

CUARENTA AÑOS DE CRISIS EN LA PSIQUIATRÍA*

José Guimón

onpguugj@ehu.es

Agradezco profundamente a la diputación de Navarra la invitación que me hace para describir la evolución de la psiquiatría en los últimos decenios. Como no soy un experto en la historia de la psiquiatría, bien representados en nuestro país, se supone que debo realizar una exposición de mis experiencias personales más que un pretendidamente objetivo ensayo historiográfico.

En los últimos 40 años se han producido una serie de transformaciones en el panorama tanto teórico como práctico de la psiquiatría, que vinieron a la par de determinadas modificaciones ideológicas y socioeconómicas. Esas modificaciones se han producido en forma de crisis aparatosas pero que, a mi modo de ver, no han producido las consecuencias negativas previstas por agoreros apocalípticos que no han faltado.

1. DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA A LA ANTIPSIQUIATRÍA

La psiquiatría de comunidad fue el resultado de las tendencias antipsiquiátricas y de la preocupación de los derechos humanos que encontraron un eco fácil en los políticos y administradores de la salud mental, a quienes convenía aligerar la carga económica de la política de hospitalización prolongada de los enfermos psiquiátricos que resultaba muy gravosa.

En Europa, tras la Segunda Guerra Mundial surgieron en Francia, la llamada

“Psiquiatría de sector” y en Gran Bretaña la Psiquiatría social, que continuó la corriente de las Comunidades terapéuticas. En los EEUU, el Presidente Kennedy a partir de 1963 promovió de los Centros de Salud Mental de la Comunidad. Estas iniciativas hicieron hincapié en la desinstitucionalización, la sectorización, el trabajo en equipo, la participación de la población en las responsabilidades de gestión de los servicios, la prevención y la intervención en las crisis.

En ciertos países, la psiquiatría geriátrica, la psiquiatría infantil y la psiquiatría adulta obtuvieron por entonces el reconocimiento de subespecialidades con las correspondientes prerrogativas académicas y financieras (p.e. especificidad para el reembolso de los servicios).

A finales de esa década, surgió en Gran Bretaña primero, en EEUU después y luego en todo el mundo occidental la antipsiquiatría, consecuencia del pensamiento contracultural, que bebió de las fuentes del pensamiento de izquierdas europeo de posguerra, de las doctrinas orientales y de los aires antiautoritarios característicos de aquella época. La crítica desmesurada que versó respecto a la existencia misma de la enfermedad mental, al poder excesivo de los psiquiatras en la Sociedad y a la justificación de la existencia de los hospitales psiquiátricos, ha tenido una importancia decisiva sobre algunos aspectos del estatus actual de los pacientes psiquiátricos y de la profesión de psiquiatra. En las últimas décadas, sin embargo los pacientes y los familiares han ido aceptando la existencia de trastornos mentales y hoy no discuten si existe o no la enfermedad mental (nivel descriptivo del problema), sino «si debe» un enfermo ser catalogado como enfermo o «si ha de» ser tratado (nivel prescriptivo de la cuestión), el «derecho a estar loco», el «poder del paciente» o la «democratización de la gestión».

Por su parte, actualmente, según lo demuestran diversas encuestas sociológicas, el público profano expresa respecto a la Salud Mental preocupaciones diferentes a las de los antipsiquiatras. Considera que en la Sociedad postindustrial estamos expuestos a una cantidad de estrés cada vez mayor que sería la causa de los trastornos psiquiátricos (incluso aquellos de la gravedad de una psicosis esquizofrénica) y que ello explicaría por qué los trastornos psiquiátricos han aumentado recientemente en lugares donde el proceso del cambio social ha ido particularmente lejos. En un estudio que hicimos en Ginebra, los factores vinculados a la socialización infantil (ausencia de afecto por parte

de los padres, separación de los padres durante la infancia, padres excesivamente solícitos) fueron, de hecho, considerados los más importantes por un sector de la población.

