sin embargo, la implementación de este código enfrenta múltiples desafíos, incluida la falta de un mecanismo de supervisión efectivo y sanciones para las infracciones, lo que limita su eficacia práctica. La adhesión inconsistente y la influencia persistente de incentivos económicos y profesionales sugieren la necesidad de una revisión y fortalecimiento de estas normativas (Rodwin, 2011).

Los estudios realizados en diversos contextos geográficos, incluyendo investigaciones significativas en Turquía, han documentado la considerable influencia que los visitantes médicos ejercen sobre las decisiones de prescripción de los médicos residentes (Moynihan,

2003; Fugh-Berman & Ahari, 2007). Estos encuentros no solo se limitan a la entrega de información sobre nuevos productos, sino que también incluyen estrategias de marketing sofisticadas diseñadas para promover una imagen positiva de los medicamentos, a menudo minimizando sus riesgos y efectos secundarios. En el ámbito de la enfermería de salud mental, las investigaciones indican una situación similar. Los enfermeros, aunque no tienen la misma autoridad prescriptiva que los psiquiatras, también son objetivo de la industria farmacéutica (Ball & Wicks, 2003). Este enfoque sugiere un esfuerzo por influir en todos los niveles del cuidado de salud mental, extendiendo su alcance más allá de los médicos a otros profesionales clave en el tratamiento de los pacientes.

Existe una necesidad actual de investigaciones cualitativas que aborden cómo las interacciones con la industria farmacéutica se han normalizado en la práctica diaria. La frecuente invisibilización de estas influencias requiere una revisión crítica y ética para asegurar que la práctica psicofarmacológica esté exenta de intereses de mercado (Bero et al., 1992). Este proyecto de investigación apunta a un primer encuentro con las complejas dinámicas entre los profesionales de salud mental en formación y la industria farmacéutica mediante métodos cualitativos. El objetivo es promover una práctica que respete la autonomía profesional y esté fundamentada en principios éticos sólidos, contribuyendo así a una atención en salud mental que sea reflexiva y éticamente responsable.

3.2 El debate político actual en España

Recientemente, el Ministerio de Sanidad ha anunciado una serie de medidas para reducir el consumo de psicofármacos en España, en un esfuerzo por abordar el malestar social y la psiquiatrización de problemas de salud mental. Esta estrategia incluye la elaboración de una guía para la reducción de la medicación psicofarmacológica. La comisionada de Salud Mental, Belén García, enfatiza la necesidad de sustituir parcialmente la medicación por actividades comunitarias, para tratar problemas sociales de manera más efectiva y reducir las listas de espera en los servicios de salud mental. Esta iniciativa responde a la creciente preocupación por la excesiva medicalización de problemas sociales y busca promover un enfoque más integral y holístico para tratar el malestar social. En este contexto, se busca un cambio en la forma en que se abordan los problemas de salud mental, integrando intervenciones no farmacológicas que pueden proporcionar beneficios adicionales a los pacientes, mejorando su calidad de vida y reduciendo la dependencia de medicamentos.

Mientras la Sociedad española de psiquiatría y salud mental (SEPSM), que representa una postura puramente biologicista, se opone firmemente a estas medidas y califica estas propuestas como una "burla sádica" hacia los enfermos, subrayando la importancia del tratamiento farmacológico para muchos pacientes. La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) apoya la iniciativa del Ministerio y se ocupa de alertar sobre los peligros de la industria farmacéutica, informando sobre cómo estas inyectan alrededor de ciento tres millones de euros anuales a profesionales sanitarios en España (Martín Fernández- Gallardo, 2024), fondos destinados principalmente a la formación médica, asistencia a congresos y ensayos clínicos, subrayando la necesidad de una mayor transparencia y regulación en las relaciones entre la industria y los profesionales sanitarios. Además, respecto a esto último, el análisis señala que estas inversiones pueden crear conflictos de interés, donde los profesionales sanitarios podrían sentirse obligados a favorecer ciertos tratamientos o medicamentos. Se menciona también que la formación financiada por la industria podría estar sesgada, presentando los productos farmacéuticos de manera más favorable de lo que la evidencia científica independiente sugiere. (Martín Fernández- Gallardo, 2024),

3.3 La Residencia en Salud Mental en España.

La formación de residentes en salud mental en España es un proceso riguroso y estructurado que asegura la preparación adecuada de médicos, psicólogos y enfermeros especializados en salud mental. Aunque los programas de Médicos Internos Residentes (MIR), Psicólogos Internos Residentes (PIR) y Enfermeros Internos Residentes (EIR) presentan diferencias específicas en cuanto a duración y enfoque, comparten numerosos componentes y objetivos fundamentales que garantizan una formación integral y de calidad. El acceso a estos programas de residencia requiere superar un examen nacional competitivo y cumplir con ciertos requisitos académicos y profesionales. Los tres programas comparten una estructura formativa que incluye rotaciones clínicas, actividades docentes, investigación y evaluación continua. Los residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental realizan rotaciones por diversas unidades y dispositivos de salud mental que incluyen unidades de salud mental comunitaria y unidades de hospitalización en psiquiatría. Este enfoque integral permite a los residentes adquirir una visión holística de la atención en salud mental, trabajando con pacientes de diferentes edades y con diferentes modalidades de sufrimiento psíquico (BOE-A-2022-4903, BOE-A-2022-4904, BOE-A-2022-4905). Los programas formativos incluyen la participación en actividades docentes como seminarios, talleres y sesiones clínicas. Además, se fomenta la

participación en proyectos de investigación, lo que permite a los residentes contribuir al avance del conocimiento en salud mental y desarrollar habilidades críticas en evaluación y análisis de datos (BOE-A-2022-4903, BOE-A-2022-4904, BOE-A-2022-4905). La evaluación de los residentes es un proceso continuo y riguroso. Se basa en la adquisición de competencias específicas y la participación en actividades formativas y asistenciales. Los residentes deben cumplir con un portafolio de competencias que incluye publicaciones científicas, presentaciones en congresos y evaluaciones del desempeño clínico. Este enfoque asegura que los residentes estén constantemente desarrollando y mejorando sus habilidades y conocimientos (BOE-A-2022-4903, BOE-A-2022-4904, BOE-A-2022-4905).

Los programas ofrecen un plan formativo teórico que abarca áreas fundamentales de la salud mental, incluyendo psicopatología, psicofarmacología, formación en psicoterapia y aspectos éticos y legales del ejercicio profesional (BOE-A-2022-4903, BOE-A-2022-4904, BOE-A-2022-4905).

En el lugar donde trabajo, la formación se adapta a las necesidades locales y se estructura en torno a rotaciones en diversas unidades, con objetivos específicos de desarrollo de competencias clínicas, psicofarmacológicas y psicoterapéuticas. Se ofrece un programa multidisciplinar, con orientación integrativa biopsicosocial y basado en el modelo de recuperación de las personas con padecimientos de Salud Mental. La docencia se imparte de manera teórico-práctica, con participación por parte de los residentes y participación preferente de facultativos de Psiquiatría, Psiquiatría infantil y de la adolescencia, facultativos de Psicología Clínica, enfermeros especialistas en Salud Mental y otros profesionales (trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, monitores ocupacionales, auxiliares de enfermería, etc.). El espacio teórico se configura durante todos los jueves de la semana, día en el que los residentes no realizan actividad clínica y se les presenta un programa conforme a lo establecido por el Ministerio de Sanidad. La práctica es aprendida a través de las rotaciones en los distintos dispositivos, en el contacto con los profesionales ya especializados y con una responsabilidad y autonomía creciente en función del año formativo.

Para resumir, se puede decir que la formación de residentes en salud mental en España es un modelo robusto que intenta integrar teoría y práctica de manera equilibrada, promoviendo la colaboración interdisciplinaria y la excelencia clínica. Sin embargo, es fundamental abordar las carencias en formación crítica, incluir la antropología médica como herramienta de reflexión

sobre las prácticas y mejorar la capacitación en la gestión de relaciones con la industria farmacéutica. Solo así se asegurará que los futuros profesionales ofrezcan una atención de calidad, ética y basada en la mejor evidencia disponible, adaptándose también a las especificidades del entorno local.

4. Contextualizando resultados

El presente estudio se enmarca en el contexto del neoliberalismo, una ideología que ha permeado profundamente todas las esferas del mundo occidental, incluyendo, claro está, la psiquiatría y la atención en salud mental. Este enfoque se caracteriza por la individualización del sufrimiento psíquico y la medicalización de problemas que, a menudo, tienen raíces sociales y estructurales. A través de la obra de diversos autores, podemos explorar cómo se ha tejido esta influencia y cómo el neoliberalismo ha influido en la práctica psiquiátrica, promoviendo el uso excesivo de psicofármacos y desvirtuando el entendimiento del malestar o sufrimiento psíquico. A continuación, algunas aproximaciones generalistas hacia el tema.

Neoliberalismo y Construcción del Sujeto

En el contexto neoliberal, el sujeto se construye bajo la noción de capital humano, donde desde la infancia se inculcan valores y principios específicos. El espíritu de competitividad y alto rendimiento se convierte en un valor central, promoviendo una mentalidad en la que el individuo es responsable de sus propios éxitos y fracasos. Este enfoque fomenta la auto-responsabilización, haciendo que el sujeto perciba sus logros y fracasos como resultado directo de su gestión personal y esfuerzo, desvinculándolos de factores sociales o colectivos. El individuo, por tanto, se ensalza frente a la comunidad.

Neoliberalismo y Sufrimiento Psíquico

El neoliberalismo interviene profundamente en las dimensiones que producen conflictos, despolitizando la sociedad y transformando el sufrimiento en patologías individuales (Caruso de Azevedo, 2022). Esta despolitización facilita la aceptación de la medicalización como solución primaria a los problemas de salud mental, ignorando las causas sociales subyacentes. En este marco, el sufrimiento se convierte en un fenómeno individual tratado mediante intervenciones biomédicas (Dunker, 2017).

La Biologización de la Psiquiatría

La psiquiatría adoptó un modelo biologicista con la publicación del DSM-III en 1980, un cambio impulsado por la necesidad de legitimación de la profesión y los intereses de la industria farmacéutica (Whitaker, 2016). Este modelo presenta los trastornos mentales como enfermedades del cerebro, promoviendo la idea de desequilibrios químicos que deben ser corregidos con medicación. Esta narrativa ha sido perpetuada y financiada por las farmacéuticas, consolidando una relación simbiótica entre la psiquiatría y la industria (Whitaker, 2016).

Impacto de los Psicofármacos en la Salud Mental

El uso excesivo de psicofármacos puede crear cambios neurobiológicos permanentes que dificultan la recuperación de la salud mental a largo plazo (Turabian, 2021). Los antidepresivos y antipsicóticos, a pesar de aliviar los síntomas a corto plazo, pueden cronificar el sufrimiento y empeorar el pronóstico a largo plazo. Esta perspectiva crítica subraya la necesidad de reevaluar las prácticas actuales de prescripción y considerar los efectos adversos de los tratamientos farmacológicos prolongados (Turabian, 2021).

Críticas a la Influencia de la Industria Farmacéutica

Las farmacéuticas ejercen una influencia indebida en la práctica médica y la investigación psiquiátrica, sesgando la información y promoviendo el uso de sus productos (Angell, 2004). Esta influencia se extiende a la formación médica, financiando programas educativos y proporcionando incentivos a los profesionales sanitarios, creando potenciales conflictos de interés. La necesidad de mayor transparencia y regulación en las relaciones entre la industria y los profesionales de la salud es imperativa para asegurar una práctica médica ética y basada en evidencia (Fernández-Gallardo, 2024). Los primeros medicamentos como la clorpromazina y el litio revolucionaron el tratamiento de las enfermedades mentales, y el auge de los antidepresivos y neurolépticos estuvo acompañado de campañas de marketing extensivas (Healy, 2012). Sin embargo, se critica la manipulación de la investigación clínica y la promoción agresiva de medicamentos por parte de la industria farmacéutica, subrayando los riesgos de los medicamentos y los conflictos de interés que surgen de las estrechas relaciones entre la industria y los profesionales de la salud (Healy, 2012). Las narrativas triunfalistas comparan el descubrimiento de los neurolépticos como el de los antibióticos para enfermedades infecciosas, destacando la supuesta revolución que la clorpromazina trajo a la psiquiatría. Sin embargo, la crítica se centra en que su uso estaba más orientado al control de los pacientes que

a la cura de las enfermedades mentales, reflejando más una estrategia de manejo hospitalario que una verdadera innovación terapéutica (Caponi, 2021).

Necesidad de un Enfoque Crítico y Humano

Se aboga por una reorientación de la psiquiatría hacia un enfoque que considere el sufrimiento en su contexto social y relacional (Davies, 2021). Se critica la tendencia a tratar los problemas de salud mental exclusivamente con medicación y se destaca la importancia de intervenciones psicosociales que aborden las causas subyacentes del malestar. Integrar la antropología médica en la formación psiquiátrica ofrece una visión más completa y crítica de la salud mental (Davies, 2021).

En resumen, podemos decir que el marco neoliberal ha influido profundamente en la psiquiatría moderna, promoviendo la medicalización del sufrimiento y la adopción de un modelo biologicista que favorece el uso de psicofármacos. Las críticas actuales subrayan la necesidad de reevaluar estas prácticas y adoptar enfoques más integradores que consideren los contextos sociales y culturales del malestar psíquico. Solo mediante una formación crítica y una regulación estricta de las relaciones con la industria farmacéutica se podrá avanzar hacia una psiquiatría que respete verdaderamente la dignidad y autonomía de los pacientes. Por ello, desde este prisma, procederé a continuación al análisis de las narrativas y las experiencias de los residentes que participaron en el grupo focal y en las entrevistas individuales.

