

debemos ser prudentes a la hora de generar conclusiones sobre algunos riesgos como la asociación entre la hiperprolactinemia inducida por antipsicóticos y el riesgo de cáncer, porque los estudios al respecto muestran resultados poco consistentes.

Conflicto de intereses

Dr. Javier Labad ha sido consultor o ha recibido honorarios o fondos de investigación de Otsuka, Lundbeck y Janssen-Cilag.

Bibliografía

1. Montejo AL, Arango C, Bernardo M, Carrasco JL, Crespo-Facorro B, Cruz JJ, et al. Spanish consensus on the risks and detection of antipsychotic drug-related hyperprolactinaemia. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2016;9:158–73.
2. Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, Kleinberg DL, Montori VM, Schlechte JA, et al. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96:273–88.
3. Halperin Rabinovich I, Cámara Gómez R, García Mouriz M, Ollero García-Agulló D, Grupo de Trabajo de Neuroendocrinología de la SEEN. Clinical guidelines for diagnosis and treatment of prolactinoma and hyperprolactinemia. *Endocrinol Nutr*. 2013;60:308–19.
4. Ben-Jonathan N, Liby K, McFarland M, Zinger M. Prolactin as an autocrine/paracrine growth factor in human cancer. *Trends Endocrinol Metab*. 2002;13:245–50.
5. Clevenger CV, Furth PA, Hankinson SE, Schuler LA. The role of prolactin in mammary carcinoma. *Endocr Rev*. 2003;24:1–27.
6. Dekkers OM, Ehrenstein V, Bengtson M, Farkas DK, Pereira AM, Sorensen HT, et al. Breast cancer risk in hyperprolactinemia: A population-based cohort study and meta-analysis of the literature. *Eur J Endocrinol*. 2015;173:269–73.
7. De Hert M, Peuskens J, Sabbe T, Mitchell AJ, Stubbs B, Neven P, et al. Relationship between prolactin, breast cancer risk, and antipsychotics in patients with schizophrenia: A critical review. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;133:5–22.
8. Tikk K, Sookthai D, Johnson T, Rinaldi S, Romieu I, Tjønneland A, et al. Circulating prolactin and breast cancer risk among pre- and postmenopausal women in the EPIC cohort. *Ann Oncol*. 2014;25:1422–8.
9. Kerlikowske K, Cook AJ, Buist DS, Cummings SR, Vachon C, Vacek P, et al. Breast cancer risk by breast density, menopause, and postmenopausal hormone therapy use. *J Clin Oncol*. 2010;28:3830–7.

Javier Labad

Salud Mental Parc Taulí, Corporació Sanitària Parc Taulí, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, Barcelona, España
Correo electrónico: jlabad@tauli.cat

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.05.003>

Las decisiones compartidas en salud mental: mitos, barreras y beneficios



Shared decision making in mental health: Myths, barriers, and benefits

Sr. Director:

La toma de decisiones compartidas consiste en un proceso interactivo de relación clínica en el que el profesional ayuda a su paciente a escoger qué tratamiento es el mejor, en relación con sus valores, preferencias y circunstancias clínicas. Muchos mitos han sido considerados en torno a este tipo de relación asistencial (el paciente decide finalmente solo o incluso le deja a su profesional hacerlo, no desea implicarse, etc.)¹. Además, se han detectado en los profesionales barreras que dificultan su aplicación, como es la duda de que los pacientes psiquiátricos puedan no ser competentes para decidir por sí mismos², aunque quizás el problema más significativo es el del *insight*³. En los pacientes también se aprecian tales dificultades: pacientes pasivos, no interesados en la decisión o quienes creen que su negativa ya es una actitud *activa*⁴. En cualquier caso, todo ello puede suponer una postura paternalista⁵.

Pese a ello, la realidad muestra que al aplicar esta forma de decisión compartida en el ámbito de la salud mental se produce en los pacientes un aumento en la calidad de

vida, una mayor comunicación con los profesionales y, por tanto, una mayor alianza terapéutica, e incluso una mayor adherencia farmacológica⁶.

Ahora bien, no deberíamos pensar que el proceso se agota en informar sobre los diversos tratamientos y sus reacciones adversas, pues los pacientes, en el fondo, desean ser escuchados y que sus intereses y deseos queden incorporados en la decisión. Esto significa que los profesionales han de disponer de unas habilidades comunicativas para mejorar esa decisión compartida: entrevistas motivacionales, procesos de negociación, etc.⁶. Aunque esto no resulta una tarea fácil, se ha creado y validado al castellano una herramienta para poder valorar y apreciar cómo se lleva a cabo la decisión⁷. Se trata de un test aplicado a los pacientes que evalúa 9 preguntas sobre la experiencia que han tenido en la consulta.

Aunque es comprensible que haya claras situaciones en las que un modelo paternalista esté justificado, como son decisiones de «vida o muerte» o en las que el «mejor interés» pueda ser aplicable⁶, el objetivo ha de ser el de fomentar decisiones compartidas con los pacientes. Una valiosa manera de animarles a decidir es mediante la anticipación de las decisiones, como, por ejemplo, un documento de voluntades anticipadas, el cual también ha demostrado tener unos efectos positivos (clínicos y éticos)⁸.