2. LA REMEDICALIZACIÓN

2.1 La globalización en Psiquiatría

El progreso de la investigación biológica, el paso de los psiquiatras dentro de las unidades de corta estancia de los hospitales generales y la constatación de la eficacia más bien escasa de las intervenciones comunitarias dieron lugar a una drástica remodelación de la Psiquiatría a partir de los años setenta. Se fueron creando instrumentos fiables de evaluación psicopatológica y nuevos procedimientos diagnósticos. Se desarrolló una Psicofarmacología eficaz y se produjo paralelamente una disminución de la formación psicodinámica de los psiquiatras.

Todo ello ocurrió en un momento en que se imponía en todo el mundo una irreversible globalización (Shse-Dunn , Modelcki, Misina), u n conjunto de procesos sociales, políticos, económicos y culturales que han aumentado la interconexión e interdependencia entre los países llevando a la constitución del mundo en un campo único¹. Aunque la mayoría del mundo ha quedado fuera de la globalización económica (K.N. Watz, 1999), los efectos de la mundialización médica (y por lo tanto psiquiátrica) han alcanzado a todos los países. Se ha impuesto en los últimos 20 años una “Psiquiatría basada en las pruebas”, muy útil en la psiquiatría biológica pero menos recomendable desde el punto de vista psicosocial. En efecto, las necesidades en salud mental son distintas según los países, los recursos tienen una distribución desigual y los factores sociales que inciden en la patología varían enormemente según el entorno.

En las últimas décadas, por otra parte, han nacido grandes asociaciones e instituciones de carácter mundial que han tenido una gran importancia en el establecimiento de criterios comunes en muchos campos. Por otra parte la enorme difusión de los métodos de información bibliográfica a través de fuentes de datos difundidas por Internet ha obligado al público y a los profesionales a conocer los diferentes abordajes existentes en Salud Mental, mitigando las diferencias ideológicas y haciendo desaparecer las históricas Escuelas Nacionales de Psiquiatría

En psiquiatría en los años sesenta prevalecía el dogmatismo en las posiciones de quienes se aferraban al biologismo, al psicoanálisis o al sociologismo. A partir de los ochenta se adoptó una concepción pragmática, la mayoría de los profesionales en todo el mundo tienden a adscribirse a una visión del campo centrada en un ejercicio terapéutico y una visión teórica “eclécticos”, que huye de posiciones autoritarias y dogmáticas mantenidas por una minoría. Esta dicotomía es paralela a la que se estableció en Occidente entre el pensamiento “blando” o “débil” que permite conciliar teorías consideradas como antagónicas desde posiciones más ortodoxas. La polémica abarcaba los grandes campos de la actividad humana como la política (derecha-izquierda) o incluso la religión (igualdad o diferencias en las Iglesias)

2.2 Una revolución en el diagnóstico.

A finales de los años cincuenta, al aparecer nuevos tratamientos eficaces, se pensó que ciertos marcadores podrían proporcionar la validación concurrente de los diagnósticos que permitirían unos tratamientos más adecuados. Por otra parte, con el progreso de la Psicofarmacología y de la investigación biológica se vino a subrayar la importancia de lograr replicar los resultados de las investigaciones en distintos medios y de elegir muestras homogéneas de pacientes. Ambos requisitos resultaban difíciles de cumplir por la falta de fiabilidad de los diagnósticos, como lo pusieron en evidencia estudios como el proyecto USA-UK. El desarrollo de entrevistas más o menos estructuradasⁱⁱ mejoró la fiabilidad, como lo demostró el proyecto internacional de esquizofrenia de la OMS del año 76 que se realizó con el PSE.

Una nueva generación de psiquiatras biólogos entró a la cabeza de los Departamentos de Psiquiatría de las universidades de Estados Unidos, sustituyendo a la de orientación psicoanalítica. Se puede atribuir a estos autores el mérito de la gestación del «Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales», en su tercera edición (DSM III y sucesivas), que ha marcado un hito importante en la Nosología psiquiátrica al lograr fiabilidad y validez en estudios internacionales y favorecer estudios sobre marcadores (endofenotipos). Sin embargo se le ha criticado el que descuidan la identidad psico-social de los pacientes y que han llegado “f

abricar trastornos para nuevos fármacos”. Por eso, en los últimos diez o quince años se asiste a un esfuerzo denodado por describir y justificar dimensiones y espectros más bien que categorías

Como consecuencia de estos progresos, desde el final de los años 80 parece imparable el avance del modelo biológico en detrimento de los anteriores lo que ha dado lugar a un cierto reduccionismo.