4.1 El dilema

Aún recuerdo la primera vez que fui a un congreso internacional de psiquiatría. “XVI World Congress of Psychiatry”. En aquella época me encontraba en el segundo año de la residencia de psiquiatría y sentí cierta fascinación ante la grandilocuencia de lo imponente y global del título de aquella convención. La inscripción al congreso, la estancia y el transporte ida-vuelta fueron costeados por un laboratorio que, en ese momento, estaba en plena campaña de un neuroléptico depot². En términos de moneda, sólo la inscripción para residentes costaría entorno unos 200 euros. No sentí que se me pidiera nada a cambio y no estaba formada como para distinguir las pillerías de una industria tan potente como la farmaindustria. Uno de los primeros cuestionamientos al respecto vino de la mano del espacio de ocio que ofrecían las tardes del

² Neuroléptico diseñado para larga duración, se administra de manera intramuscular.

congreso, entonces, unos colegas daneses, también en formación, se sorprendieron de sobremanera ante mi confesión de que había sido invitada por un laboratorio. Esos colegas lo tenían claro, aquello era un sacrilegio, a ellos les había financiado el congreso la institución hospitalaria donde trabajaban. ¿Fue aquello capaz de generarme algún dilema? No he vuelto a ir a ningún congreso tan potente como aquel, no tanto porque considere haber logrado la asepsia ante estas cuestiones, nada más lejos de la realidad, sino porque ahora lo grandilocuente resuena diferente en mí y también porque mi ámbito de trabajo no se ve tan frecuentado por visitantes médicos como otros dispositivos de mi entorno laboral. Si bien escribiendo ya estas líneas me topé con una invitación para el evento de lanzamiento del que promete ser el nuevo neuroléptico que viene a salvarnos (otra vez). Como estaba inmersa en estas cuestiones, decidí ir al evento. La motivación justificable fue el verme como un ente externo observadora de las dinámicas que allí se daban, el deseo real tenía más que ver con el pasar un rato con algún que otro compañero y el conocer las instalaciones de un hospital privado. ¿Cómo es la relación de los residentes con los visitantes médicos? ¿Cómo impactó el primer encuentro con ellos? ¿Presentan dilemas éticos? ¿Qué aporta la industria farmacéutica a su vida social? Estas son algunas de las preguntas que quise problematizar en este primer apartado, las cuales sirven de apertura y medio para el desarrollo posterior de este trabajo.

4.1.1 Primer encuentro y relación habitual con los visitantes médicos.

Los primeros encuentros de los residentes estuvieron marcados por la sorpresa y la confusión. Los encuentros iniciales suelen propiciarse como fortuitos según la percepción de los participantes, si bien los visitantes médicos suelen saber normalmente a priori quiénes son los recién llegados. Estos encuentros iniciales a menudo incluyen la oferta de libros gratuitos, bolígrafos y otros pequeños obsequios, lo que puede crear una impresión positiva y una sensación de ser valorados. Este primer contacto suele ser automáticamente naturalizado en el día a día del residente sin mucho cuestionamiento. Estas cuestiones se reflejan en las experiencias compartidas por varios participantes del grupo focal.

Sofía, MIR de Psiquiatría de primer año, describe su primer encuentro con un visitante médico:

"Mi primer encuentro fue aquí en la CT1³ y me visitó el visitante de Clozapina⁴ y me sentí bueno... me sentí que... es lo típico que viene un visitante médico a vender su fármaco y me pidió mi número y ya... pues eso lo vi de primera hora, un poco invasivo, ¿no? Sin conocernos ni nada, pero que esto lo comparto con mis compañeros, que nos

³ Unidad de hospitalización y rehabilitación de salud mental.

⁴ Neuroléptico de segunda generación

piden los números... Así de primera hora. Nos hacen... nos envían muchos correos, nos hacen firmar cosas que al final son tan largas que ni se leen, ¿No? Tú tienes que firmar esto, pues lo firmas. Al final no sabes ni que estás firmando. Y bueno. Y lo primero que nos ofrecieron fueron libros gratis, regalados"

Clara, su compañera MIR también de primer año, refleja una percepción positiva inicial:

"Sí, bueno, a mí es verdad que cuando... yo creo que lo mío fue en Guadalhorce⁵ y allí es verdad que sí nos hicieron firmar y tal, pero yo, personalmente, no lo viví mal porque como ya me habían contado de los visitantes que te invitan y eso... pues mi experiencia es que yo dije estupendo, ya me dieron libros y dije maravilloso. Entonces yo no lo vi mal, porque si me invitan a desayunar y de hecho, poco me invitan, poco nos invitan. Así que yo personalmente no lo vivo tan mal, me da un poco igual. Le doy mi teléfono a cualquier otra cosa, así que...".

Otra compañera del mismo año de formación también expresa gratitud por los regalos recibidos:

"Sí, yo fui en el mismo contexto que el de Clara, en Cártama⁶. Es cierto que fue un hombre... Yo de hecho, no sabía ni quién era. A día de hoy no estoy segura ni de quién es, de todos los visitantes... porque encima llevaba mascarilla y yo no sabía si era adjunto⁷, si él iba a dar la docencia o si... yo no sabía quién era y pues nos empezó a preguntar qué tal, quiénes éramos... Y sacó los libros. Y a mí me pareció un detalle y dije ah, pues mira qué bien. O sea, esto. Pues aquí que entramos en la docencia, eran como tres libros, pues dije ah, pues fenomenal, muchas gracias. Y luego ya pues descubrí que era un visitante. No tenía ni idea de dónde había salido este hombre, la verdad. Pero bueno, yo lo viví como un detalle"

Con el tiempo, la relación entre los residentes de psiquiatría y los visitantes médicos tiende a evolucionar hacia una dinámica más utilitaria y, a veces, conflictiva en cuanto a la génesis de cuestionamientos éticos. Los residentes, en el grupo focal, parecían aprender a navegar esta relación, buscando maximizar los beneficios mientras intentan mantener su independencia profesional.

Marta, MIR de segundo año, destaca en su narrativa al definir la dinámica con los visitantes médicos como una relación utilitaria:

"La tengo clarísima y lo digo abiertamente. Es de conveniencia. Yo me llevo bien con ellos, soy agradable y tal, pero porque pretendo obtener el beneficio secundario que ellos

⁵ Lugar donde se lleva a cabo el espacio docente.

⁶ Lugar donde se encuentra uno de los equipos de salud mental comunitaria

⁷ Como se nombra al facultativo especialista de psiquiatría

me puedan dar, que es pagarme algún curso, algún congreso o el desayuno. O que me regalen un boli o lo que sea, pero yo luego hago lo que me da la gana. O sea, yo en ese sentido no me estoy dejando vender. Yo lo estoy utilizando y estoy utilizando el beneficio que puedo obtener de eso a mí favor. Y lo tengo muy claro".

Si bien, esta postura fue confrontada por su compañero de año y especialidad, MIR de segundo año, Diego:

"Yo también pensaba que era yo quien podía hacer uso de ellos, pero...es al revés"

Un aspecto relevante que emerge de las experiencias compartidas por los participantes del grupo focal es la diferencia en cómo la industria farmacéutica interactúa dependiendo si eres MIR, PIR o EIR. Mientras que los médicos a menudo reciben numerosas invitaciones y beneficios, los psicólogos y enfermeros, en especial estos primeros, reportan una exclusión notable. Un PIR en su último año de formación comentaba al respecto:

"Como digas que eres PIR o EIR no te invitan. Es como si no les interesaras. Yo he visto cómo mis compañeros MIR reciben invitaciones para congresos y desayunos, mientras que a nosotros apenas nos ofrecen nada. Es una diferencia bastante marcada y te hace sentir un poco marginado en ese sentido".

Palabras que fueron secundadas por dos compañeros EIR de primer año, si bien Andrés puso la nota musical trayendo una estrofa de "Los chikos del maíz" para ilustrar su posición:

"El momento que digas PIR o EIR ya es como que todo lo demás... lo que lo siguiente que digas ya no le interesa".

"Tú no te puedes vender. Nadie te quiere comprar"

Si bien Laura, también EIR pero de segundo año, comenta que los enfermeros también participan de las invitaciones de la industria, cuestionando la supuesta posición aséptica en estas cuestiones:

"A nosotros el año pasado nos invitaron, pero cuando empezaba Byannli^{8a} a ponerse para que supiéramos administrarlo. Y luego hubo un cóctel muy bonito y tal. Pero la única vez que ha habido algo así".

⁸ Marca de un neuroléptico de larga duración

4.1.2 Dilemas Éticos en las Interacciones con la Industria Farmacéutica

Las interacciones entre los profesionales de la salud y la industria farmacéutica presentan una serie de dilemas éticos que pueden influir en la práctica clínica y la percepción profesional. Estos dilemas emergen de las complejas relaciones que se forman a través de las ofertas de regalos, beneficios y recursos educativos proporcionados por los visitantes médicos. A continuación, se exploran los dilemas éticos más destacados identificados en el análisis del grupo focal y las entrevistas individuales, si bien la cuestión específica de la formación será problematizada en un apartado propio más adelante.

Dilema 1: Aceptación de Regalos y Beneficios

Conveniencia vs. Influencia

Uno de los dilemas éticos más significativos es la aceptación de regalos y beneficios por parte de los profesionales de la salud. Desde lo más cotidiano como desayunos semanales a pagar libros formativos, cursos o congresos. La dualidad entre conveniencia e influencia navega en las experiencias de los residentes. Ante la relación utilitaria que expresaba una MIR de segundo año, otros compañeros expresaban los conflictos internos que le generaba el aceptar lo beneficioso de estas dinámicas. Así nos lo contaba Andrés, EIR de primer año:

"A mí me crea un poco de conflicto porque... y eso que no tengo tanto contacto, pero como puede ser el desayuno, pues a ver, gano una porquería. Bueno, una porquería no, pero me cuesta mucho llegar... Por un lado, digo no, no quiero participar en esto, en esta industria, que lo haré de otra forma seguramente..., pero digo, no quiero participar, pero qué bien me viene que me pague el desayuno"

La aceptación de regalos y beneficios por parte de los profesionales de la salud es un tema ampliamente debatido, ya que puede establecer una relación de reciprocidad que potencialmente afecta la independencia profesional. Este dilema es particularmente relevante en el contexto de las interacciones con la industria farmacéutica, donde las tácticas de marketing están diseñadas para influir sutilmente en las decisiones clínicas de los profesionales. La industria farmacéutica invierte grandes sumas en marketing, muchas veces disfrazado de educación y beneficios para los médicos. Regalos que van desde bolígrafos y desayunos hasta financiamiento para congresos y cursos, aunque parecen insignificantes, no son inocuos. Estos actos de aparente generosidad crean una obligación tácita de reciprocidad. Así, los médicos, incluso sin darse cuenta, pueden sentirse inclinados a prescribir medicamentos de las compañías que les proporcionan estos beneficios (Angell, 2004). Investigaciones indican que los regalos, incluso los más pequeños, pueden afectar las decisiones de prescripción. Se ha encontrado una

correlación directa entre los beneficios recibidos y la tendencia a prescribir ciertos medicamentos. Este fenómeno, conocido como la "teoría de la reciprocidad", sugiere que las personas se sienten moralmente obligadas a devolver favores, sin importar su valor (Fabbri et al., 2020). Esta reciprocidad no siempre es consciente, lo cual podría explicar los motivos por los cuales algunos viven esta relación como aséptica. Los estudios demuestran que los profesionales de la salud a menudo subestiman la influencia que estos regalos pueden tener en su comportamiento clínico. Esta cuestión fue planteada en el grupo por Diego, quien situó su interés inicial por el campo de la salud mental en su gusto por lo humanista:

“Yo pienso que lo que no se nombra no existe. Pues cuando te presentan un fármaco, eso se queda ahí... una idea, como habéis dicho muchos... hay una posibilidad de que se piense. No quiere decir que se prescriba, pero ya crea algo que no estaba ahí. Entonces creo que, por poco que se haga, se prescribe”

La percepción de independencia se ve comprometida cuando las decisiones médicas están influenciadas por factores externos a la evidencia científica y al bienestar del paciente. Esto puede llevar a una prescripción excesiva de medicamentos costosos o innecesarios, aumentando los costos de salud sin mejoras significativas en los resultados para los pacientes (Angell, 2004). Además, la aceptación de regalos puede erosionar la confianza del público en el sistema de salud. Los pacientes pueden percibir que las decisiones médicas están más influenciadas por intereses comerciales que por la evidencia científica y la ética profesional. Esto puede socavar la relación médico-paciente, fundamental para una atención efectiva y basada en la confianza (Fabbri et al., 2020). En resumen, la aceptación de regalos y beneficios por parte de los profesionales de la salud, aunque pueda parecer inofensiva a primera vista, puede establecer una relación de reciprocidad que afecta la independencia profesional. La literatura destaca cómo estas prácticas pueden influir en las decisiones clínicas, erosionar la confianza pública y aumentar los costos de salud sin mejorar los resultados para los pacientes (Angell, 2004; Fabbri et al., 2020).

Dilema 2: Preservación de la Independencia Clínica

Independencia vs. Presión Implícita

Otro dilema ético es la preservación de la independencia clínica frente a la presión implícita que pueden ejercer los visitantes médicos. Aunque los profesionales de la salud pueden creer que sus decisiones clínicas no están influenciadas por los regalos y beneficios, la repetida exposición a estas prácticas puede generar una presión sutil para prescribir ciertos medicamentos:

Marta, MIR de segundo año, quien previamente inició la residencia en neurología y su interés inicial en la salud mental lo situaba en su interés por la mente humana, comentó sobre la cuestión de la presión:

“Bueno, un poco sí, pero más en mi anterior residencia. A ver, con el tema de los anticoagulantes ahí sí que había mucha... Mucha rivalidad entre los anticoagulantes, porque al final son casi todos parecidos y que buscaran una pequeña diferencia, pues ya era como que venían y te controlaban. Si lo habías hecho tú, vaya. O sea, ahí sí que hubo más control. Aquí no tanto, no tan abiertamente. Pero sí que el Abilify⁹ a veces sí que se ha mencionado algunas veces...el intramuscular, ponerlo en urgencia para la agitación, cómo lo tenemos que poner... Ese sí ha sido un poco de más presión, más que el resto....”

Carmen, MIR de primer año, habla de la influencia de los visitantes a la hora de que los psiquiatras prescriban, estando esto claramente influenciado por los beneficios percibidos:

"Y yo, por ejemplo, yo no he prescrito nada, pero yo sí que he visto como adjuntos prescriben y hacen comentarios del tipo bueno, “ya que ha venido el visitador esta mañana, vamos a prescribir Rocoz¹⁰, ya que lo tenemos aquí”. O por ejemplo del tipo pues “a ver si tal visitador nos paga la cena de Navidad, porque aquí ya solamente con este cupo el Abilify está ya cubierto en toda Málaga”. O sea que para los adjuntos sí que, no sé, sí que veo que es importante el elegir una marca u otra”

Andrés subraya la importancia de mantener la independencia:

"Yo llevo con mucho orgullo el que no le cojo ni un bolígrafo a una casa farmacéutica”

En la literatura se observa que la influencia de los visitantes médicos puede ser sutil pero efectiva, afectando las decisiones clínicas de manera inconsciente (Fabbri et al., 2020; Angell, 2004).

