

Josep Pifarré Paredero

Psiquiatra. GSS-Hospital Universitari Santa Maria, Lleida. SJD Terres de Lleida. Profesor agregado Universitat de Lleida.

josep.pifarre@medicina.udl.cat

Montse Esquerda Aresté

Directora Institut Borja de Bioètica-URL. SJD Terres de Lleida.

mesquerda@ibb.url.edu

Resumen

El ámbito de la psiquiatría y la salud mental ha cambiado de forma muy significativa con la aparición del paradigma biomédico y después un modelo biopsicosocial. Pero vivimos un nuevo cambio de paradigma, con la aparición de un modelo centrado en las personas con problemas de salud mental que debería implicar la aparición de un saber compartido, con nuevas herramientas como las decisiones compartidas o las voluntades anticipadas en salud mental.

Palabras clave

decisiones compartidas, voluntades anticipadas, salud mental, estigma, cambio de paradigma.

Abstract

There have been significant changes in psychiatry and mental health with the advent of the biomedical paradigm and later, the biopsychosocial model. However, we are going through another paradigm shift in people with mental health issues with the patient-centered model gaining ground; this change implies that shared knowledge and information is to play a greater role. New tools are envisaged in mental health such as shared and advance decision-making.

Keywords

shared decision-making, advance decision-making, mental health, stigma, paradigm shift

De la ética del paradigma en salud mental. ¿Quo vadis, salud mental?

Introducción

La salud mental y la psiquiatría han sido, y siguen siendo, uno de los ámbitos de la medicina más cuestionados en las últimas décadas, desde los movimientos de antipsiquiatría de la segunda parte del siglo XX hasta los «movimientos en primera persona» en la actualidad. Diagnóstico, etiqueta, coerción, contenciones mecánicas,

lizado de forma diferente según los valores que se tienen en cuenta.

¿Es una cuestión de paradigma?

Tal como define el Prof. Gracia,¹ «La salud es más un valor que un hecho y, por tanto, no se puede definir de forma absolutamente objetiva e intemporal, sino en el interior del sistema de valores de cada grupo social y en cada momento histórico».

La psiquiatría, entendida como una rama de la medicina, debería ser estudiada como un sistema de evidencias y no de creencias, a menudo la realidad es otra

Debemos tener en cuenta que hay una clara dependencia del conocimiento y de las teorías científicas del contexto social en que se generan, así como de los paradigmas predominantes. El concepto de paradigma de la ciencia, según Khun, es imprescindible para entenderlo, ya que hace referencia al conjunto de saberes y prácticas que definen una disciplina científica durante un período de tiempo determinado y específico.

tratamiento involuntario, paternalismo, control social, estigma... son algunas de las palabras que aparecen en escena asociadas a la palabra psiquiatría y traducen la diversidad de visiones, opiniones y valores que respaldan esta disciplina. Aunque la psiquiatría, entendida como una rama de la medicina, debería ser estudiada como un sistema de evidencias y no de creencias, a menudo la realidad es otra. La visión dependerá, a menudo, del paradigma en el que nos situamos, donde un mismo hecho puede ser ana-

En 1962, Kuhn² publicó un libro: *La estructura de las revoluciones científicas*, en el que presentó una nueva forma de ver la ciencia y las comunidades científicas. Según este autor, hay dos formas de hacer ciencia, que se suceden históricamente. El primero es el período de ciencia normal. En este período, la comunidad científica comparte una serie de suposiciones que le permite hacer ciencia. Estos elementos compartidos son implícitos y explícitos y construyen el marco

donde se desarrollan las preguntas a contestar, que de forma paulatina van perfeccionando el conocimiento. En este período es básico no cuestionar la matriz disciplinar común y estos elementos compartidos.

Por otro lado, suelen aparecer anomalías, datos que no encajan, o que para hacerlas encajar requieren explicaciones muy complejas que violarían el principio de parsimonia. Por ejemplo, el movimiento «errático» de las planetas era difícil de explicar en un paradigma geocéntrico, pero mediante complicados epiciclos, eferentes, ex-céntricos y ecuantes se podía solucionar, tal como hizo Ptolomeo, solución que se mantuvo durante siglos.

Hasta que llega un momento en el que las anomalías ya no se pueden explicar con el paradigma presente, o aparece otra teoría que lo explica mejor y de forma más sencilla, como hizo la revolución copernicana, en relación con el movimiento de los astros. Aparece un nuevo paradigma, el heliocentrismo, que con el tiempo también tendrá anomalías y podrá desarrollar una nueva revolución. Otro ejemplo es la física, con los paradigmas de Newton, Einstein, la mecánica cuántica y lo que vendrá algún día.

El paradigma biomédico

En el ámbito de la psiquiatría también es útil el concepto de paradigma. Durante la segunda mitad del siglo XX se constituyó un nuevo paradigma que daba respuesta a los grandes avances que estaban apareciendo en esta especialidad. Por un lado, la revolución farmacológica, con la aparición de tratamientos útiles para la mayoría de grandes trastornos: litio para la psicosis maníaco-depresiva, neurolépticos para las psicosis, antidepresivos tricíclicos y los IMAOs para las depresiones, y las benzodiacepinas para la

ansiedad. Por otro lado, la aparición de clasificaciones internacionales consensuadas y unificadas, y la creación de toda una serie de instrumentos de medida tanto cualitativos como cuantitativos.

