

A PROPÓSITO DE LA PARTICIPACIÓN DE SAMI TIMIMI EN EL IX CONGRESO DE LA AMSM

Ibone Olza Fernández

El primer artículo que leí del psiquiatra infantil Sami Timimi se publicó en el 2004. El título traducido libremente venía a ser **“Desarrollando abordajes no tóxicos para ayudar a los niños que podrían ser diagnosticados de TDAH y a sus familias: reflexiones de un clínico británico”**⁽¹⁾. En él explicaba cómo había tratado en los tres años anteriores a los niños que heredó con diagnóstico de TDAH y que estaban tomando metilfenidato. Contaba Timimi: *“me encontré con niños que echaban de menos a su padre ausente, con niños cuyos padres discutían, niños de escuelas sin recursos, niños de madres deprimidas que no podrían afrontar el día a día, familias sin apoyo social, niños con problemas de apego, niños adoptados, o acogidos acostumbrados a ser rechazados, niños que no podían expresar el duelo por la pérdida de un ser querido... Vi niños brillantes que utilizaban su inteligencia para evitar el sistema, padres atemorizados de hijos que sabían exactamente qué tecla pulsar, profesores asustados que dudaban sobre cómo tratar a los chicos en el aula, profesores agotados y quemados que ya estaban hartos de enseñar...etc. Y me pregunté, ¿a nosotros, los médicos, por qué nos pagan tanto?”* En aquel artículo describía con detalle su trabajo en dos centros de salud mental británicos a lo largo de tres años. En uno de los centros había heredado 26 niños en tratamiento con metilfenidato. Dos años más tarde sólo 6 de esos 26 pacientes seguían tomando estas medicaciones. Es interesante también destacar que menciona que en esos dos años él puso en tratamiento con metilfenidato a cinco niños más. Según Timimi muchas de aquellas familias *“tenían una comprensión bastante más elaborada de las causas psicosociales de los problemas de conducta de sus hijos que la mayoría de los psiquiatras y pediatras que conozco”*. En el otro CSM donde trabajó, heredó 28 niños tratados con estimulantes, no tuvo que iniciar ni un solo tratamiento, y tras dos años sólo 4 seguían en tratamiento. En ambos centros se había encontrado con que otros profesionales de su equipo, como enfermeros, trabajadoras sociales, terapeutas y psicoterapeutas, simpatizaban con su forma de trabajar y que eran otros psiquiatras infantiles los más críticos con su abordaje.

Partiendo de sus estadísticas particulares Timimi dedicaba el resto del artículo a describir y reflexionar sobre cómo había trabajado con estos niños y sus familias. Para empezar recomendaba ralentizar el proceso de valoración de cualquier niño con presunto TDAH mediante la realización de al menos tres pasos: una extensa entrevista familiar, una visita al colegio y una tercera visita al domicilio familiar. Insistía en la importancia de esforzarse mucho en establecer un vínculo con los niños y sus familias. *“Con paciencia, simpatía, sin prisa, con vistas al largo plazo”*. Animaba a evitar explicaciones simplistas o reduccionistas al hablar con los padres y madres, ayudar a deconstruir el diagnóstico de TDAH y poder pensar juntos más allá de las etiquetas.

Terminaba su artículo insistiendo en la importancia de estar disponible a largo plazo, abierto a opciones alternativas, manteniendo una relación de igualdad con las familias, escuchando desde el respeto, deconstruyendo las jerarquías y expresando como psiquiatra también sus opiniones, dudas, o desconocimientos. Finalizaba recomen-

dando: *“Transparencia: intento no mantener mis ideas en secreto. Comparto mis pensamientos y sentimientos incluso cuando la situación es muy difícil. A veces siento que no sé cómo ayudar a alguien y se lo digo. La transparencia es también una parte de la deconstrucción de la jerarquía. Cuanto más ocultamos nuestro conocimiento profesional de nuestros clientes, más poder tenemos sobre ellos, y creo que más vulnerables se sienten los clientes en nuestra compañía”.*

«si un psiquiatra va a recetar a un niño
un fármaco fabricado por un laboratorio
que le ha subvencionado alguna actividad al médico
debe informar de esto también a la familia»

Desde aquel interesante artículo he intentado seguirle la pista y leer lo que publica. Sami Timimi entre otras cosas es un autor bastante prolífico, que a menudo se enzarza en debates con otros psiquiatras de reconocido prestigio como Eric Taylor o el grupo liderado por Barkley. Ha liderado el debate internacional sobre el TDAH, enfrentándose al grupo de Barkley que ha acusado públicamente a Timimi, entre otras cosas de carecer de metodología científica, basarse en “una lógica falsa”, citar de forma selectiva, ignorar la amplia evidencia científica en TDAH, y hacer insinuaciones sobre la integridad de los científicos que estudian este trastorno⁽²⁾. A Timimi también se le ha acusado de pertenecer

a la Cienciología (que como bien sabemos está en contra de cualquier tratamiento psiquiátrico y organiza a nivel mundial protestas contra el uso de los psicofármacos, especialmente en niños).