Dilema 3: Transparencia y Confidencialidad

Transparencia vs. Confidencialidad

La transparencia y la confidencialidad son esenciales en la práctica clínica, pero las interacciones con los visitantes médicos pueden poner en riesgo estos principios. Los visitantes a menudo buscan obtener información sobre la prescripción de medicamentos, lo que puede cruzar la línea de la confidencialidad del paciente. Andrés, EIR de primer año, mencionó esta preocupación:

⁹ Marca de neuroléptico de segunda generación, aripiprazol

¹⁰ Marca de neuroléptico de segunda generación, quetiapina

"Claro que intentan sacarle toda la información del mundo y cosas que seguramente no lo sé, pero seguramente pasará la línea ya de lo que es la confidencialidad. Pero ellos sí, sí quieren saber cuántos pacientes tiene con tal medicación, qué tal está funcionando todas esas cosas y sí quieren saberlas y vamos, lo que vienen es para escuchar cosas buenas sobre los fármacos"

En el grupo de discusión se generó un pequeño debate en torno a cómo consiguen los visitantes médicos la información que buscan, llegando a conclusiones que crearon cierta indignación al ser verbalizadas por unos y descubiertas por otros:

"Yo he escuchado a un visitador decirle a un residente que llevaba tres pacientes en agudos¹¹ y sólo uno tenía tal medicación... No sé cómo le ha llegado esa información a ese visitador..."

"Con la esketamina¹² pasa igual ¿eh? que Janssen¹³ tiene como un contaje de cuántos pacientes en esta área están con esketamina y que otra área de salud mental tiene más pacientes con el fármaco"

"Yo creo que llegan a esa información por los propios psiquiatras, ¿no? O sea, con los que sí tienen un vínculo... No sé. O sea, yo creo que a lo mejor se ha creado un vínculo con otro, con los adjuntos, por ejemplo, que tendrán una mayor... y en una conversación totalmente cotidiana puede hacer que llegue esa información"

"Yo creo que ellos deben tener acceso a algún tipo de información... de lo que se prescribe desde la farmacia o desde no sé, porque de alguna manera ellos tienen que sacar los datos de cuánto se prescribe en el área... de cuánto tal se receta por equipo. Esos datos los tienen, son anónimos. Evidentemente no van a ser, a lo mejor, con nombre y apellido del paciente, porque eso sería ya una violación total de la privacidad y demás, pero de alguna manera ellos lo saben y saben que prescribe cada cosa.

"Hasta donde yo tenía entendido era que, si lo sabían, era porque se lo contaba bien el enfermero o el médico"

Esta cuestión es consistente con la literatura sobre el tema donde se evidencia que la información obtenida de las farmacias y revendida a las compañías farmacéuticas permite a los visitantes médicos tener un conocimiento detallado y preciso sobre las prácticas de prescripción de los médicos, aunque los datos sean anónimos. Este acceso a datos específicos

¹¹ Unidad de hospitalización de salud mental

¹² Antidepresivo, principio activo

¹³ Compañía farmacéutica

permite a los visitantes médicos personalizar sus tácticas de marketing y ejercer una influencia más efectiva sobre los profesionales de la salud (Angell, 2004)

Dilema 4: El reconocimiento

Sentirse Especial vs. Ética Profesional

La industria farmacéutica utiliza estrategias de marketing que a menudo elevan el estatus de los médicos, haciéndolos sentir valorados y respetados. Este sentimiento de ser especial o poderoso no es simplemente una cuestión de vanidad, sino una herramienta eficaz de persuasión. Los médicos que reciben atención personalizada, regalos costosos o la oportunidad de participar en congresos prestigiosos pueden desarrollar una percepción positiva de la empresa que proporciona estos beneficios (Angell, 2004). Este fenómeno de sentirse especial se refleja en la narrativa de muchos médicos jóvenes, quienes a menudo describen sus primeras interacciones con los visitantes médicos con una mezcla de sorpresa y agrado, hecho que queda reflejado en las narrativas compartidas sobre los primeros encuentros. Diego realiza una reflexión sobre el trato especial recibido:

"A mí un poco también, en la línea de lo que me llamó la atención al principio, que uno entra ahí muy perdido... Es como ... el buen trato que te dan. O sea, de. También fue aquí en la comunidad, no me acuerdo quién exactamente, pero eso, el segundo día ya como que no sé, te hacen sentir importante eso de "para lo que necesites". A mí en un primer contacto me resultó como muy llamativo, es decir, si no voy, o sea, tú llevas la preconcepción o el pensamiento de que no te va a servir para nada "si yo no voy a prescribir" Pero bueno, me llamó mucho la atención"

4.1.3 Beneficios sociales.

Los eventos patrocinados por la industria farmacéutica ofrecen una variedad de beneficios sociales a los residentes médicos. Estos beneficios van más allá del simple conocimiento médico y se extienden a la creación y fortalecimiento de redes profesionales y personales. La participación en congresos, desayunos y otros eventos patrocinados facilita el establecimiento de relaciones tanto dentro como fuera del entorno inmediato de trabajo. Los residentes reportan que estos eventos les permiten conocer a colegas y superiores con quienes de otra manera no habrían interactuado.

Marta comenta sobre esta experiencia:

"Yo creo que sí. Porque al final estás rodeada de tus compañeros de trabajo habituales, tus co-R¹⁴, resis mayores, tus adjuntos... y que a lo mejor hay adjuntos que yo he conocido expresamente en un evento y fuera de eso no he coincidido nunca. Entonces, claro, de alguna manera facilitan las relaciones sociales".

Esta interacción social no solo se limita al entorno profesional inmediato, sino que también se extiende a otras áreas y hospitales. Una MIR de primer año señaló:

"Y también con la otra área¹⁵, porque también invitan a los de Carlos Haya... es verdad que nos conocemos con los otros resis y con otros adjuntos por los eventos".

Los eventos patrocinados también promueven un sentimiento de pertenencia y cohesión entre los residentes, lo cual es crucial, especialmente al inicio de su formación. Un EIR cuestionó la situación, ante la incomodidad de un MIR de tener que ir a todos los desayunos con visitantes médicos, y su respuesta fue la siguiente:

"Si no vas, no eres parte del equipo... hay como una presión un poco social de... el momento del desayuno en los equipos, en agudos, es como la reunión y luego al desayuno... Y tampoco te vas a retratar tú ahí de decir "no, no voy a desayunar, me quedo". Al final como que parece que está, no sé, un poco asocial o es que al final se traduce en eso ¿no? Como que ellos están presentes en unos momentos que son como también sociales, que te permite hablar con los compañeros y tal... Pues si tú te privas de eso, al final te estás metiendo en tu propia cueva y entonces pues te priva a ti de poder establecer lazos de amistad o lo que sea, relaciones más allá del trabajo con tus compañeros"

Sin embargo, estos beneficios sociales vienen acompañados de ciertas implicaciones éticas y profesionales. La asistencia a eventos patrocinados puede llevar a una sensación de obligación hacia la industria farmacéutica, creando un conflicto de intereses. Marta señala:

"Claro, también son congresos donde ellos tienen un simposio que hablan de su fármaco... y como que tienes un poco el compromiso de 'tú me has pagado, pues yo tengo que ir a escuchar tu charla'"

Además, la literatura subraya que estos eventos pueden influir en la prescripción de medicamentos y en la independencia profesional de los médicos (Angell, 2004). La industria farmacéutica a menudo organiza estos eventos en lugares lujosos y ofrece "distracciones" que pueden desviar la atención del objetivo educativo principal.

¹⁴ término que se usa para definir residentes de misma especialidad y mismo año formativo

¹⁵ Área de salud gestionada por otro hospital

4.2 Lo que impregna la formación

Los visitantes médicos saben qué ofrecerte. De alguna manera, acaban conociendo tus intereses. El simple hecho de saber que no estás interesada en ellos también es aprovechado. El último curso que me ofrecieron hacer fue uno sobre fenomenología y psicopatología, cosa que, a priori, no está tintado de ningún interés de la industria farmacéutica. Resultó ser una formación en la que yo estaba interesada previamente de manera genuina. Acertaron. Una compañera MIR comentaba en el grupo de discusión cómo los desayunos en un dispositivo se habían vuelto incómodos ante la carga ideológica expresada y alentada por un visitador, esta misma residente había visto como el representante cambiaba su inclinación política en otro dispositivo. Son maestros de la venta. Y todo se llena de panfletos propagandísticos. Desde el material de oficina que forma parte de la normalidad de las consultas y que trataremos en el siguiente punto, hasta la formación. La bandeja de entrada del correo electrónico está plagada de artículos sobre marcas de neurolépticos, oferta de cursos online creados por laboratorios, encuestas remuneradas sobre la efectividad de fármacos... Los residentes de salud mental tienen un programa formativo teórico, dictaminado por el Ministerio de Sanidad, donde se contempla la formación en psicofarmacología, pilar básico de los MIR de psiquiatría. En nuestra unidad docente, los temas de psicofarmacología son impartidos por psiquiatras que trabajan en nuestra área hospitalaria. Estos espacios están libres de la intervención de la industria en cuanto a que no se permite a los visitantes médicos acceder al espacio docente, si bien algunos han intentado mediar para que se imparta, en el contexto del programa formativo, una charla (remunerada al ponente) sobre su marca. En lo práctico, los residentes se forman viendo trabajar a los psiquiatras con los que rotan en los diferentes dispositivos. Esta parte tiene mucho de ósmosis y claro, si nuestro prescribir está influenciado por la industria, los residentes acaban absorbiendo los vicios y las mentiras de la industria farmacéutica. Así lo comenta Marta, MIR de segundo año:

“No sé, también en base a la experiencia de lo que es la práctica clínica, que es verdad que eso al final está influenciado por la industria. Pero bueno, que yo al final pues aprendo actualmente todos los adjuntos y tal. Y si yo veo que un adjunto pues me explica que ese fármaco lo he utilizado mucho y le va muy bien para cierta cosa, pues yo ya lo pillo y lo capto y ya luego veré lo que hago con esa información”

Libros de psicofarmacología, publicidad con información sobre los beneficios, avalados por estudios, de fármacos, congresos con charlas patrocinadas. ¿Qué piensan de esto los residentes? ¿Sabemos interpretar los estudios científicos?

Según los datos de la web Farmaindustria, en 2022, en España, las compañías destinaron 218 millones de euros a la formación continuada de profesionales, con 130 millones dirigidos a organizaciones sanitarias responsables de reuniones y congresos científicos profesionales, y 88 millones a ayudas individuales para participar en congresos (Laporte, 2024). Fernando Lamata estima que las empresas destinan unos 600 millones de euros a conceptos que van más allá de la formación continuada y los congresos, incluyendo honorarios profesionales por charlas, consultorías, asesorías, ayudas a la investigación, subvenciones a sociedades científicas, fundaciones de investigación, cátedras de patrocinio, publicaciones y elaboración de guías clínicas. La formación médica, especialmente en el campo de la salud mental, está profundamente impregnada por las estrategias de marketing de la industria farmacéutica. Como ya se ha señalado, estas estrategias se suelen presentar bajo la apariencia de actividades educativas, lo que puede comprometer la imparcialidad y la calidad de la educación que reciben los futuros profesionales de la salud.

En cuanto a la calidad de educación de estas actividades formativas, la industria farmacéutica sostiene que son imparciales, aunque el presupuesto para estas actividades proviene del marketing (Angell, 2004). Algunos de los residentes se cuestionaban la calidad de charlas y cursos organizados por laboratorios.

Si bien, Sofía, MIR de primer año, se sorprendía por la oferta de cursos y libros, preguntándose por el interés invertido por la industria en lo formativo. Este cuestionamiento llevó a una clara respuesta por parte de otro residente:

“Lo de los libros y los cursos... nos sé. Y, de hecho, me sigo preguntando de dónde saldrá ese dinero para pagar los desayunos...Y no sé, me parece un dinero como que se multiplica ¿no?”

“Pues de cuando prescribís la medicación ¿no?”

Formación Continuada y Congresos.

Según Angell, en 2001, la farmaindustria pagó el 60% de la formación médica continuada en los Estados Unidos, contratando empresas privadas acreditadas para organizar cursos y contratar ponentes. Esta dependencia estructural es evidente en los comentarios algunos residentes, quienes reconocen que la mayoría de los cursos y congresos a los que asisten son financiados o patrocinados por la Industria:

"Nos invitan a cursos. Eso sí, son cursos hechos por ellos mismos"

El valor real de los congresos patrocinados por la industria también se ha puesto en tela de juicio. Algunos residentes cuestionan la utilidad educativa de los congresos patrocinados por el laboratorio en cuestión, señalando que gran parte del contenido está sesgado hacia la promoción de productos específicos y que los beneficios tangibles, como comidas gratuitas y eventos lujosos, pueden ser más influyentes que el contenido educativo real, tal y como Angell destaca en su libro sobre la industria farmacéutica:

“Claro, también son congresos donde ellos tienen un simposio que hablan de su fármaco... y como que tienes un poco el compromiso de “tú me has pagado, pues yo tengo que ir a escuchar tu chapa”

Los residentes MIR , en el grupo focal, nos comentaban que aprenden a prescribir, además de por la teoría, por la práctica del psiquiatra con quien pasan consulta como observadores. En un punto de la discusión, algunos se dieron cuenta de cómo esta práctica podría estar sesgada por la influencia de los visitantes médicos:

“Yo no me suelo poner a leer estudios científicos de qué fármaco sirve más porque no lo prescribo. Pero claro, sí que ya, después de tres años y pico, escuchando a adjuntos diciendo pues a este le he puesto tal cosa por tal en la guardia o en el equipo o en donde sea, te quedas como con esa cosa de “ah, pues supongo que este va mejor para para tal cosa, para bajar un poco o para mejorar lo que sea, no para ayudar en la sintomatología que sea”. Pero claro, lo que dicen, que ese adjunto también está bombardeado por toda esa información. Entonces, los que tenemos la sensación de que es un poco la práctica clínica del adjunto que tenemos al lado, que lleva un montón de años ya poniendo fármacos y todo eso también...pues está influenciado por eso”

“El caso es que los farmacéuticos tienen aquí un monopolio de formación para los adjuntos, que es increíble”

Todas estas estrategias de la industria acaban generando una especie de dependencia estructural que compromete la ética profesional y la toma de decisiones clínicas.

La evidencia científica.

Según Angell (2004), la industria farmacéutica tiene una gran influencia sobre el diseño y la publicación de los ensayos clínicos. A menudo, los ensayos clínicos están diseñados para obtener resultados favorables para el medicamento en cuestión. Además, se tiende a ocultar los ensayos con resultados negativos. Al respecto, un MIR de primer año señaló en su entrevista

individual lo siguiente sobre cómo le presentaba un visitador médico la información sobre la evidencia científica de un fármaco:

“Ellos hacen la verborrea que tienen que hacer y al final lo que queda es el discurso bonito, ¿no? Pero sin leer la letra pequeña... Uno tiene que escuchar el discurso bonito que diga 'hostia, pues me convence, pero hay que echarle un vistazo de verdad al estudio...’”

Este mismo residente, en el grupo de discusión que precedió a la entrevista individual, presentaba un discurso muy similar al de un visitador médico en cuanto comenzó a hablar sobre elecciones a la hora de prescribir un psicofármaco.

