Luces y sombras de la salud mental.

Lights and shadows of mental health.

Fernando Colina

Psiquiatra, Jefe de servicio de Psiquiatría del Hospital Río Hortega, Valladolid.

Resumen: Se realiza una valoración de la Reforma Psiquiátrica tras los 30 años transcurridos desde su elaboración con dos críticas de fondo:

1. La incompleta libertad de los enfermos en sentido subjetivo.
2. La medicalización creciente, en oposición a otros modos de tratamiento, debida al modelo biomédico imperante, biológico y cognitivo-conductual.

Se propone como continuidad de la reforma invertir el hospitalocentrismo e introducir un cambio sistémico recuperando la psicopatología, que permita el tratamiento del enfermo en la comunidad.

Palabras clave: Reforma psiquiátrica, estigmatización, psiquiatría comunitaria, psicopatología, subjetividad.

Abstract: Is an evaluation of the Psychiatric Reform after the 30 years of its development with two critical background:

1. The uncomplete freedom of the patient, in the subjective sense.
2. The increasing medicalization, as opposed to other forms of treatment, due to the prevailing biomedical model, biological and cognitive-behavioral.

It is proposed as a continuation of the reform, to reverse the hospital centrism and introduce a systemic change, recovering psychopathology, that enables the patient treatment in the community.

Key words: Psychiatric reform, stigmatization, community psychiatry, psychopathology, subjectivity.

La Reforma Psiquiátrica ha traído muchas luces a la psiquiatría nacional. Bastaría mencionar el cierre de los manicomios para justificar sobradamente su desarrollo.

Entre el *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*, de 1985, y la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, de 2006, se ha recorrido un camino a favor de la atención y la libertad de los pacientes que no debería conocer marcha atrás.

La Ley General de Sanidad, de 1986, instauró en su artículo 20 la atención de los pacientes psiquiátricos en el Hospital General como una especialidad más. A la vez, se declaró a favor de una concepción bio-psico-social y comunitaria de la atención. Estos dos propósitos alumbran nuestro

presente pero, paradójicamente, también oscurecen el futuro y le llenan de sombras. Como toda idea progresista, su aplicación tiene un momento histórico pertinente. Si se prolonga demasiado, sin concebir una renovación constante de los proyectos de transformación, se agudizan las consecuencias negativas y el sistema vuelve a ennegrecerse y esclerosarse.

En este sentido, caben dos críticas de fondo al modelo actual. Una, apunta a la libertad, siempre incompleta, que debe actualizarse en relación a las nuevas formas de opresión y control de los enfermos. La otra, hace referencia a la medicalización creciente, a la imposición general del modelo biomédico, que interpreta los síntomas, los diagnósticos y el sufrimiento de los enfermos desde un punto de vista biológico y conductual.

Pasados 30 años del *Informe* inicial, hay un estancamiento evidente. Los dispositivos creados se institucionalizan y burocratizan y son difíciles de reformar, liquidar o dirigir en otra dirección. La rigidez de los servicios es notoria. Los sindicatos defienden posturas regresivas y bloquean frecuentemente los cambios. La elección de los equipos resulta imposible en la práctica por la imposición de normativas y derechos que paralizan el sistema y favorecen la institucionalización de las plantillas. La rigidez de los estamentos contribuye al corporativismo y dificultan el trabajo en equipo. Las reglas de movilidad y los concursos de traslado ponen fin con frecuencia a experiencias avanzadas e interesantes.

La formación biológica, por otra parte, hoy dominante y casi universal, impide una interpretación de los malestares que no sea bioquímica o cognitiva. El sentido subjetivo de los síntomas, su valor como defensa, su carácter biográfico y narrativo, no son considerados, lo que tiende a cosificar a los pacientes y a impedir o frenar sus propias estrategias autocurativas.

Los términos autonomía, responsabilización y empoderamiento, con que rellenamos alegremente nuestros discursos, se van convirtiendo en clichés y retórica vacía. Se acompañan de un incremento de las tutelas, de recursos residenciales excesivos y de medicalización desproporcionada, lo que si bien yugula las crisis con más facilidad y prontitud contribuye sin embargo al atontamiento y cronificación de los pacientes. Por un lado, se intenta dar mayor protagonismo a los enfermos, y por otro, y de forma contradictoria, se les inhabilita o se les reduce a una normalidad impuesta, de carácter poco activo y menos creativo.

La investigación de Foucault en su célebre *Historia de la locura*, reveló que la liberación de las cadenas efectuada por Pinel había aprisionado a los locos en una atadura moral, en un tratamiento donde se les sujetaba de nuevo mediante la sumisión, la humillación y el convencimiento de los enajenados. El ejercicio de poder de la psiquiatría se había dulcificado pero persistía con toda su intensidad recurriendo a otros procedimientos.

Hoy, en cambio, la sujeción de los enfermos se hace bajo los efectos del discurso pseudocientífico y la psiquiatría basada en el diagnóstico y la evidencia. Se pasa por alto el valor personal del sufrimiento, se desatienden las necesidades vitales de los pacientes y se les encasilla en un código impreciso e ideológico que estigmatiza al loco, mientras se proclama a los cuatro vientos una cruzada contra la estigmatización de los psicóticos. Se ignora que la mayor contribución a ese estigma no reside en las actitudes sociales ni el comportamiento de los medios de comunicación, sino en la propia estructura discursiva que propugna la psiquiatría dominante.