En cualquier caso, su prestigio no es tan grande en la población generalⁱⁱⁱ.

2.3. El declive de la influencia del Psicoanálisis

Paralelamente, el modelo teórico psicoanalítico atraviesa por una crisis y la psicoterapia analítica se encuentra hoy en día desvalorizada en provecho de terapias más «rentables» (comportamentales, cognitivas).

En el psicoanálisis surgió también entre autores anglosajones, en especial los de la Escuela de Topeka (Wallerstein, Kernberg, Gabbard) una tendencia “blanda” a subrayar el “terreno común” de las diversas concepciones teóricas del psicoanálisis. Una corriente contraria ha surgido sobre todo de Francia donde autores como A. Green acusan de ingenuos a esos otros autores que sostienen lo que él llama una “falacia o mitología del terreno común”.

En contraste con la disminución de la importancia que se da a lo psicodinámico en el ámbito académico, actualmente, en los países occidentales, la población general considera que los problemas psicológicos juegan un papel decisivo en la génesis de los trastornos mentales.

2.4. La persistencia paradójica del modelo mágico.

Las creencias en las causas mágicas y morales de la enfermedad mental persisten aunque son hoy menos frecuentes en todo el mundo^{iv} Sin embargo, persiste, incluso en países muy avanzados, como lo muestra una investigación que realizamos en Ginebra en la que se vio que para un porcentaje importante de los encuestados, los remedios naturales poseerían cualidades que los harían preferibles a la medicación psicotrópica .

Aunque no invoquen abiertamente a creencias sobrenaturales o mágicas, diversas prácticas dudosamente científicas o francamente espúreas son extraordinariamente frecuentes en los países occidentales. La resurrección de la

Homeopatía se inició en los años ochenta y actualmente se halla muy difundida, como. La acupuntura se practica hoy más allá de sus indicaciones razonables en todo el mundo. Curanderos de todas las tendencias hacen su agosto en ciudades grandes y chicas.

Pero si los practicantes individuales de estas técnicas pueden resultar peligrosos para la Salud Mental, mucho más temibles son las sectas que pretenden obtener con sus actividades cotas crecientes de control social. Un rasgo general de todas ellas es la negación de la enfermedad mental y los ataques hacia la Psiquiatría.

3. TRATAMIENTOS

Los pacientes han dejado de ser sujetos pasivos que aceptan agradecidos las recomendaciones de los psiquiatras y se han convertido en consumidores bien informados tanto en los tratamientos biológicos como en los psicosociales.

En lo que se refiere a las medicaciones, contamos con poderosos fármacos, mucho mejor tolerados que hace unas décadas, aunque su eficacia no ha mejorado tanto como se esperaba. En cualquier caso, los estudios realizados con los criterios de la Psiquiatría “basada en las pruebas” han permitido conocer con más precisión las indicaciones y, en ocasiones, las asociaciones recomendables.

La política de contención de costes ha hecho que en los programas públicos y privados se procure reducir el número de sesiones de psicoterapia que se ofertan a los pacientes y se prefieran los tratamientos grupales

La “Psiquiatría basada en las pruebas” ha puesto en entredicho las aproximaciones psicosociales en Salud Mental por la dificultad que tienen en someter sus aseveraciones a procedimientos científico-naturales. Pero, desde las aproximaciones psicosociales se le ha reprochado el descuido de la especificidad de cada caso, y el que los tratamientos de los que se ocupa proponen encuadres muy lejanos de la práctica habitual están insuficientemente diseminados entre los profesionales y no resultan fácilmente disponibles para el público

4. LOS PACIENTES

La prevalencia de los trastornos psicóticos ha aumentado en estas décadas debido, principalmente, a la prolongación de la vida . Lo mismo cabría decir de los trastornos

por estrés que parecerían haber aparecido en la historia tras la guerra del Vietnam, cuando estaban bien descritos por los clásicos con el nombre de neurosis y psicosis de guerra, sinistrosis, neurosis de renta etc.