"Pensamos si queréis a la vortioxetina¹⁶ y el perfil en la anhedonia, que es el único antidepresivo que actúa sobre anhedonia y me llamó la atención que fuera el único fármaco que incidiera sobre lo cognitivo en la depresión... Y también que tenga un perfil de síndrome de retirada casi ausente"

También usó una narrativa similar para hablar de neurolépticos:

“Yo todavía no he prescrito ningún antipsicótico, pero si veo un paciente con psicosis dual, pues a mí los estudios y lo que nos enseñan pone que la Caripracina¹⁷, pues tiene superioridad ante otros antipsicóticos, a la hora de incidir sobre el D3 y el anticraving¹⁸. Pues si no me leo yo más sobre antipsicóticos, prescribiría Caripracina para este tipo de pacientes”

Estos ejemplos muestran cómo la presentación detallada y favorable de un medicamento puede influir en la percepción de los profesionales en formación a pesar del intento por cuestionarse la propia práctica. Asimismo, se ve cómo la información que venden los visitadores minimiza lo posible los secundarismos del fármaco.

Como referí al comienzo de este apartado, los estudios que enseñaron en la presentación del nuevo neuroléptico fueron dos ensayos clínicos frente a placebo puesto son el estándar de oro para evaluar la eficacia de los nuevos fármacos. Los resultados de este tipo de ensayos clínicos son los que suelen minimizar y contar, de manera digerida, los visitadores médicos. Healy (2012) señala que los ensayos con placebo a menudo están diseñados para maximizar la diferencia entre el medicamento y el placebo, por ejemplo, seleccionando pacientes que responden poco al placebo o utilizando dosis inadecuadas de los comparadores. Este autor

¹⁶ Antidepresivo

¹⁷ Neuroléptico de segunda generación

¹⁸ No desear consumir un tóxico

también señalaba cómo la industria puede manipular los ensayos con placebo de otras maneras. Un ejemplo es el uso de placebos activos que contienen ingredientes que producen efectos secundarios similares a los del medicamento en estudio, lo que puede hacer que el medicamento parezca más eficaz en comparación. Estas prácticas son difíciles de detectar por los residentes y los médicos ya especializados, si bien los MIR hacen referencia a los estudios que presentan los visitantes como la manera que usan para saber de los psicofármacos:

“¿Cómo sé qué prescribir? Pues volvemos a los estudios que nos enseñan los mismos farmacéuticos, o sea los visitantes”

4.3 Colonizando espacios

Trabajo como psiquiatra de enlace en un hospital público. En el verano de 2020, cuando empezábamos a despertar del confinamiento COVID, recibí un mensaje donde se evidenciaba la urgencia de un visitador médico por tener una cita en el hospital conmigo para presentarme un nuevo fármaco con ínfulas de poner freno a lo que se suponía la epidemia de conducta suicida que ya estaba en marcha. Además de la frivolidad del asunto en sí, el tipo me solicitaba recibirle para planificar la posibilidad de que ese fármaco se administrase desde mi lugar de trabajo. El hospital estaba cerrado a cal y canto para todo aquel que no fuese paciente o personal del mismo. Ni siquiera podía venir aún un familiar a realizar acompañamiento a pacientes ingresados. Ante mi negativa justificada en los tiempos que vivíamos, el visitador médico mostró su claro enfado señalando que sería una pérdida de oportunidad para los pacientes. Justo en ese verano, la Junta de Andalucía describió las nuevas regulaciones para controlar las visitas médicas en los centros de salud públicos, buscando mejorar la transparencia y reducir la influencia de la industria farmacéutica. Esas medidas incluían la programación y autorización previa de visitas, registro detallado de cada visita, horarios específicos y limitados para las visitas, prohibición de regalos y beneficios, y la aprobación de sesiones de formación basadas en evidencia científica por las autoridades sanitarias. Si bien, queda en la voluntariedad de cada médico el recibirles o no en las instituciones públicas sanitarias. Por regla general, el acceso al hospital es más complejo que el acceso a los centros de salud, en estos últimos fácilmente los visitantes médicos se sientan a charlar en nuestras consultas. ¿Cómo viven esto los especialistas en formación? ¿hay dispositivos más frecuentados? ¿la colonización va más allá de los espacios físicos?

La colonización de espacios por parte de la industria farmacéutica se refiere tanto a la ocupación de dispositivos físicos como a las estrategias de marketing y promoción que buscan hacer propios espacios y prácticas profesionales. Los visitantes médicos se concentran en los

dispositivos físicos donde se prescriben medicamentos con mayor frecuencia, como las unidades de hospitalización. Si bien, la constante presencia de material promocional, como bolígrafos, calendarios y folletos, en las consultas médicas y áreas de trabajo es un claro ejemplo de colonización fuera y dentro del hospital. Además, estos materiales no solo promueven productos específicos, sino que también buscan normalizar la presencia de la industria en el entorno clínico (Angell, 2004). Estudiantes de enfermería hicieron un trabajo de recuento de materiales promocionales presentes en las consultas médicas. Encontraron muestras gratuitas de medicamentos, agendas de sobremesa, ratones para ordenador, bolígrafos, calendarios de sobremesa o de pared, cintas métricas, cola, DVD, gomas de borrar, ladrones eléctricos, portalápices, lápices, libretas de notas, libros, lotes, pañuelos de papel, dispositivos USB, pósteres, pósits, reglas, reloj de pared, rotuladores fluorescentes, tazas y trípticos publicitarios. En los bolsillos de las batas de muchos médicos es fácil encontrar bolígrafos, blocs de notas u otro instrumental con el logo de alguna compañía o la marca de un medicamento (Canadell, 2018). Laura, EIR de segundo año, describe cómo las consultas están inundadas de material de promoción:

"Las consultas de enfermería están forradas... Da igual, da igual de quién sea la consulta. Póster de casas farmacéuticas por todos lados y cosas encima de la mesa".

Esta invasión física no solo se limita a la publicidad pasiva. Andrés, EIR de primer año, explica cómo los folletos informativos proporcionados por las farmacéuticas son utilizados activamente en la educación del paciente:

"He visto folletos informativos acerca de, por ejemplo, qué es la esquizofrenia para dárselo a familiares y pacientes, y creo que están hechos desde la farmacéutica".

La mayor parte de los esfuerzos de colonización se concentran en los dispositivos donde se prescriben más medicamentos, particularmente en las unidades de hospitalización. Esto se debe a que estos entornos ofrecen mayores oportunidades para influir en las decisiones de prescripción de los médicos. Visión compartida por varios residentes participantes:

"Yo lo que no me imaginaba es que venían con tanta frecuencia, la verdad, porque ahora en Agudos es que vienen todas las semanas, cada día ellos se organizan... cada día viene uno diferente".

"Me llama la atención ¿no? de que en función de la rotación o el sitio o lo que sea, van con una frecuencia u otra. Y es verdad que en agudos en especial, van frecuentemente".

"Por ejemplo, yo he notado que su presencia suele estar más, evidentemente ,donde más se medica. Y eso suele ser, pues la unidad de unidades de hospitalización en general..."

agudos, sea comunidad terapéutica sobre todo y en el equipo¹⁹ también suele ser los sitios que más se visitan, pero luego por ejemplo en infantil no viene nadie en el tiempo que yo llevo allí, que es un mes y poco"

Es evidente que la colonización de la industria no se limita a la promoción de productos. También incluye esfuerzos por contrarrestar movimientos como la anti-psiquiatría, que critica la medicalización y la excesiva dependencia de los medicamentos en la salud mental. La industria farmacéutica ha respondido a estas críticas promoviendo la "cientificidad" de los tratamientos farmacológicos y destacando los beneficios de los medicamentos en la literatura y en los medios de comunicación (Whitaker, 2016). Esto último es claramente el mensaje que transmitió la SEPD a través de sus declaraciones como respuesta a la intención del Ministerio de Sanidad en regular la prescripción de psicofármacos y comenzar una estrategia de deprescripción. Al respecto, resultó interesante la solicitud de un libro sobre este tema por parte de un MIR de segundo año:

“A mí me acaban de pagar el de la deprescripción. en principio no me ha dicho que no, O sea, yo no dije que era de deprescripción, pero supongo que es un libro... y ya. No, digo que, que parece que es un gesto inteligente por mi parte, pero que probablemente eso es...que es deprescripción dentro de un mundo de prescripción. No es un jaque mate al sistema. Pero bueno, que lo quería.”

Esta anécdota, podría mostrar cómo la industria farmacéutica intenta controlar diferentes narrativas, incluso las que un principio parece ir en su contra. Andrés, EIR, comenta en su entrevista individual al respecto:

“Pero vamos, con toda seguridad cualquier cosa que...Y ahí ya no es, no es la industria farmacéutica, es la industria en general y el sistema capitalista. O sea, yo al final el sistema capitalista coge cualquier margen de cosas que pueda convertir en negocio. Y ya sea el feminismo, ya sea cualquier tipo de lucha social, el ecologismo lo va a convertir en un negocio. Y si ven que ahí hay algún resquicio en el tema de la deprescripción, porque se está convirtiendo en moda, porque hay ahora una cosa de eso, de también entender que nos estamos pasando, medicalizando a la gente. Si ellos ven un resquicio de negocio, entiendo que lo van a utilizar siempre dentro de unos márgenes que a ellos no le afecten”

¹⁹ Equipo de salud mental comunitaria

4.3 Lo nombrado

Hace poco recibí un email y un mensaje con una invitación para asistir al lanzamiento de un nuevo neuroléptico. La invitación tenía colores neones y era encabezada por una especie de eslogan que hablaba de algo así como dar luz o re-iluminar, en inglés. El evento consistió en dos ponencias sobre el funcionamiento del fármaco y lo que este venía a aportar. Dos colegas habían sido pagados por el laboratorio para presentar aquello. Hablaron de mecanismos bioquímicos cerebrales y en lo concreto, se expusieron dos estudios frente a placebo a favor del fármaco. Se habló de “grandes pasos”, frases que vienen a ser réplicas de lanzamientos de otros neurolépticos del mismo o diferente laboratorio. Ya habíamos oído o visto en presentaciones el uso de marketing a través de frases como “un gran paso” “pasos adelante”. En el cóctel de después se hablaba poco del fármaco, algunas comentaban efectos secundarios que contradecían lo informado y la mayoría tiene conversaciones distendidas fuera de la temática principal. En el grupo de discusión se nombraron fármacos y marcas asociados a los laboratorios más potentes que, aunque no nombre, representan, también para mí, en estos momentos, a las marcas de psicofármacos más usados y subjetivamente mejor valorados. Curiosamente, también coincide con que sean sus visitantes médicos los que más tiempo llevan en su puesto y a los que más se les menciona por su propio nombre. En concreto, lo que más se nombra son neurolépticos, siendo estos algunos de los fármacos más caros que tenemos financiados por el sistema nacional de salud. El nuevo, una versión modificada de otro ya existente cuesta en su versión de 1mg (la dosis menor) con 30 comprimidos, unos 130 euros. La versión anterior, en su presentación de menor dosis, unos 24 euros (Preciomed, 2024) ¿Por qué lo más nombrado son los neurolépticos? ¿cómo permea en los profesionales de formación el uso de eslóganes? ¿Son “pasos tan grandes” las innovaciones?

La gran presencia de los neurolépticos en las conversaciones clínicas puede atribuirse a varias razones. Sandra Caponi, en particular, ha señalado que la llamada "revolución psicofarmacológica" con el descubrimiento de la clorpromazina en los años 1950, promovió una narrativa triunfalista que comparaba estos medicamentos con antibióticos y otros avances médicos. Sin embargo, la clorpromazina y otros neurolépticos no eliminaban los delirios ni las alucinaciones; más bien, inducían un estado de indiferencia en los pacientes, reduciendo la agitación y la agresividad, pero sin abordar realmente los síntomas fundamentales de las psicosis (Caponi, 2018). Este efecto de "indiferencia psíquica" se consideraba un éxito terapéutico, aunque en realidad solo calmaba a los pacientes sin tratar las causas subyacentes

de sus trastornos mentales. En la literatura crítica, Robert Whitaker y Sandra Caponi han argumentado que el marketing de psicofármacos a menudo exagera los beneficios y minimiza los riesgos. Whitaker ha destacado cómo los modelos biológicos de trastornos mentales y el uso de medicamentos pueden, de hecho, agravar la cronicidad de las enfermedades que intentan tratar (Whitaker, 2015). La narrativa construida alrededor de estos medicamentos también facilitó la aceptación de su uso a largo plazo, perpetuando una dependencia de los neurolépticos para mantener a los pacientes tranquilos tanto dentro como fuera de los hospitales psiquiátricos. Esta dependencia no solo tiene implicaciones clínicas, sino también económicas, beneficiando a las compañías farmacéuticas a expensas de una verdadera mejora en la salud mental de los pacientes (Caponi, 2018).

Los eslóganes y las tácticas promocionales no solo afectan las percepciones de los profesionales de la salud, sino que también pueden distorsionar la realidad de los avances médicos. Es esencial que los profesionales mantengan un enfoque crítico y basado en la evidencia para evaluar verdaderamente el valor de las innovaciones farmacéuticas. En la industria farmacéutica, los eslóganes y las tácticas promocionales no solo moldean las percepciones de los profesionales de la salud, sino que también pueden distorsionar la realidad de los avances médicos. Muchos de los nuevos medicamentos lanzados al mercado no representan avances terapéuticos significativos. Una gran proporción de estos medicamentos son conocidos como "me-too drugs", los cuales no aportan ningún beneficio adicional sobre los ya existentes (Angell, 2004). Este hecho es a menudo ocultado por tácticas de marketing agresivas que presentan estos productos como avances importantes. La aprobación de nuevos medicamentos a menudo se basa en datos publicados que favorecen al fabricante, lo cual puede llevar a la comercialización de productos cuya eficacia y seguridad no están completamente comprobadas. En el grupo de discusión se presentaron los eslóganes que se usaron en la presentación institucional a profesionales de tres neurolépticos, los tres hablaban de grandes avances usando los mismos mensajes grandilocuentes, al respecto se comentó:

“Son como unos mensajes muy grandilocuentes, ¿no? Marketing. ¿Cómo se lucha contra esto a la hora de prescribir? ¿Qué tengo yo para contrarrestar lo de “es un gran paso para la humanidad?”