En estas circunstancias se abren dos campos donde hay que poner a prueba la continuidad inacabable de la Reforma, a sabiendas de que todo movimiento de liberalización pone en marcha uno nuevo de opresión que no se puede descuidar y que obliga a una actitud crítica y autocrítica constante.

1. En primer lugar, hay que tratar de invertir el hospitalocentrismo que ha causado la aplicación del artículo 20 de la Ley General de Sanidad. Los servicios se han centrado de nuevo en los Hospitales, en este caso no en los hospitales psiquiátricos sino en los generales. Allí se ubica el Jefe de Servicio y se impregna la asistencia del modelo biomédico que se comparte con el resto de las especialidades.

De este modo, la llamada psiquiatría comunitaria se convierte en una simple denominación que tie-

ne más que ver con el carácter de la red asistencial establecida, que se extiende de manera capilar en el mapa territorial de los dispositivos, pero que no conserva sus funciones definitorias. Es decir, no hay una atención en la comunidad basada en el acompañamiento terapéutico y en el desplazamiento de los profesionales al medio de los enfermos. Esa tarea, esencialmente clínica y sanitaria, se ha cedido a los servicios sociales, a los que se encomienda el cuidado en la comunidad de los pacientes, que la psiquiatría abandona.

Los servicios sociales están demostrando ser más solventes que los sanitarios a la hora de mejorar el trato y el acompañamiento de los enfermos, por encima de los hábitos del tratamiento o las consideraciones reductoras de la enfermedad. Se acercan a los locos más en referencia a sus necesidades que a sus síntomas, por lo que atienden mejor a las angustias, defensas y recursos psicológicos de los pacientes que lo que permiten los modelos biológicos o cognitivo-conductuales.

El objetivo estratégico, por lo tanto, no puede ser otro que salir de los Hospitales Generales y reducir las Unidades de Hospitalización a una dimensión mínima. Y, allí donde sea posible, cerrarlas y sustituirlas por otras alternativas. La hospitalización a domicilio o en los propios centros de salud mental son alternativas contrastadas que necesitan, eso sí, de otra formación clínica y otra definición de la profesionalidad.

Del mismo modo, las Unidades de Rehabilitación deben corregirse y focalizar al máximo su atención en una red de pisos sanitarios que permitan la atención verdaderamente comunitaria. En otro caso, se vuelve, se quiera o no, a otra modalidad de institucionalización, más blanda que la precedente pero también alienante e insuficientemente emancipadora de los pacientes.

2. En segundo lugar, hay que introducir un cambio epistemológico.

Hoy, la psiquiatría y la psicología lo que pretenden es dirigir el tratamiento hacia donde las guías clínicas, los manuales diagnósticos o las empresas farmacéuticas aseguran que debe dirigirse. El estudio de la psicopatología se ha abandonado y la interpretación que se hace de los enfermos es superficial y carente de subjetividad. Los conocimientos fenomenológicos de las grandes figuras de la psiquiatría se han olvidado, y las aportaciones del psicoanálisis se rechazan tras una barrera de prejuicios y de confusión entre la interpretación psicodinámica de los síntomas y la técnica psicoanalítica.

La verdadera atención en salud mental, la más avanzada para el momento histórico actual, será la que, en posesión de otro utillaje conceptual de la psicopatología, trate a los enfermos en la comunidad, ayudándoles en sus necesidades, mitigando su sufrimiento, y comprendiendo su situación, pero, a la vez, responsabilizándoles, en proporción a sus recursos, de su síntomas y de sus esfuerzos autocurativos.

De esta suerte, bajo las premisas de un subjetivismo crítico, se aúnan el estudio psicopatológico y el compromiso con la comunidad. Unidos, se evitará al máximo las inevitables opresiones de poder que el ejercicio de la clínica ejerce en la situación y el destino de los enfermos. En su doble ejercicio se lucha contra el silencio de los enfermos y se potencian todos los movimientos de liberación de la psiquiatría que tantos colectivos propugnan.

Sólo de este modo se puede poner coto a las prácticas de psicoeducación que se confunden con el adoctrinamiento de los pacientes con un modelo de enfermedad y con la aceptación de una identidad meramente nosológica. Del mismo modo que se pueden corregir los excesos de los tratamientos precoces y falsamente preventivos, o se desarman los argumentos falsos acerca de la adherencia al tratamiento que la convierten en un a esclavitud al tratamiento.

De no ser así, no sólo se corre el riesgo de degradar la vida de los psicóticos por ausencia de una prevención cuaternaria, que minimice los perjuicios causado por nuestra intervención, sino que también se conduce la profesión al ridículo de limitarse a diagnosticar, prescribir y derivar al enfermo a otro dispositivo donde le atiendan y dialoguen con él. No deberíamos de favorecer esto.

• Recibido: 02/07/2015.
• Aceptado: 15/11/2015.