Es indudable que han aumentado los trastornos por abuso de uso de sustancias y los relacionados con la alimentación. Ha crecido también la frecuencia de los trastornos de personalidad y algunos de ellos, como los borderline, de utilización excesivamente los servicios. Todo ello a reconsiderar la importancia de los factores psicosociales en Psiquiatría.

Por otra parte, la población, sobre todo en occidente, detecta con mayor facilidad que antes el sufrimiento psíquico y lo tolera peor. La disminución del nivel de aceptación del malestar hace que soliciten con mucha más frecuencia la ayuda del psiquiatra, lo que provoca una sobrecarga de los consultorios que se ven anegados y e imposibilitados de tratar adecuadamente a los pacientes graves y crónicos que antes eran su principal clientela.

5. LA PSIQUIATRÍA GESTIONADA

Los Gobiernos de los países occidentales se han ido dando cuenta en los últimos decenios, de las alarmantes dimensiones sociales de los problemas de Salud Mental. Lamentablemente, sin embargo, los políticos, en general, se preocupan más por disminuir el crecimiento de los costos que por asegurar la calidad de los servicios y los derechos de los pacientes. Se están desarrollando en exceso algunas técnicas de contención de costos. Los modelos de tratamiento están siendo modificadas por razones económicas ya que el comportamiento de los proveedores responde inevitablemente a las leyes de la competencia y los psiquiatras están sometidos a decisiones comerciales con continuas violaciones de su autonomía clínica.

6. DERECHOS HUMANOS

En los últimos decenios se han producido enormes progresos en la legislación sobre los Derechos Humanos para pacientes mentales respecto a cuestiones tales como la desigualdad, las medidas restrictivas del reembolso de tratamientos, la responsabilidad, la autonomía, la pérdida de derechos civiles, etc^v. Sin embargo en muchos países esas leyes o recomendaciones no se respetan suficientemente.

Son varios los trabajos que han mostrado que sigue habiendo una actitud negativa y de rechazo por parte del público en general y una presentación desfavorable e incorrecta en los medios de comunicación (Eker & Oner, 1999)^{vi}. En cuanto a la evolución de las actitudes con el tiempo, un riguroso estudio reciente de Angermeyer y Matschinger (Angermeyer & Matschinger, 1999) muestra que el rechazo de los enfermos mentales –por lo menos por parte del público alemán– ha permanecido casi sin cambios durante veinte años.

Este aumento de actitudes negativas y de exclusión se ha atribuido a varios factores, tales como: un umbral de aceptación más bajo por parte de la clase media de conductas socialmente inaceptables (en especial en las grandes ciudades); las dificultades a las que se enfrentan los enfermos mentales a la hora de encontrar trabajo; la imagen negativa transmitida por los medios de comunicación, etc. Ciertamente, la globalización de las costumbres hace la vida más difícil para aquellos que son «diferentes», y los pacientes mentales presentan una conducta «anormal» con frecuencia fácilmente identificable.

Por su parte, la desinstitucionalización psiquiátrica, que empezó en los años sesenta, multiplicó los contactos entre los enfermos mentales y las personas consideradas normales^{vii}, con lo que, en ocasiones, contra lo previsto inicialmente, aumentaron los prejuicios^{viii}.

7. EL FUTURO DE LA FORMACION DEL PSIQUIATRA

En conjunto, el psiquiatra está presente en un número totalmente insuficiente no sólo por falta de medios de formación sino por la prioridad escasa que se le da a la hora de elegirla como especialidad. Es por tanto necesario de hacer un gran esfuerzo para formar psiquiatras en países en desarrollo y para evitar que se marchen luego fuera de su país.