“Además, que los farmacéuticos nunca te lo pintan como una ayuda, sino como lo fundamental de la solución”

“Tenemos fármacos que te valen para una pila de cosas. Antiepiléptico que vale como migrañoso, como estabilizador del ánimo, como...lo que hace el venderlo de una manera u otra”

“La fuerza del eslogan. “Ante la duda, latuda”. “Okeidi, Adherencia terapéutica desde el minuto 1”

“El uso de eslóganes... A mí me llamó mucho la atención cuando empezaron con la esketamina. Yo estaba aquí en el pabellón y además me coincidió varios turnos de tarde que vino la visitadora a hablar con la parte de enfermería. Claro, al final lo administramos. Y bueno, pues entonces venía y yo sí que es verdad que estaba un poco crítica porque ya estaba un poco así... y empezó allí a venderlo de una forma que yo estaba alucinando con el marketing que estaba dando y se fue, y las enfermeras y las auxiliares asombradas... O sea, es que yo me quedé, dijo que “ya estaba la solución para la depresión y era la esketamina”. Y ellos decían ¿y por qué los psiquiatras no se lo ponen a tal y tal paciente? Y es un poco lo que decía Álvaro, ¿no? Que es verdad que nosotros no percibimos, pero también debemos tener un poco una visión crítica del tema. Creo que venden de una manera impresionante”

Andrés, en su entrevista individual señaló respecto a la cuestión de los eslóganes:

“Al final, aparte de convertirse en una psiquiatría biologicista, es un poco psiquiatría comercial”

Marcos, PIR de cuarto año, puso el toque de humor al respecto, concluyendo:

“ Es verdad que a la psicoterapia le faltan eslóganes para competir un poco con eso, la verdad.”

Se señaló en este apartado también cómo esto acaba permeando en la sociedad. Si bien, en España, la publicidad de fármacos dirigida al público está regulada por la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios (Ley 29/2006), y los Reales Decretos 1416/1994 y 1907/1996, el ideal de los fármacos, concretamente antidepresivos y ansiolíticos es una cuestión que juega en el mismo entendimiento del sufrimiento psíquico. La medicalización no solo transforma la forma en que percibimos y gestionamos el sufrimiento, sino que también refuerza la lógica neoliberal al promover la idea de que cada individuo es responsable de su propio bienestar, minimizando así la importancia de los factores sociales y estructurales en la génesis del malestar psicológico. Esto lo expresó como principal preocupación Elena, PIR de tercer año, y lo secundó otra compañera.

“Yo por ejemplo en interconsulta²⁰ ahora... una demanda que tienen muchísimo, cuando me ven aparecer y digo que soy psicóloga y tal... Una pregunta de los familiares, sobre todo, es de poner medicación. “¿Vais a poner la medicación? ¿Qué medicación? Como si fuera la solución al problema de la depresión”

“Y también la propia sociedad que te demanda. Pues por ejemplo, cuando le planteas...me viene a la cabeza un señor que vi ayer prácticamente, cuando le planteé un antidepresivo, no hizo nada y la mujer como que casi te lo viene suplicando “Doctora, dame algo que me vaya a arreglar mi vida, que necesito estar bien”

4.4.1 El caso del aripiprazol y la llegada del brexpiprazol

Para ilustrar lo comentado en este apartado, realizo aquí la comparativa entre el neuroléptico recién llegado y el que puede nombrarse como su hermano mayor. En la industria farmacéutica, la introducción de nuevos medicamentos a menudo implica una combinación de innovación genuina y estrategias de marketing agresivas. Aripiprazol, comercializado como Abilify, fue desarrollado por Otsuka Pharmaceutical en colaboración con Bristol-Myers Squibb. Aprobado por la FDA en 2002 y por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) en 2004, Abilify llegó al mercado en un momento en que los antipsicóticos atípicos estaban ganando popularidad debido a su perfil de efectos secundarios más favorable en comparación con los antipsicóticos típicos. Este contexto permitió a Abilify destacarse rápidamente como una opción viable para el tratamiento de la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Brexpiprazol, conocido comercialmente como Rexulti, aunque en España, por cuestiones de mercado, se ha tenido que distribuir bajo el nombre de Rxulti, fue desarrollado también por Otsuka Pharmaceutical, esta vez en colaboración con Lundbeck. Fue aprobado por la FDA en 2015 y por la EMA en 2018. Rexulti se lanzó en un mercado ya saturado de antipsicóticos atípicos, promoviendo mejoras incrementales en eficacia y tolerabilidad. Sin embargo, a pesar de estas mejoras, Rexulti ha sido criticado como un "me-too drug", es decir, una versión ligeramente modificada de un medicamento ya existente, en este caso, Abilify. Aunque se promociona con un perfil de efectos secundarios mejorado con respecto al Abilify, concretamente en un extrapiramidalismo denominado acatisia, las diferencias clínicas significativas entre brexpiprazol y aripiprazol son mínimas. El eslogan de Abilify, "Add More Good Days" (Añade Más Días Buenos), se enfocó en la promesa de mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante una mayor estabilidad emocional y menos recaídas. Las estrategias de marketing incluyeron campañas directas al

²⁰ Dispositivo de atención a la salud mental de pacientes hospitalizados a cargos de otros motivos médicos

consumidor, publicidad en medios de comunicación, y materiales educativos para médicos y pacientes. Además, se realizaron presentaciones sobre la versatilidad del medicamento y su perfil de efectos secundarios favorable. Por su parte, Rexulti fue lanzado con el eslogan "It's Time to Feel Better" (Es Hora de Sentirse Mejor). Las estrategias de marketing para Rexulti también incluyeron eventos educativos y publicaciones financiadas, pero con un enfoque en su perfil de efectos secundarios ligeramente mejorado y su eficacia como tratamiento complementario para la depresión mayor. Esta diferenciación incremental se utilizó para justificar su introducción en un mercado competitivo. Los estudios clínicos fueron fundamentales para la aprobación y comercialización de ambos medicamentos. En el caso de Abilify, los ensayos demostraron que era significativamente más eficaz que el placebo en la reducción de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, así como en la reducción de episodios maníacos en el trastorno bipolar. Además, se mostró que Abilify podía prevenir nuevas recaídas maníacas. Rexulti también se sometió a estudios clínicos que mostraron su eficacia en comparación con el placebo. En el tratamiento de la esquizofrenia, Rexulti demostró ser más eficaz que el placebo en la mejora de los síntomas, con un perfil de efectos secundarios considerado favorable. En el tratamiento de trastornos depresivos mayores, los ensayos complementarios mostraron que Rexulti era eficaz cuando se usaba como adyuvante en pacientes que no respondían adecuadamente a los antidepresivos solos. La comparación entre ambos fármacos pone de manifiesto las críticas de Marcia Angell sobre los "me-too drugs". Mientras que Abilify representó un aparente potencial innovación en su momento, ofreciendo una nueva opción con un mecanismo de acción parcial agonista único para la dopamina y serotonina, Rexulti, no supone ninguna innovación significativa. Angell argumenta que muchos nuevos medicamentos no representan avances significativos y se comercializan agresivamente para capturar una mayor cuota de mercado sin aportar beneficios proporcionales para los pacientes. Esto lo expongo haciendo referencia, además, a una investigación reciente publicada en el *British Medical Journal* en la que se revelan conflictos de interés en la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) debido a los extensos lazos de su líder con la industria farmacéutica, publicación en la que se señala que el brexiprazol ha sido indicado en pacientes con Alzheimer, a pesar de no mostrar beneficios clínicos y aumentar el riesgo de muerte (Doshi, 2024). Algunos residentes señalaron cómo ya se estaba empezando a nombrar este fármaco como novedad. Carlos, MIR de primer año contaba en su entrevista individual:

“el otro día estuvo el (nombre de visitador médico) presentando el brexiprazol, que es un nuevo fármaco que estaba en Estados Unidos y bueno, pues como está dentro de

nuestra cartera hay que conocer cómo va y qué funciones tiene. Y bueno, eso cuando dan charlas sobre su fármaco”

Marta , MIR de segundo, en el grupo de discusión, también lo comentó:

“(Nombre del visitador médico) yo no sé cuántas veces he dicho ya que ha salido un nuevo antipsicótico, que tiene un nombre así muy extraño...”

4.4 Lo que no se nombra.

Cuando me planteé y fui modelando el cuerpo de este trabajo, me di que cuenta que, perdida en cuestiones de la industria farmacéutica y el neoliberalismo, había dejado atrás lo importante: el paciente o la persona con sufrimiento psíquico. Algo bastante habitual al dejarse arrastrar por una práctica clínica inundada por malestares sociales transformados en supuestos problemas psiquiátricos. El grupo de discusión estuvo lleno de marcas de psicofármacos y nombres propios de visitadores. Todo tejido alrededor de, pero no desde la pieza central. También estas líneas están colocadas casi al final de este ensayo. Significativo. No se nombra a los pacientes. Y no se le suele nombrar a los pacientes lo importante sobre los psicofármacos. Los efectos secundarios. Además, el consentimiento informado obligatorio, a la hora de prescribir medicación y la información veraz y exhaustiva sobre los posibles efectos secundarios, son cuestiones que, suelen brillar por su ausencia.

En España, la obligación del consentimiento informado para comunicar sobre la medicación prescrita está regulada por varias leyes y normas que aseguran los derechos de los pacientes. Una de las leyes principales es la Ley 41/2002, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley establece que los pacientes tienen derecho a ser informados sobre su estado de salud y los tratamientos propuestos, incluidos los posibles efectos secundarios y riesgos. La medicalización de la sociedad ha llevado a un uso excesivo de fármacos psiquiátricos, los cuales no solo presentan una eficacia limitada en muchos casos, sino que también pueden provocar efectos secundarios graves que a menudo no se informan adecuadamente a los pacientes. Esta falta de transparencia sobre los efectos adversos es un problema significativo en la práctica clínica. Esta práctica de ocultar o minimizar los efectos adversos es preocupante, ya que los médicos y pacientes no reciben una imagen completa de los riesgos asociados con los medicamentos. Los efectos secundarios de los fármacos psiquiátricos pueden ser profundos y duraderos. Se ha documentado que medicamentos como los antipsicóticos pueden causar daños permanentes en

varias áreas del cerebro, aumentando el riesgo de demencia y asociándose a una muerte prematura (Turabian, 2021). Además, la retirada de estos medicamentos puede ser extremadamente difícil, con síntomas de abstinencia que a menudo se diagnostican erróneamente como un retorno de la enfermedad mental inicial (Turabian, 2021). Los efectos secundarios no solo afectan la salud física, sino también la calidad de vida mental y emocional de los pacientes. Entre los efectos a largo plazo se encuentran la dependencia, disfunciones sexuales, problemas cognitivos y embotamiento emocional, los cuales pueden empeorar la calidad de vida y acortar la esperanza de vida de los pacientes (Turabian, 2021) Qué decir que resulta crucial que tanto los profesionales de la salud como los pacientes estén plenamente informados sobre los posibles efectos adversos para tomar decisiones más fundamentadas y seguras. En el grupo de discusión, se preguntó explícitamente por la cuestión de cómo informaban a los pacientes a la hora de prescribir un psicofármaco. Diego, MIR de segundo año, relataba su experiencia al respecto de cómo los psiquiatras trataban este tema:

“Desde la perspectiva de observador, tengo que decir que, si hago un recorrido, no he visto que se explique demasiado los efectos secundarios. Hay gente que sí, pero mucha gente no, entonces supongo que prima más el principio activo -efectivo que esto. Es mi opinión como observador. Quizás menos en los ansiolíticos, porque ahora se está fomentando la deprescripción, pero en el resto no tanto. Mi opinión como observador”

Sofía, MIR de primer año, se encuentra concienciada al respecto por su propia experiencia de persona que ha sido medicada con antidepresivos:

“Yo sí que se los explico, pero porque también lo sufrí y me parecieron muy desagradables. Entonces pues yo creo que es información que tienen que saber, pero porque te asusta...”

Marta, MIR de segundo año, señaló cómo la cuestión del consentimiento informado y los efectos secundarios se invisibiliza aún más cuando se prescribe un neuroléptico depot. Normalmente, estos psicofármacos se ponen en pacientes que no desean tomar medicación oral y pueden durar en el organismo desde quince días unos a nueve meses otros. Ella contaba cómo una paciente tuvo efectos secundarios graves con un fármaco que duraba en su cuerpo un mes.

“Porque el hecho, por ejemplo, de los inyectables depot, pues al final estás poniendo un fármaco que dura un tiempo en el organismo y si, por lo que sea, luego al final no le va bien y tal, tienes que esperar un tiempo para que lo elimine. Entonces eso sí que puede ir como en detrimento, ¿no? del propio paciente, porque con efectos secundarios o más medicación de la cuenta o lo que sea”

Ella contaba cómo una paciente tuvo efectos secundarios graves con un fármaco que duraba en su cuerpo un mes.

“En el caso de la paciente, le pusieron un fármaco depot, pues creo que al final no le fue bien. Ni siquiera a veces se respetan ni los tiempos que dice el propio laboratorio de no sé cuántos días tomando oral. Luego muchas veces se pone también a las bravas, ¿no?”

Esta cuestión creó el debate sobre la necesidad de fármacos de este tipo y el significado de este para la institución. Marta comentaba nuevamente:

“Me parece que es como más una forma de someter a los pacientes, tenerlos ahí atados. ponerle una esposa al paciente. Ya tiene que estar una vez al mes yendo al equipo. Ponerte el pinchazo ya está totalmente sometido. Es como ponerte unas cadenas...”

Esto último va en consonancia con lo señalado por Sandra Caponi respecto a cómo los neurolépticos pueden ejercer un papel de control social y sometimiento más allá de las paredes de las unidades de psiquiatría. Andrés, EIR de primer año, en la entrevista individual comentaba sobre su impresión de lo ajenos que están los visitantes a la realidad de los efectos secundarios de los fármacos que prescriben, entendiendo esto como causa de su rol, el de vendedores de un producto:

“Poco, poco antes había venido otra visitadora médica que le había dicho la enfermera que el paciente estaba impregnado²¹ y no sabía lo que era. Y claro, digo, "coño, una persona que viene a venderte medicación qué va a saber de ello", yo no sé, pero la que había hace no tanto...no conozcas el término, porque al final ellos, bueno, pues son publicistas, vienen a vender y a tener relaciones con la gente con la que trabajan, ya sean enfermeros, psiquiatras o quien sea y poco más. No son, no son clínicos.”

Y el colofón de este apartado lo volvió a poner un PIR, esta vez de segundo año, cuyo estamento fue apoyado por todo el grupo.

“Hay que escuchar, también, a los pacientes”

Género y prescripción de psicofármacos

En las entrevistas también se abordan cuestiones de género en la prescripción de psicofármacos. Fueron exploradas en el grupo de discusión mediante el empleo de material visual en forma de publicidad de psicofármacos en revistas científicas de distintos años. En una discusión sobre cómo los anuncios de medicamentos están dirigidos específicamente a mujeres, Marta

²¹ Término que se usa para describir a un paciente enlentecido a nivel psicomotriz como consecuencia de los efectos secundarios de neurolépticos.

reflexiona sobre la presión que se ejerce sobre las mujeres para que sean productivas y estén “emocionalmente equilibradas”:

"El patriarcado. Sí, como que la mujer...está triste, no es funcional y nos interesa que esté bien para poder llevar las cosas adelante. Trabajo, casa, todo lo que sea y tener éxito social también".