Por lo tanto, hemos de instar a los profesionales a que ejerzan una *psiquiatría crítica*⁹ que vaya más allá del paradigma biomédico, reduccionista biologicista, y que se centre en la persona, sus necesidades y sus deseos. Las decisiones

compartidas, sean anticipadas o no, ayudarán a ese tipo de psiquiatría, la cual ha de estar fundamentada en *valores técnicos* y *valores morales*¹⁰. Este enfoque permite un giro de los fundamentos de la relación asistencial, ya que pasamos de examinar únicamente la beneficencia y la no maleficencia, incluso sin su consentimiento, a una perspectiva que tiene como eje central la autonomía y la dignidad. Así, se incrementa la autonomía de los pacientes pero sin dejarles solos ante la decisión. Pero ha de ser una tarea realizada entre los profesionales y los pacientes.

Bibliografía

1. Légaré F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns*. 2014;96:281–6.
2. Hamann J, Mendel R, Reiter S, Cohen R, Bühner M, Schebitz M, et al. Why do some patients with schizophrenia want to be engaged in medical decision making and others do not? *J Clin Psychiatry*. 2011;72:1636–43.
3. Shepherd A, Shorthouse O, Gask L. Consultant psychiatrists' experiences of and attitudes towards shared decision making in antipsychotic prescribing, a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2014;14:127.
4. Hamann J, Heres S. Adapting shared decision making for individuals with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2014;65:1483–6.
5. Peltó V, Engström K, Engström I. Paternalism, autonomy and reciprocity: Ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Med Ethics*. 2013;14:49.
6. Hamann J, Cohen R, Leucht R, Busch R. Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:992–7.
7. De las Cuevas C, Perestelo-Perez L, Rivero-Santana A, Cebolla-Martí A, Scholl A, Härter M. Validation of the Spanish version of the 9-item Shared Decision-Making Questionnaire. *Health Expect*. 2015;18:2143–53.
8. Ramos S. Las voluntades anticipadas en salud mental: hechos y valores. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2015;8:244–5.
9. Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster G, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *Br J Psychiatry*. 2012;201:430–4.
10. Lolas F. Tendencias y necesidad clínica de los principios éticos. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2015;8:1–2.

Sergio Ramos Pozón

Doctor en Filosofía, Máster en Bioética, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Correo electrónico: ramospozon@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.003>

Tianeptina: ¿por qué en España no ha sido catalogada como estupefaciente?



Tineptine: Why has not been classified as a narcotic in Spain?

Sr. Director:

Tianeptina es un antidepresivo tricíclico comercializado en Francia desde 1988 que recientemente ha entrado en el mercado español como medicamento genérico¹. Es un fármaco químicamente similar a otro antidepresivo estimulante y de tipo anfetamínico –amineptina–, que fue retirado de España (1999) y de otros países por sus propiedades adictivas y efectos adversos –hepáticos y cutáneos–. Su similitud estructural con amineptina y los casos de abuso y dependencia comunicados han generado muchas dudas acerca de su perfil de seguridad^{2,3}.

En 2012, la Agencia Nacional para la Seguridad de los Medicamentos de Francia (ANSM), a instancia del Comité de Narcóticos y Psicótrópos, decidió reevaluar la relación beneficio-riesgo de Stablon® (nombre comercial de tianeptina en Francia). El análisis de los casos detectados permitió a dicho comité dictaminar que, efectivamente, existía riesgo de abuso y dependencia asociado a su utilización⁴. La evaluación global de eficacia y seguridad llevó a la agencia francesa a determinar que el balance beneficio-riesgo de tianeptina era favorable, pero modesto. En cuanto a los beneficios en salud, sus conclusiones fueron: «dados los datos disponibles, teniendo en

cuenta las alternativas terapéuticas existentes y los problemas de farmacodependencia identificados, la especialidad Stablon® no presenta ningún beneficio para la sanidad pública»⁴.

Como consecuencia, en Francia tianeptina fue catalogada como estupefaciente. Desde el 3 de septiembre de 2012⁵ este antidepresivo está sometido a las mismas restricciones de prescripción y dispensación que cualquier estupefaciente de la lista I, con una duración máxima de la prescripción de 28 días. Con anterioridad, en Georgia había sido retirado de la comercialización, y en Rusia, Ucrania y Armenia, incluido en la lista de psicótrópos. En varios países anglosajones tianeptina no está autorizada.

En la actualidad, la seguridad de tianeptina continúa siendo preocupante. La conocida revista *Prescrire* reiteradamente ha denunciado que su balance beneficio-riesgo es desfavorable⁶. En su día, se hacía eco de la conclusión extraída de la reevaluación llevada a cabo por la ANSM y de cómo las autoridades francesas habían permitido que este fármaco siguiera estando financiado⁷. Tianeptina está incluida en el listado de medicamentos a evitar que cada año elabora dicha revista⁸. De momento, el Comité de Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo no ha realizado ninguna evaluación de tianeptina, pero los datos registrados en EudraVigilance (base de datos europea de informes de presuntas reacciones adversas) confirman que existe riesgo de abuso y dependencia asociado a su utilización. Hasta octubre de 2015, de los 563 casos notificados, 125 incluían abusos y 27 dependencia⁹.

A pesar de estos antecedentes, en España, hasta la fecha, no se han establecido restricciones en la prescripción ni en la dispensación de tianeptina (Zinosal®). Por tratarse