Por otro lado, se ha de reflexionar profundamente sobre la necesidad de fortalecer la identidad profesional de futuros psiquiatras a lo largo de su formación. Sin esto, la Psiquiatría como especialidad médica, está en peligro de desaparecer dentro de las próximas dos décadas porque las fuerzas políticas y económicas pueden llevar a una peligrosa redefinición de nuestra identidad.

El perfil profesional de los actuales psiquiatras, desprovisto de la aureola de romanticismo que lo rodeaba anteriormente, ha dejado de interesar a algunos médicos con gustos artísticos, literarios o humanistas, y atrae, por otro lado, a médicos con orientaciones más cercanas a la "psico-neuro-endocrinología", lo que ha alterado considerablemente el perfil de los futuros especialistas. Los jóvenes graduados, con un perfil claramente médico y ante la elección de una especialización prefieren otras especialidades más atractivas, más eficaces y que requieren un compromiso personal menor. No parece, como algunos lo temen, que la profesión esté entrando en un proceso de desaparición, pero es cierto que hay una tendencia a limitar su campo de acción a la "neurobiología comportamental", confiando a otros especialistas que no son médicos los aspectos más psicológicos del sufrimiento mental. Sería por lo tanto necesario intentar evitar el riesgo de un enfoque excesivamente biologista con nuestros psiquiatras en formación. .

Por otro lado, se ha de reflexionar profundamente sobre la necesidad de fortalecer la identidad profesional de futuros psiquiatras a lo largo de su formación. Sin esto, la Psiquiatría como especialidad médica, está en peligro de desaparecer dentro de las próximas dos décadas porque las fuerzas políticas y económicas pueden llevar a una peligrosa redefinición de nuestra identidad. ,

En la adopción por un profesional de uno de esos marcos de referencia influyen, además de aspectos cognitivos, otros aspectos sociológicos, como las creencias religiosas, las concepciones metafísicas y socioeconómicas y determinados aspectos de la política interna del campo de acción de la Ciencia en cuestión. Generalmente, tales aspectos han sido ignorados, pero la nueva Sociología de la Ciencia sugiere que existen determinados principios que influyen en forma importante en las transformaciones del pensamiento y del quehacer científico: la literatura científica aumenta exponencialmente; por el «efecto Mateo» 50% de todas las citas son de artículos publicados por 10% de los autores en un campo determinado; existen «colegios invisibles» que, a través de su poder político, facilitan el que se produzcan cambios en la Ciencia .

(...) “Oh velas blancas, muy blancas; redondas urcas, fragatas airosas, veleros bergantines con el mascarón en el tajamar ... ¡Qué pena me da pensar que vais a desaparecer, que no os volveré a ver más!...Verdaderamente, yo me alegro de que mis hijos no sean marinos.

...Y SIN EMBARGO...”

BIBLIOGRAFÍA

***Conferencia en el Homenaje al Dr. Federico Soto Yarritu en el cincuenta aniversario de su fallecimiento**
Pamplona, 19 de octubre del 2006

ⁱ Este proceso fue la consecuencia de una m

mayor circulación por el globo de conocimientos, dinero y seres humanos. Gracias al desarrollo de infraestructuras comunes, se produjo una difusión global de algunos fenómenos inicialmente localizados. El desdibujarse de las fronteras originó la dispersión geográfica de competencias básicas en algunas actividades altamente deseables.

ⁱⁱ como el *Present Status Examination*, los *Research Diagnostic Criteria* (RDC), los criterios Feighner y el *Diagnostic Interview Schedule*

ⁱⁱⁱ Por ejemplo, en un estudio realizado en Alemania, sólo una de cada dos personas entrevistadas identificaba una dolencia cerebral o una debilidad constitucional como la causa de un trastorno esquizofrénico y los factores genéticos eran invocados aún menos a menudo. En un estudio que realizamos en Ginebra, el público consideraba favorablemente algunas formas de tratamiento tales como técnicas de relajación, meditación o yoga y medicinas naturales, pero tan sólo en contadas situaciones tomaba en consideración la farmacoterapia. Lo mismo parece ocurrir en otros países menos desarrollados.