“Desde que empezaron los ansiolíticos y demás, siempre eran mujeres ¿no? O sea, siempre eran para que tu mujer...para que pueda hacer las cosas del hogar, si tu mujer no puede, algo pasa ... para que las mujeres pudieran cuidar.”

Otra participante menciona cómo se percibe la relación entre género y la administración de medicamentos:

"Tú asumes que la persona siempre va a querer más un antidepresivo y por tanto le puedes decir lo positivo y lo negativo. Si estamos hablando de un antipsicótico y es una muchacha joven y le vas a poner zyprexa, pues a lo mejor hay médicos que no le dicen que eso seguramente va a aumentar el peso"

El debate, en este punto, se abrió a la experiencia de los participantes, quienes compartieron vivencias con pacientes en momentos de crisis donde las propias mujeres solicitan el fármaco para seguir ejerciendo, conforme las expectativas de los roles de la sociedad en la que vivimos, el cuidado del hogar y la familia.

“Las cuestiones de género están en todo. O sea, yo por ejemplo, he visto mucho en las guardias y estas cosas... He visto varios casos de que hay un niño en la casa, de que esto de “no se puede ir porque tiene un hijo de dos años. Eso ya es un rol social más aparte de estar influenciándonos a nosotros, es algo que está completamente ahí, imbricado ya en la sociedad y lógicamente, por consecuencia nos influye”

“Y también la propia sociedad que te demanda. Pues por ejemplo, cuando le planteas...me viene a la cabeza un señor que vi ayer prácticamente, cuando le planteé un antidepresivo, no hizo nada y la mujer como que casi te lo viene suplicando “Doctora, dame algo que me vaya a arreglar mi vida, que necesito estar bien”. No sé”

“Pero eso está más allá del fármaco, porque también pueden venir diciendo yo no quiero medicarme, pero dame pautas para que yo siga cuidando de mi.... O sea que el rol social es como algo más, más amplio todavía que la farmacoterapia. La farmacéutica lo usan, claro”

“Mantenerte funcional. Seguir siendo una buena madre. Una buena mujer ...”

Estos testimonios destacan cómo las consideraciones de género pueden influir en las decisiones de prescripción y en la percepción de los efectos de los psicofármacos en pacientes de diferentes géneros. Sandra Caponi resalta cómo la publicidad dirigida a las mujeres enfatizaba la capacidad de estos medicamentos para controlar comportamientos que se desviaban de las normas sociales y de género. La clorpromazina, por ejemplo, se recomendaba para mujeres deprimidas, cansadas o nerviosas, y más tarde se extendió su uso a niños y ancianos para controlar la hiperactividad, la ansiedad y otros comportamientos considerados problemáticos. Esta medicalización de la feminidad refleja una estrategia para asegurar el control y la sumisión, reforzando la autoridad médica y psiquiátrica.

La Posición del Paciente en el Contexto del Neoliberalismo

En el contexto del neoliberalismo, la posición del paciente dentro del sistema de salud adquiere nuevas dimensiones y complejidades. El neoliberalismo, con su énfasis en la libre competencia, la eficiencia del mercado y la responsabilidad individual transforma radicalmente la manera en que se perciben y se manejan la salud y la enfermedad. Este enfoque carga a los pacientes con la responsabilidad de navegar un sistema de salud complejo y a menudo desigual. La agencia del paciente, como se describe en *El paciente inquieto* de Marta Allué, se ve entonces problematizada por varios factores. La desigualdad en el acceso al sistema de salud puede limitar la capacidad de los pacientes para ser participantes activos y empoderados en su propio cuidado de salud. La salud se convierte en un bien de consumo, lo que puede llevar a una priorización de servicios rentables sobre las necesidades de los pacientes. Los pacientes se ven impulsados a tomar decisiones basadas en costos y beneficios económicos, en lugar de basarse únicamente en necesidades de salud. El énfasis en la responsabilidad individual puede eclipsar las responsabilidades colectivas y sistémicas. Los pacientes pueden ser culpabilizados por sus condiciones de salud sin tener en cuenta los determinantes sociales y económicos que influyen en su bienestar. Además, las empresas farmacéuticas, motivadas por el lucro, pueden influir en las decisiones de tratamiento de los pacientes, complicando aún más su capacidad para tomar decisiones informadas y autónomas.

En su libro *El paciente inquieto*, Marta Allué destaca cómo los pacientes, a menudo vistos como sujetos pasivos, tienen en realidad una capacidad significativa para influir en su tratamiento y en las decisiones médicas. Allué argumenta que reconocer y fomentar la agencia del paciente no solo mejora la adherencia al tratamiento, sino que también promueve una relación más equitativa y colaborativa entre el paciente y el médico. Este enfoque se alinea con las estrategias

para empoderar a los pacientes en un contexto neoliberal, tales como proporcionar educación y acceso a información y fomentar redes de apoyo. Sin embargo, Allué también reconoce que las estructuras de poder dentro del sistema de salud pueden limitar la agencia del paciente, especialmente en un sistema influenciado por intereses económicos y comerciales. La mercantilización de la salud y la influencia del mercado farmacéutico, como se critica en el contexto neoliberal, pueden agravar estas limitaciones, destacando la necesidad de un enfoque equilibrado que promueva tanto la autonomía del paciente como la responsabilidad sistémica y colectiva.

5. Explorando soluciones

Quedando como evidente la cuestión de la naturalización de la relación con los visitantes médicos y la influencia de esta en la práctica clínica, exploremos, en este apartado, algunas soluciones. La idea primaria de este trabajo consistía en cómo usar la antropología médica como herramienta crítica en la formación de residentes en salud mental. Pensaba en mi contexto local, en mi grupo de residentes. Desde mi posición como tutora. Habiendo sido residente en el mismo lugar. Por lo que, para que esto encajase, tenía que preguntarles a ellos. ¿Cómo piensan los residentes que se puede hacer frente a la naturalización de la relación con los visitantes médicos y sus consecuencias?

5.1 Lo Local.

Estas líneas servirán para tejer algunas piezas que pueden acabar construyendo, en el medio local desde donde parten estas experiencias, una visión más concienciada y crítica sobre las influencias de la industria farmacéutica en la práctica clínica, partiendo las mismas de lo que plantearon los residentes como posibles maneras de abordar la problemática.

5.1.1 Soluciones planteadas por los residentes

Lectura Crítica de Artículos Científicos

Tras lo evidenciado en la parte sobre la influencia de la industria farmacéutica en la formación, parece claro que hay que implementar el aprendizaje en la lectura crítica de literatura científica. Los residentes se preguntaron cómo hacer para lograr información veraz sobre la evidencia de los psicofármacos, si bien un MIR de segundo se mantuvo crítico al respecto y comentaba que lo necesario, más allá de la cuestión de la evidencia, sería un cambio total de paradigma:

“Yo para mí, lo que pienso es que para entrar un poco en el tema de la evidencia... como que hay que salir de ella porque si pensamos en la evidencia como tal, vamos mal encaminados, porque no va a haber ninguna... O sea, no podemos basarnos en medicina basada en la evidencia cuando no hay nada evidenciable. O sea, como que el cambio de lógica tiene que ser completo si quieres salir un poco de ahí, porque la evidencia va a seguir en el mismo camino, porque no se puede objetivar algo que es que es subjetivo completamente. Pero bueno, que es que el entramado, la maquinaria como dicen algunos o como lo quieras llamar, es tan fuerte que es que muy difícilmente separable de todo.”

Si pensamos desde dentro del paradigma que ya tenemos dado, hacen falta las herramientas para que los residentes en salud mental tengan la capacidad de leer y analizar críticamente los artículos científicos, puesto esto es esencial a la hora de que todos los profesionales sanitarios tomen decisiones informadas y basadas en la evidencia. Esta habilidad permite identificar posibles sesgos, conflictos de interés y la calidad de la metodología utilizada en los estudios. La literatura existente añade, claro está, que la formación en lectura crítica debe ser independiente de la industria farmacéutica para asegurar que las evaluaciones de la evidencia científica sean objetivas y libres de influencias comerciales (Healy, 2012; Angell, 2004).

Pensar Críticamente a Través de la Antropología Médica

Escuchar a los pacientes es un componente esencial en la lucha contra la naturalización de la relación con los visitantes médicos. La voz de los pacientes ofrece una perspectiva única y fundamental para entender los efectos reales de los medicamentos y las prácticas clínicas en su vida diaria. Para poner al paciente en el centro y devolverle la voz de su experiencia hay que cuestionar las prácticas clínicas diarias y para ello, ponerse bajo la lupa de la antropología médica. Andrés, EIR de primer año y con experiencia previa de enfermero en un sistema de salud público de otro país, ofreció una visión positiva sobre el espacio de docencia que se llevamos a cabo:

“Yo creo que la formación que tenemos, yo creo que bastante crítica, porque nosotros dentro, dentro de la residencia, no sé si lo compartís o no, pero yo cuando he escuchado temas de la industria farmacéutica lo he escuchado desde la crítica”.

Si bien agradezco sus palabras, hay una clara ausencia de este tipo de formación crítica donde se cuestionen y analicen las prácticas que realizamos. La literatura existente pone en evidencia el cómo incorporar la antropología médica en el currículo educativo permite a los residentes explorar cómo las diferentes culturas y sociedades entienden y manejan la salud mental y la enfermedad. Esto incluye el estudio de prácticas tradicionales de curación, creencias sobre la

enfermedad mental y la influencia de los determinantes sociales en la salud. Estos conocimientos ayudan a los residentes a adoptar una perspectiva más amplia y comprensiva en su práctica clínica. La antropología médica también ofrece herramientas para cuestionar y analizar críticamente el uso de psicofármacos desde una perspectiva cultural y social. Los residentes pueden, así, aprender cómo las prácticas farmacológicas no solo están influenciadas por la ciencia médica, sino también por factores económicos, políticos y culturales, fomentando una visión crítica que va más allá de los efectos biológicos de los medicamentos y considera sus implicaciones más amplias. (Whitley, 2014). Diego, MIR de segundo año, refirió lo siguiente:

“Me parece importante el estudiar historia y saber de dónde viene. A mí, me parece como que no se da mucho peso... O sea, no una historia ya sesgada, pero hay que ver un poco de dónde, cómo hemos venido a parar aquí. Y a quién se le ocurrió meter esto, dónde estamos...”

Espacios de Subjetivación.

Lo vivenciado en el grupo focal fue grato y estimulante. Puso en evidencia el cómo un espacio multidisciplinar donde se comparten experiencias desde diferentes ópticas puede cuestionar narrativas y hacer visible aquello que está tan naturalizado que ni se ve. La mayoría de los residentes acabaron el grupo solicitando más espacios similares porque, a mi criterio, no entendieron aquello como un lugar donde se respondían preguntas, sino como un lugar desde donde compartir aprendiendo o desaprendiendo. En el grupo focal, algunos residentes mayores MIR se colocaban en el lugar de la experiencia y se veían como solución local a la problemática.

“Claro, yo creo que eso también en parte...puede ser un poco función de los mayores, porque al final somos como sus guías espirituales, ¿no? Cuando entran todas las dudas, porque a lo mejor también les puede dar corte de preguntarle eso a un adjunto... Entonces yo creo que sobre todo es un poco eso, función nuestra, porque al final somos los que estamos más cerca de los R1, los residentes mayores que ellos y los que vamos a explicarles las cosas un poco como funcionan y los que somos un poco también más accesibles para que ellos pregunten cosas sin que les dé corte.”

Sin embargo, pienso que esta solución tendría más posibilidad de ser invadida por el tejido de la farmaindustria puesto elimina la opinión de los PIR y EIR quienes, aunque también influenciados, observan desde otra posición. Andrés, EIR de primer año, abogaba por una formación no influenciada y crítica, así como por la necesidad de espacios de subjetivación.

“Más espacios como este, donde nos escuchemos... que los MIR escuchen y que después también se formen por cuenta propia. Que sepan que esta gente²² les va a llegar y que sepan que llegan con una intención. ¿No? Que no lo reciban con los brazos abiertos. Y los resis tienen que saber que la información que ellos le van a traer sobre X medicación es una información que hay que coger con pinzas, ¿no? Que al final todo está... Eh, hecho de manera para que los números salgan ¿no? Entonces que no se crean a pies juntillas lo que le vayan a contar de una medicación porque seguramente no sea no sea así”

Por ello creo que, sería una buena medida el que ellos mantuviesen estos grupos de discusión, en lo multiprofesional. Fomentar la creación de grupos de discusión entre profesionales sanitarios es vital para la subjetivación y reflexión crítica sobre las prácticas médicas y la influencia de la industria farmacéutica. Estos grupos permiten a los profesionales compartir experiencias, debatir sobre casos clínicos y examinar críticamente la información y las prácticas actuales. Además, la inclusión de múltiples disciplinas en estos grupos, como la antropología médica, puede proporcionar una perspectiva más amplia y enriquecedora, ayudando a entender cómo los factores culturales, sociales y económicos influyen en la salud y la enfermedad (Ashmore y Carver, 2004).

Hay que añadir también que, al respecto, los residentes que participaron en el estudio realizan, una vez al mes, dentro del programa docente, grupos Balint, un espacio grupal de corte psicoanalítico cuyo objetivo principal es mejorar la comprensión emocional y la empatía hacia los pacientes, así como ayudarles a manejar el estrés y las complejidades emocionales de su trabajo clínico. La estructura de los grupos Balint permite a los participantes compartir experiencias y reflexionar sobre sus sentimientos y reacciones en un entorno seguro y de apoyo, tratándose de un recurso valioso para la subjetivación en la formación de residentes en salud mental. Por lo que, en este contexto, se puede entender mejor que los participantes vivan este tipo de espacios grupales como herramientas potentes para en el entendimiento de la realidad institucional y lo que le rodea.

²² Los visitantes médicos

5.1.2 Propuesta de programa formativo en Antropología Médica.

Tras lo analizado y en relación a ello, propongo la creación de un programa introductorio formativo en Antropología Médica para los residentes de salud mental de la unidad de gestión de salud mental donde trabajo. La idea de este pequeño módulo consiste en trabajar las cuestiones básicas de esta disciplina con el objetivo de dotar a los residentes con recursos y medios suficientes para pensarse como sujetos partícipes y cómplices de una institución muy específica. Se pretenderá analizar la institución médica y los procesos de salud-enfermedad desde una perspectiva antropológica, proporcionando a los residentes de salud mental una comprensión dimensional de los factores socioculturales que influyen en la salud y el comportamiento humano. Los objetivos específicos serán: Explorar la evolución histórica de la medicina y sus instituciones. Comprender la influencia de los factores socioculturales en la percepción y manejo de la salud y la enfermedad. Analizar la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes en diferentes contextos culturales. Evaluar las prácticas de salud mental a través de un enfoque antropológico. Fomentar la reflexión crítica sobre la práctica médica y la formación de la identidad profesional en salud mental. Fomentar el trabajo en grupo multiprofesional para enriquecer la perspectiva y la práctica clínica.