Personalmente creo que este debate es absolutamente necesario y que cada grupo tiene su parte de razón: igual que hay niños que se pueden beneficiar del diagnóstico de TDAH y tratamiento médico hay muchos otros a los que esto les va a producir muchísimo más daño que beneficio. Precisamente este debate nos permite comprender lo difícil y compleja que puede ser la práctica de la psiquiatría infantil. La ingente presión de la industria farmacéutica en esta área roza lo insoportable.

Timimi ha escrito también sobre la depresión infantil (en el British Medical Journal, “Repensando la depresión infantil”⁽³⁾) y sobre las relaciones entre la psiquiatría infantil y la industria farmacéutica⁽⁴⁾. Hace hincapié en la necesidad de que en nuestra profesión se produzca un debate amplio sobre la ética de los regalos de la industria farmacéutica, las subvenciones de cursos y congresos y el impacto que todo esto tiene en la formación. Anima a desarrollar de forma independiente herramientas de lectura crítica para poder hacer un análisis riguroso de los estudios que publica la industria. E insiste siempre en la importancia de explicar a las familias estos aspectos. Según él si un psiquiatra va a recetar a un niño un fármaco fabricado por un laboratorio que le ha subvencionado alguna actividad al médico debe informar de esto también a la familia.

Actualmente Timimi lidera a nivel internacional la “**Campaña para la abolición de los sistemas de clasificación psiquiátricos CIE y DSM**” (CAPSID: campaign to Abolish Psychiatric Diagnostic Systems such as ICD and DSM)⁽⁵⁾. Para ellos ha escrito un texto⁽⁶⁾ publicado en la web Psiquiatría Crítica (Critical Psychiatry) en el que explica con profundidad y con una perspectiva transcultural lo que él considera los puntos débiles del modelo actual. Señala que hay poca evidencia que sostenga el paradigma CIE-DSM como capaz de proveer la base para conocimiento científico o útil en los tratamientos y alerta de que sin embargo este modelo puede estar causando daños significativos.

«podemos mejorar nuestros resultados clínicos, no mediante la utilización de criterios diagnósticos para elegir tratamientos, sino esforzándonos en establecer relaciones significativas con los usuarios incluyéndoles por completo en las tomas de decisiones»

Timimi propone un nuevo paradigma, partiendo de dos posibles modelos. En el primero, que llama “etiológico”, señala la asociación entre el trauma en la infancia, la adversidad, las dificultades socioeconómicas y situaciones estresantes, con el desarrollo de la enfermedad mental. Enfatiza la necesidad de profundizar en la comprensión de la diversidad humana y de cómo los aspectos vinculares, sociales y políticos afectan a la salud mental. Según él abolir la DSM-CIE y abogar por esta nueva perspectiva favorecería la disminución del estigma de la enfermedad mental. El segundo modelo que propone llama “clínico”, basado en desarrollar alianzas terapéuticas. Dice “*podemos mejorar nuestros resultados clínicos, no mediante la utilización de criterios diagnósticos para elegir tratamientos, sino esforzándonos en establecer relaciones significativas con los usuarios incluyéndoles por completo en las tomas de decisiones*”. Señala la necesidad de colaborar e investigar conjuntamente con las asociaciones de usuarios que promueven otras visiones de la enfermedad mental. Concluye Timimi “*el verdadero don de la psiquiatría es lo que puede ofrecer al resto de la medicina y que es único de su campo: una comprensión de la persona en su contexto*”.

Merecería la pena que el texto completo se tradujera al castellano para poder debatirlo en profundidad entre los profesionales de la salud mental de nuestro país.

REFERENCIAS

- (1) Timimi S. Developing non-toxic approaches to helping children who could be diagnosed with ADHD and their families: Reflections of a UK clinician. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 6, 41-52 2004.
- (2) Barkley RA. Critique or Misrepresentation? A Reply to Timimi et al. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2004;7(1):65-69.
- (3) Timimi S. Rethinking childhood depression. *BMJ* 2004 Dec 11;329(7479):1394-1396.
- (4) Timimi S. Child psychiatry and its relationship with the pharmaceutical industry: theoretical and practical issues. *Advances in Psychiatric Treatment* 2008 January 01;14(1):3-9.
- (5) Timimi S. Time to concentrate on human factors in mental illness. *BMJ* 2011 Jul 12;343:d4377.
- (6) Timimi S. Campaign to Abolish Psychiatric diagnostic Systems such as ICD and DSM. <http://www.criticalpsychiatry.co.uk/>



Fuente: nogracias.eu