^{iv} Así, en estudios realizados en Alemania sólo una pequeña minoría evocó en los trastornos esquizofrénicos la influencia de poderes sobrenaturales (la voluntad de Dios, brujería, posesión por espíritus malignos, signos del zodiaco o el horóscopo). Contra lo esperado, lo mismo ocurre en países subdesarrollados y, así un estudio no confirmó el hallazgo tan frecuentemente mencionado de una explicación predominantemente sobrenatural o mística de la enfermedad en el pueblo africano. En el mismo sentido, otro estudio llevado a cabo en un área rural de Turquía no reveló la existencia de una etiología sobrenatural/mística de la enfermedad mental. Se llegó a la conclusión de que las opiniones de los campesinos sobre las causas y el tratamiento de la enfermedad mental eran parecidas a las conceptualizaciones de la Psiquiatría moderna.

^v Por ejemplo, la Declaración de la Asociación Mundial de Psiquiatría en Viena, (W.P.A., 1983), dice que las legislaciones estatales deben proporcionar directivas respecto a qué tipo de personas están autorizadas a indicar un ingreso no voluntario, y qué instancia está autorizada a ejercer la fuerza física que puede ser necesaria para la ejecución de la intervención no voluntaria. La decisión final de ingresar o retener a un paciente sólo será tomada por un órgano competente prescrito por la ley. Los pacientes deben ser plenamente informados de su tratamiento y de sus derechos. Tienen el derecho de audiencia y defensa personal ante el órgano competente. La necesidad de privación de libertad deberá ser revisada a intervalos regulares y fijos como lo prescribe la legislación nacional. Los pacientes privados de libertad, tendrán el derecho a tener un consejero o un tutor cualificado que proteja sus intereses. La intervención no voluntaria es una invasión importante de los Derechos Humanos y de la libertad fundamental de un paciente. Para dicha intervención, se requieren, por lo tanto, criterios específicos y cuidadosamente definidos. La hospitalización o el tratamiento en contra de la voluntad de un paciente no se debería llevar a cabo a no ser que el paciente padezca una enfermedad mental grave. La intervención no voluntaria debe de hacerse con arreglo al principio menos restrictivo. Los pacientes privados de libertad siguen teniendo el derecho a comunicar libremente, tan sólo limitado en lo estrictamente necesario para los intereses de la salud o de la seguridad de ellos mismos o de los demás.

^{vi} Hillert y col (Hillert et al., 1999), en uno de los trabajos más completos, realizaron un estudio en la población alemana y un análisis de la prensa popular para evaluar el conocimiento y las reacciones emocionales acerca de los enfermos mentales y las drogas psicotrópicas en el público en general. Los autores comentan que hay un conocimiento insuficiente que depende de varios factores: estigmatización; información inadecuada dada por los medios de comunicación populares, especialmente las revistas del corazón; ausencia de contacto con enfermos mentales; falta de educación al respecto en las escuelas, etc. Esta desinformación tiene consecuencias graves dado que un rechazo de los enfermos mentales por parte de la población es un impedimento clave para la rehabilitación de estas personas.

^{vii} La población reaccionó negativamente a la presencia en los pacientes que llegaban a la Comunidad con síntomas de la llamada «neurosis institucional» (estereotipos motores, deterioro en las costumbres sociales, violencia imprevisible) producida por la medicación, las restricciones de movimientos, y el vacío de la vida previa en el hospital. La humanización de las salas psiquiátricas y la democratización de la Asistencia propiciadas por la adopción de técnicas de «comunidad terapéutica» mejoraron estas actitudes. Sin embargo, en los años subsiguientes esa neurosis institucional fue reemplazada por la llamada «neurosis existencial» (Maddi) que consiste en una patología ligeramente diferente, de aspecto depresivo.

^{viii} Como hemos comentado antes, la estigmatización que en un primer momento se centró en un concepto –la locura– y en su campo casi exclusivo –el hospital psiquiátrico–, se extendió a las actitudes y las conductas del público hacia los enfermos mentales en la Comunidad, condicionando la aparición de estereotipos negativos respecto a diferentes conductas sintomáticas de algunos trastornos.