Temas	Contenido
Introducción a la Antropología Médica	Definición, objetivos, historia y teorías de la antropología médica.
La Institución Médica: Evolución y Contexto	Historia de las instituciones médicas, profesionalización y funcionamiento actual. Análisis de la institución médica.
Procesos de Salud y Enfermedad	Conceptos de salud y enfermedad, determinantes sociales, y modelos explicativos.
Relación Médico-Paciente en Diferentes Contextos Culturales	Comunicación intercultural, expectativas y roles en la relación médico-paciente.
Antropología de la Salud Mental	Construcción de la Salud Mental. Percepciones culturales, prácticas tradicionales y modernas.
Ética y Conflictos de Intereses en la Práctica Médica	Ética médica, conflictos de intereses y estrategias para mantener integridad.

Métodos de Investigación en Antropología Médica	Métodos cualitativos, técnicas de entrevista y análisis de casos.
Reflexión Crítica y Formación de la Identidad Profesional	Autoconciencia, formación de la identidad profesional y manejo del estrés.

Tabla 3: Contenido teórico módulo formativo en Antropología Médica: Elaboración propia

La metodología consistiría en la realización de seminarios y talleres donde se integren las lecturas dirigidas en sesiones interactivas para discutir desde la experiencia. Esto se realizará mediante espacios grupales multiprofesionales para así promover el intercambio de conocimientos y experiencias entre diferentes disciplinas, desarrollar habilidades de comunicación y trabajo en equipo entre profesionales de la salud, así como crear un entorno de apoyo y colaboración que beneficie tanto a los profesionales como a los pacientes. En cuanto a la bibliografía, en lo general, se trabajaría sobre textos de Arthur Kleinman, Michel Foucault, Byron J. Good, Paul Farmer, Nancy Scheper-Hughes y Eduardo Menéndez, entre otros. Se recomendaría la lectura de los libros "El paciente inquieto" de Marta Allué (Editorial Bellaterra, 2013) y "Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad" de Ángel Martínez-Hernández (Editorial Anthropos, 2008).

Este programa se integraría en la formación regular de los residentes de salud mental en mi área de salud. Se desarrollaría mensualmente durante un año en el espacio docente multiprofesional, junto al resto de contenidos formativos. Se implementará en el segundo año de la residencia de salud mental. Esta etapa es ideal porque los residentes ya habrían adquirido una base de conocimiento inicial en la formación de salud mental y están comenzando a enfrentar situaciones clínicas más complejas y con mayor autonomía. La inclusión de enfermeros en formación (EIR), cuyo programa de formación tan solo es de dos años, permitirá una integración completa y efectiva de diferentes perspectivas profesionales.

5.2 Lo Macro

Pero claro, lo que se construye en lo local, la mayoría de las ocasiones necesita del apoyo institucional para que el camino sea apuntalado y cimentado. Se necesitan políticas de apoyo.

Apoyo de Políticas Públicas Necesarias

La implementación de estas propuestas requiere un sólido respaldo de políticas públicas que promuevan la independencia del sistema sanitario respecto a la industria farmacéutica. Dos participantes del grupo compartían lo siguiente:

“Creo que debería de haber más regulación por parte política, que no se permitan ciertas cosas. Creo yo, porque después lo que hablamos a nivel individual es muy complicado... porque entra dentro de un sistema en el que a veces tú tienes que ser parte del sistema, aunque no te guste y ser ruedas del engranaje.”

Es crucial desarrollar y aplicar normativas que promuevan la independencia del sistema sanitario respecto a la industria farmacéutica. Es fundamental implementar normativas estrictas que eviten los conflictos de interés. Esto incluye prohibir que los médicos que deciden sobre la compra de medicamentos reciban beneficios de las empresas proveedoras. Las decisiones de prescripción deben basarse en criterios médicos y no en influencias comerciales. Las políticas también deben asegurar que la formación continuada de los profesionales sanitarios sea financiada públicamente y no por la industria farmacéutica. En 2020, el Congreso de los Diputados en España aprobó una medida para financiar públicamente la formación continuada de los profesionales sanitarios a cargo de las administraciones públicas y prohibir la financiación de estas actividades por parte de la industria farmacéutica. Sin embargo, aún no hay muchos datos sobre los resultados de esta medida (Laporte, 2024). Es necesario promover la transparencia en la selección y negociación de medicamentos. Las negociaciones sobre los precios de los nuevos medicamentos deben ser transparentes y no secretas. Además, se deben llevar a cabo estudios propios para verificar la efectividad y los efectos adversos observados en los ensayos clínicos (Angell, 2004; Healy, 2012). Desarrollar sistemas de información robustos y accesibles tanto para profesionales sanitarios como para pacientes es crucial. Estos sistemas deben proporcionar información fiable y relevante sobre medicamentos y terapéutica, apoyando así la prescripción saludable y su integración en los sistemas de prescripción electrónica (Ashmore y Carver, 2004). Adoptar estas políticas no solo fortalecerá la independencia del sistema sanitario, sino que también promoverá un uso más racional y efectivo de los medicamentos, asegurando que las decisiones clínicas se basen en la mejor evidencia disponible y no en intereses comerciales. La implementación de estos ejes requiere un compromiso decidido y una colaboración activa de todas las partes involucradas, incluyendo gobiernos, profesionales sanitarios y la sociedad en general (Healy, 2012; Angell, 2004; Laporte, 2024). Además, habría que garantizar ciertos protocolos más estrictos que medien en la presencia de los visitantes médicos en la red de sanidad pública, de tal manera que se garantice la

profesionalidad y la independencia del médico. Algunos autores hablan de la necesidad de mantener un registro detallado de todas las interacciones y visitas, incluyendo los temas sobre que se tratan, los regalos y los materiales entregados.

Evidencia científica

En relación con la objetividad y transparencia en las publicaciones científicas, se propone en la literatura que sea fundamental el uso de sistemas de revisión por pares independientes y exigir la declaración de conflictos de intereses por parte de autores y revisores. Promover el acceso abierto a los datos y resultados de las investigaciones permitirá la verificación independiente de los hallazgos, aumentando así la confianza en la validez de las conclusiones. Estas prácticas asegurarán que las publicaciones científicas reflejen verdaderamente el estado del conocimiento médico y no los intereses de las compañías farmacéuticas (Verdu, 2021). Asimismo, se debe asegurar la independencia en la elaboración de las guías de práctica médica, siendo estas revisadas y actualizadas por profesionales ajenos a la industria farmacéutica. Además, hay autores que señalan la necesidad de incluir fases de consulta pública permitirá recoger una variedad de opiniones y asegurar que las recomendaciones sean representativas y pertinentes para la práctica médica (Verdu, 2021).

Formación universitaria

Para finalizar con la perspectiva macro a nivel de las soluciones exploradas, cabe mencionar aquí que, más allá de la formación en lo local con los residentes de salud mental, la educación de los profesionales de la salud mental pasa por el trabajo de estos temas en las aulas universitarias públicas, siendo necesaria la implementación de módulos donde se problematice con los alumnos los dilemas éticos y los conflictos de interés que se dan en la práctica diaria. Un estudio realizado en Canadá (Glauser, 2013) reveló que la mayoría de las escuelas médicas carecen de políticas robustas para manejar estos conflictos, y que la educación en este ámbito es totalmente insuficiente, si bien alguna universidad universidades tenían políticas rígidas para evitar que los profesores recibieran compensaciones directas de la industria o participasen en estudios sesgados. Así que, las universidades públicas deberían dar las herramientas necesarias para que los estudiantes y futuros profesionales se protejan de la influencia del marketing.

6. Conclusiones.

Naturalización de las relaciones de los residentes con los visitantes médicos.

La presente investigación se ha centrado en explorar la naturalización de las relaciones entre los residentes en salud mental y los visitantes médicos, destacando cómo esta interacción afecta significativamente la práctica asistencial y la toma de decisiones clínicas. Partiendo de la hipótesis central que plantea la normalización de estas relaciones, se ha profundizado en las percepciones y experiencias de los residentes para entender mejor esta dinámica y sus implicaciones.

Desde las primeras etapas de su formación, los residentes están expuestos a interacciones con la industria farmacéutica que, a menudo, se integran sin cuestionamiento en su rutina diaria. Estas relaciones comienzan con pequeños regalos y gestos de buena voluntad que gradualmente se normalizan, creando una atmósfera en la que las influencias externas se perciben como parte natural del entorno clínico. Los residentes describen sus primeros encuentros con los visitantes médicos como experiencias que, aunque inicialmente sorprendentes, se vuelven rápidamente comunes. Esta aceptación temprana y sin cuestionamientos profundos establece un precedente que puede influir en su práctica futura, generando una dependencia sutil pero significativa de los recursos proporcionados por la industria farmacéutica. La influencia de la industria farmacéutica se manifiesta en varios niveles. A través de la oferta de libros, cursos, invitaciones a congresos y eventos, y otros beneficios, los visitantes médicos buscan construir una relación de confianza y dependencia con los residentes. Esta estrategia es parte de un esfuerzo más amplio para influir en las decisiones de prescripción y garantizar la lealtad a determinadas marcas y productos farmacéuticos.

Los datos recopilados a través del grupo focal y las tres entrevistas individuales muestran que, desde las primeras etapas de su formación, los residentes están expuestos a interacciones con la industria farmacéutica que, a menudo, se integran sin cuestionamiento en su rutina diaria. Estas relaciones comienzan con pequeños regalos y gestos de buena voluntad que gradualmente se normalizan, creando una atmósfera en la que las influencias externas se perciben como parte natural del entorno clínico. Los residentes describen sus primeros encuentros con los visitantes médicos como experiencias que, aunque inicialmente sorprendentes, se vuelven rápidamente

comunes. Esta aceptación temprana y sin cuestionamientos profundos establece un precedente que puede influir en su práctica futura, generando una dependencia sutil pero significativa de los recursos proporcionados por la industria farmacéutica.

Capacidad Crítica y Resistencia

A pesar de esta naturalización, uno de los hallazgos más reveladores de la investigación ha sido la existencia de una capacidad crítica entre los residentes. Muchos participantes demostraron una aguda conciencia de las influencias que los visitantes médicos intentan ejercer y desarrollaron diversas estrategias para gestionar estas interacciones sin comprometer su independencia profesional. Esta capacidad crítica es especialmente importante, ya que sugiere que, aunque las relaciones estén normalizadas, los residentes no son meros receptores pasivos de estas influencias. Además, muchos de ellos manifestaron su incomodidad con algunas tácticas de marketing y describieron cómo intentan equilibrar la recepción de recursos con la necesidad de mantener su autonomía clínica, si bien reconocían que esto no era del todo fácil.

El grupo de discusión jugó un papel importante en este proceso de crítica y reflexión, por lo que la creación de grupos de subjetivación se erigió como una herramienta importante para seguir trabajando en el contexto local de los residentes. Estos grupos proporcionan un espacio seguro para que los residentes compartan sus experiencias y reflexionen colectivamente sobre sus prácticas. A través de estas discusiones, los residentes pueden desarrollar una comprensión más profunda de las dinámicas de poder que influyen en su formación y práctica, fortaleciendo su capacidad para resistir las influencias indebidas. La creación de estos espacios de diálogo es esencial para fomentar una cultura de reflexión crítica. Los grupos de subjetivación permiten que los residentes articulen sus inquietudes y desarrollen una visión más crítica y autónoma de su rol como profesionales de la salud. Esta práctica de reflexión colectiva es una herramienta poderosa para combatir la naturalización de las influencias externas y promover una práctica clínica más ética y centrada en el paciente.

Multidisciplinariedad vs Transdisciplinariedad

En este contexto, la multidisciplinariedad de la investigación ha sido fundamental. La participación de residentes de diversas especialidades, como psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental, ha enriquecido las discusiones y proporcionado una perspectiva más amplia y diversa sobre las interacciones con la industria farmacéutica. La multidisciplinariedad permite que los residentes compartan y contrasten sus experiencias desde

distintos ángulos, identificando patrones y diferencias en cómo cada disciplina se ve afectada por estas interacciones.

Por ejemplo, mientras que los médicos residentes pueden recibir más frecuentemente invitaciones a congresos y beneficios directos de la industria farmacéutica, los psicólogos y enfermeros a menudo reportan una exclusión notable de estas actividades. Esta diferencia en el trato evidencia una mayor capacidad crítica entre los psicólogos y enfermeros, quienes pueden desarrollar una mayor independencia en sus decisiones clínicas al no estar tan influenciados por los incentivos de la industria. La diversidad de perspectivas también facilita un análisis más completo de los dilemas éticos y profesionales que surgen en estas interacciones.

Sin embargo, es importante dar un paso más allá y considerar la transdisciplinariedad como un enfoque superior. La transdisciplinariedad no solo integra múltiples disciplinas, sino que trasciende sus fronteras, fomentando una colaboración profunda que genera nuevas formas de conocimiento y práctica. En lugar de simplemente sumar perspectivas, la transdisciplinariedad busca una síntesis innovadora que pueda abordar los problemas complejos de manera más holística y efectiva. En el contexto de la salud mental, un enfoque transdisciplinar podría involucrar no solo a psiquiatras, psicólogos y enfermeros, sino también a sociólogos, antropólogos, economistas y otros expertos que puedan ofrecer una comprensión más rica y matizada de los factores que influyen en la salud mental. Esta colaboración real y continua no solo enriquecería la práctica clínica, sino que también fomentaría la creación de políticas y estrategias más integradas y efectivas para enfrentar los desafíos en el campo de la salud mental.

Los equipos multidisciplinares

Antropología Médica y Formación Crítica

En este contexto, la antropología médica emerge como una disciplina fundamental para enriquecer la formación de los residentes en salud mental. Al proporcionar un marco teórico y metodológico que cuestiona las prácticas normalizadas y analiza las interacciones desde una perspectiva crítica, la antropología médica puede contribuir significativamente a una formación más ética y reflexiva. Esta disciplina ofrece herramientas para que los residentes comprendan mejor las influencias que afectan su práctica y desarrollen estrategias para resistirlas. Además, promueve una visión más holística de la salud mental, que considera no solo los aspectos biomédicos, sino también los contextos sociales y culturales del sufrimiento psíquico. La antropología médica permite desentrañar las sutilezas de las estrategias de marketing de la

industria farmacéutica y las dinámicas de poder en el entorno clínico. Esta disciplina ofrece herramientas para que los residentes comprendan mejor las influencias que afectan su práctica y desarrollen estrategias para resistirlas. Además, promueve una visión más holística de la salud mental, que considera no solo los aspectos biomédicos, sino también los contextos sociales y culturales del sufrimiento psíquico.

Promoción de una Cultura Institucional Crítica

La promoción de una cultura institucional más crítica y consciente es un objetivo a largo plazo que requiere un compromiso continuo con la ética y la reflexión crítica. Esta investigación ha demostrado que los residentes tienen el potencial de desarrollar una capacidad crítica significativa, pero es necesario que las instituciones de formación y los entornos clínicos apoyen y fomenten esta capacidad. La creación de políticas institucionales que regulen las interacciones con la industria farmacéutica y promuevan la transparencia y la ética es fundamental para proteger la independencia profesional de los residentes. Además, es esencial que las instituciones de formación incorporen en sus programas módulos que aborden críticamente la influencia de la industria farmacéutica y fomenten una cultura de reflexión crítica.

Crítica al Neoliberalismo y Salud Mental

Retomando la analogía del principio con el Oráculo de Delfos, el lema "Conócete a ti mismo" ha sido una guía filosófica y moral a lo largo de la historia, invitando a la introspección y el autoconocimiento como pilares fundamentales del bienestar humano. Sin embargo, en un contexto dominado por el neoliberalismo, podríamos plantear una versión contraria de este lema: "Traiciónate a ti mismo". Esta reinterpretación crítica nos permite explorar cómo el neoliberalismo contribuye al malestar social y a los problemas de salud mental, y cómo promueve soluciones farmacológicas como una forma de perpetuar su influencia. La "traición a uno mismo" en este contexto se manifiesta en varios aspectos. El neoliberalismo impulsa a los individuos a maximizar su productividad a costa de su bienestar personal. La glorificación del trabajo constante lleva a las personas a ignorar sus límites físicos y emocionales, resultando en sufrimiento psíquico. La auto-explotación se convierte en una norma, y el valor de un individuo se mide por su capacidad de producir y generar ingresos. En una sociedad neoliberal, la identidad personal se redefine en términos de consumo. Las personas son incentivadas a comprar productos y servicios que prometen felicidad y realización, pero que a menudo solo profundizan el vacío existencial y la alienación.

El estrés crónico, la ansiedad, la depresión y otros trastornos mentales son cada vez más comunes en una sociedad que prioriza el rendimiento económico sobre el bienestar humano. La traición a uno mismo, entendida como la conformidad con estas exigencias deshumanizantes, se convierte en una causa subyacente del malestar mental. Ante el aumento de los problemas de salud mental, la respuesta dominante dentro del marco neoliberal ha sido la medicalización de estos trastornos. En lugar de abordar las causas estructurales y sociales del malestar, se promueve el uso de fármacos como solución rápida y efectiva. Esta estrategia no solo es lucrativa para la industria farmacéutica, sino que también perpetúa la lógica neoliberal al individualizar y despolitizar los problemas de salud mental. Esta tendencia no solo limita el potencial para soluciones holísticas, sino que también refuerza la idea de que el malestar mental es un problema individual en lugar de un síntoma de una sociedad disfuncional.

El lema "Traiciónate a ti mismo" sirve como una crítica poderosa al impacto del neoliberalismo en la salud mental. La solución farmacológica, promovida como una panacea, solo sirve para enmascarar los problemas estructurales y perpetuar el ciclo de malestar. Para abordar verdaderamente la crisis de salud mental en la sociedad contemporánea, es necesario un cambio fundamental en cómo entendemos y tratamos estos problemas. En lugar de enfocarnos exclusivamente en soluciones individuales y farmacológicas, debemos considerar las influencias sociales y económicas que contribuyen al malestar. Solo entonces podremos desarrollar enfoques más integrales y humanos que realmente promuevan el bienestar y el autoconocimiento.

Lo próximo

Para avanzar en la comprensión y la gestión de las interacciones entre los residentes en salud mental y los visitantes médicos, es esencial continuar con investigaciones futuras. Estas podrían continuarse, según mi criterio, en evaluar la efectividad de programas de formación que integren la antropología médica y la reflexión crítica en el currículo de los residentes, así como en fomentar investigaciones que integren múltiples disciplinas, más allá del ámbito clínico, para abordar los factores sociales, económicos y culturales que influyen en la salud mental.

En lo particular

Llevar a cabo esta investigación en mi propio lugar de trabajo como psiquiatra y tutora de residentes ha sido un ejercicio complejo de reflexividad ética y crítica. Este proceso ha

implicado un balance delicado entre mi rol de autoridad y mi compromiso con la integridad de la investigación, lo cual ha requerido una autoevaluación constante de mis prácticas y supuestos. Este ejercicio de introspección no solo ha enriquecido mi comprensión de las interacciones con la industria farmacéutica, sino que también ha fomentado una cultura profesional más consciente y ética en la psiquiatría. Si bien esta concienciación ha puesto de manifiesto las numerosas contradicciones por las cuales camino en mi práctica profesional diaria, algunas de las cuales estaban representadas en los dos polos que ofrecían las viñetas clínicas al comenzar este ensayo: la mujer que solicita medicación antidepresiva como solución desesperada a sus problemas cotidianos y el hombre que rechaza toda intervención psicofarmacológica señalando la influencia de la industria farmacéutica. Aceptar y sostener las contradicciones es un ejercicio complejo. Sin embargo, en este proceso se puede producir el cambio de óptica fundamental para devolver la voz de la experiencia al paciente, de quien siempre tendría que haber sido.

Referencias bibliográficas

ABC. (2024, 23 de abril). Psiquiatras critican a la ministra Mónica García por la gestión de los medicamentos de salud mental. ABC. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://www.abc.es/sociedad/psiquiatras-ministra-monica-garcia-medicamentos-salud-mental-20240423195943-nt.html>

Acceso Justo al Medicamento. (2023, 24 de marzo). La red oscura que las multinacionales farmacéuticas ocultan tras los pagos a profesionales sanitarios: Sus líderes de opinión en el SNS y su red de intereses al descubierto. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://accesojustomedicamento.org/la-red-oscura-que-las-multinacionales-farmaceuticas-ocultan-tras-los-pagos-a-profesionales-sanitarios-sus-lideres-de-opinion-en-el-sns-y-su-red-de-intereses-al-descubierto/>

Austad, K. E., Avorn, J., & Kesselheim, A. S. (2011). Medical students' exposure to and attitudes about the pharmaceutical industry: A systematic review. *PLoS Medicine*, 8(5), e1001037. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001037>

Boletín Oficial del Estado. (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE-A-2002-22188. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Boletín Oficial del Estado. (2008). Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría. BOE-A-2008-15079. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-15079>

Boletín Oficial del Estado. (2009). Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. BOE-A-2009-10107. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-10107>

Boletín Oficial del Estado. (2011). Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. BOE-A-2011-9081. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-9081>

Caponi, S. (2001). Clorpromazina y la construcción de los trastornos mentales. *Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos*, 8(3), 549-567.

Caponi, S. (2024). *Política, psicofármacos y vida cotidiana*. Xoroi Edicions.

Cañete, J. C. (2017). La mirada antropológica como parte de la formación de profesionales de la salud. *Praxis Educativa*, 21(2), 1-17. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/1531/153157080005/html/>.

Carter, M., Chapman, S., & Watson, M. C. (2021). Multiplicity and complexity: A qualitative exploration of influences on prescribing in UK general practice. *BMJ Open*, 11, e041460. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041460>

Doshi, P. (2024). Revolving doors: Board memberships, hedge funds, and the FDA chiefs responsible for regulating industry. *BMJ*, 385, q975. <https://doi.org/10.1136/bmj.q975>

Farmaindustria. (2023). Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://www.codigofarmaindustria.org/sites/sarfi/codigo/codigo.html>

Fickweiler, F., Fickweiler, W., & Urbach, E. (2017). Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: A systematic review. *BMJ Open*, 7, e016408. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016408>

Glauser, W. (2013). Pharma influence widespread at medical schools: study. *CMAJ*, 185(13), 1121-1122. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4563>

Gülöksüz, S., Oral, E. T., & Ulaş, H. (2009). Attitudes and behaviors of psychiatry residents and psychiatrists working in training institutes towards the relationship between the pharmaceutical industry and physicians. *Turkish Journal of Psychiatry*, 20(3), 1-7. <https://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C20S3/en/04.pdf>

Healy, D. (2012). *Pharmageddon*. University of California Press.

Laporte, J.-R. (2024). *Crónica de una sociedad intoxicada*. Ediciones Península.

Lou, D., Mavanoyu, V., Carrera, P., Abad, J. M., & Moliner, J. (2012). Relationship between physician and industry in Aragon (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 26, 336-342.

Ministerio de Sanidad. (2024, 30 de mayo). La comisionada de Salud Mental anuncia un nuevo plan de acción 2025-2027. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6442>

Montastruc, F., Moulis, G., Palmaro, A., Gardette, V., Durrieu, G., et al. (2014). Interactions between medical residents and drug companies: A national survey after the Mediator affair. *PLoS ONE*, 9(10), e104828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104828>

OKDiario. (2024, 15 de junio). Madrid carga contra Mónica García por demonizar la enfermedad mental y alerta de la antipsiquiatría. OKDiario. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://okdiario.com/salud/madrid-carga-contra-monica-garcia-demonizar-enfermedad-mental-alerta-antipsiquiatria-12720503>

Salmasi, S., Khan, T. M., Ming, L. C., & Hassali, M. A. (2016). Interactions and medical inducements between pharmaceutical representatives and physicians: A meta-synthesis. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 9, 37. [<https://doi.org/10.1186/s40545-016-0089-z>](<https://doi.org/Aquí tienes la lista completa de referencias en formato APA, ordenada alfabéticamente>):

ABC. (2024, 23 de abril). Psiquiatras critican a la ministra Mónica García por la gestión de los medicamentos de salud mental. ABC. Consultado el 30 de junio de 2024, de

<https://www.abc.es/sociedad/psiquiatras-ministra-monica-garcia-medicamentos-salud-mental-20240423195943-nt.html>

Acceso Justo al Medicamento. (2023, 24 de marzo). La red oscura que las multinacionales farmacéuticas ocultan tras los pagos a profesionales sanitarios: Sus líderes de opinión en el SNS y su red de intereses al descubierto. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://accesojustomedicamento.org/la-red-oscura-que-las-multinacionales-farmaceuticas-ocultan-tras-los-pagos-a-profesionales-sanitarios-sus-lideres-de-opinion-en-el-sns-y-su-red-de-intereses-al-descubierto/>

Austad, K. E., Avorn, J., & Kesselheim, A. S. (2011). Medical students' exposure to and attitudes about the pharmaceutical industry: A systematic review. *PLoS Medicine*, 8(5), e1001037. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001037>

Boletín Oficial del Estado. (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE-A-2002-22188. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Boletín Oficial del Estado. (2008). Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría. BOE-A-2008-15079. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-15079>

Boletín Oficial del Estado. (2009). Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. BOE-A-2009-10107. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-10107>

Boletín Oficial del Estado. (2011). Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. BOE-A-2011-9081. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-9081>

Caponi, S. (2001). Clorpromazina y la construcción de los trastornos mentales. *Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos*, 8(3), 549-567.

Caponi, S. (2024). *Política, psicofármacos y vida cotidiana*. Xoroi Edicions.

Carter, M., Chapman, S., & Watson, M. C. (2021). Multiplicity and complexity: A qualitative exploration of influences on prescribing in UK general practice. *BMJ Open*, 11, e041460. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041460>

Doshi, P. (2024). Revolving doors: Board memberships, hedge funds, and the FDA chiefs responsible for regulating industry. *BMJ*, 385, q975. <https://doi.org/10.1136/bmj.q975>

Farmaindustria. (2023). Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://www.codigofarmaindustria.org/sites/sarfi/codigo/codigo.html>

Fickweiler, F., Fickweiler, W., & Urbach, E. (2017). Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: A systematic review. *BMJ Open*, 7, e016408. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016408>

Gülöksüz, S., Oral, E. T., & Ulaş, H. (2009). Attitudes and behaviors of psychiatry residents and psychiatrists working in training institutes towards the relationship between the pharmaceutical industry and physicians. *Turkish Journal of Psychiatry*, 20(3), 1-7. <https://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C20S3/en/04.pdf>

Healy, D. (2012). *Pharmageddon*. University of California Press.

Jaramillo Caruso de Azevedo, L. (2022, 3 de febrero). Salud mental, democracia y neoliberalismo. *Mad in (S)pain*. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://madinspain.org/salud-mental-democracia-y-neoliberalismo>

Laporte, J.-R. (2024). *Crónica de una sociedad intoxicada*. Ediciones Península.

Lou, D., Mavanoyu, V., Carrera, P., Abad, J. M., & Moliner, J. (2012). Relationship between physician and industry in Aragon (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 26, 336-342.

Ministerio de Sanidad. (2024, 30 de mayo). La comisionada de Salud Mental anuncia un nuevo plan de acción 2025-2027. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6442>

Montastruc, F., Moulis, G., Palmaro, A., Gardette, V., Durrieu, G., et al. (2014). Interactions between medical residents and drug companies: A national survey after the Mediator affair. *PLoS ONE*, 9(10), e104828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104828>

OKDiario. (2024, 15 de junio). Madrid carga contra Mónica García por demonizar la enfermedad mental y alerta de la antipsiquiatría. OKDiario. Consultado el 30 de junio de 2024, de <https://okdiario.com/salud/madrid-carga-contra-monica-garcia-demonizar-enfermedad-mental-alerta-antipsiquiatria-12720503>

Salmasi, S., Khan, T. M., Ming, L. C., & Hassali, M. A. (2016). Interactions and medical inducements between pharmaceutical representatives and physicians: A meta-synthesis. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 9, 37. <https://doi.org/10.1186/s40545-016-0089-z>

Verdú González, I. (2020). A la búsqueda del médico bueno: Los conflictos de intereses en las relaciones con la industria farmacéutica. *Bioderecho.es*, Núm. 11. <https://doi.org/10.6018/bioderecho.458841>

Wazana, A. (2000). Physicians and the pharmaceutical industry: Is a gift ever just a gift? *JAMA*, 283(3), 373-380. <https://doi.org/10.1001/jama.283.3.373>

Whitaker, R., & Cosgrove, L. (2015). *La psiquiatría bajo sospecha: Corrupción institucional, prejuicio social y recetas de reforma*. Ediciones Psara.

Whitley, R. (2014). Beyond Critique: Rethinking Roles for the Anthropology of Mental Health. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 38(3), 499–511. <https://doi.org/10.1007/s11013-014-9382-y>