Apareció un nuevo paradigma biológico y biomédico, que tenía los siguientes elementos: la enfermedad mental tiene una etiología concreta y un tratamiento determinado

Apareció un nuevo paradigma biológico y biomédico, que tenía los siguientes elementos: la enfermedad mental tiene una etiología concreta y un tratamiento determinado. Esta etiología sería orgánica y demostrable; produciría toda una serie de síntomas y signos, que constituyen el cuadro clínico. Los síntomas son manifestaciones del daño biológico o de la reacción adaptativa compensatoria. Los síntomas se agrupan en síndromes bien definidos que permiten llegar a un diagnóstico; a partir de este diagnóstico se podrá establecer un pronóstico. El tratamiento básico será biológico. Finalmente, hay que reconocer que hay una discontinuidad entre normalidad y patología.

Este paradigma, similar a la mayoría del resto de la medicina, revolucionó el mundo de la psiquiatría, acercándola al resto de las especialidades médicas, y ha generado muchos avances en su conocimiento y en su terapéutica. No obstante, desde su inicio empezaron a aparecer algunas anomalías, sobre todo en su concepto más amplio

de salud mental. Pasamos a comentar brevemente algunas de ellas.

Anomalías del paradigma biomédico

En el ámbito de la salud mental, una de las fuentes de error significativo es la confusión entre los niveles sintomático, sindrómico y de trastorno.

De una forma concisa y sencilla, sin pretensión académica, se podría definir el síntoma como una manifestación subjetiva que una persona reconoce como anómala o causada por un estado patológico o enfermedad. Si la manifestación es objetiva, será un signo. Síndrome sería un conjunto de síntomas y signos que se asocian. La enfermedad es la manifestación que se encuentra detrás de todos ellos. Normalmente estos niveles están bien diferenciados en la enfermedad orgánica: se puede tener cefalea como síntoma, un síndrome de hipertensión endocraneal como síndrome y un tumor cerebral como enfermedad.

En cambio, en psiquiatría se utiliza, a menudo, un mismo término para definir niveles diferentes. Por ejemplo, las palabras depresión, ansiedad y angustia se utilizan en el lenguaje común en estas tres acepciones, como síntoma, como síndrome y como trastorno-enfermedad. No es lo mismo estar deprimido porque se ha suspendido un examen, que tener un síndrome depresivo, o estar en fase depresiva de un trastorno bipolar.

Esta confusión se traslada incluso al ámbito de la ciencia, al no distinguir los distintos subtipos de depresión como trastorno y quedarse en un nivel sindrómico. Por ejemplo, si se mide la eficacia de un tratamiento en el síndrome depresivo, los resultados podrían variar según la cohorte incluida. No es lo mismo tener un síndrome depresivo en el contexto de problemas,

en un duelo o en una depresión con melancolía, que en una fase depresiva de un trastorno bipolar.

No separar estos subgrupos sería equivalente a hacer estudios en personas con síndrome tóxico, sin separar los que lo tienen por una neoplasia, por una enfermedad infecciosa o por una enfermedad autoinmune, por ejemplo.

Psiquiatría y salud mental. ¿Son lo mismo?

Otra causa de confusión es la no diferenciación entre los conceptos de psiquiatría y de salud mental. La psiquiatría es la rama de la medicina que estudia y trata los trastornos mentales y del comportamiento. La psiquiatría, como el resto de la medicina, sigue el modelo científico, según el paradigma biológico antes descrito. No hay que pensar mucho para ver que este modelo deja fuera una gran parte de la problemática que vemos en las consultas.

En cambio, la salud mental va mucho más allá de esta definición, incluyendo muchos aspectos que no son patológicos y que no pertenecerían, en puridad, al ámbito de la medicina. Estar sin trabajo y con problemas económicos seguramente generará un problema de salud mental, pero no ha de ser necesariamente un problema psiquiátrico, entendido como una anomalía cerebral orgánica y demostrable dentro del paradigma médico.

La salud mental es el resultado de



una compleja interacción de diferentes factores que impactan en diversos momentos de la vida de las personas. Genética, desarrollo, crianza, estresores vitales o entorno social se incluyen en diferentes grados de intensidad en una persona.

Los dos extremos probablemente son malos, y en la línea de Aristóteles, deberemos buscar el término medio. Está claro que un modelo puramente biológico de la psiquiatría es clave en el avance de la psiquiatría como ciencia y para incluirla en un modelo de medicina basada en la evidencia. Sin embargo, no todo es biológico y es necesario ver la implicación de otros factores en la génesis y mantenimien-

to de una gran parte de los síntomas y signos.

Por otro lado, un modelo puramente social tampoco sería adecuado. Aunque el ambiente es fundamental en el desarrollo o la gravedad de la enfermedad mental, afirmar que la enfermedad mental no existe, que es una invención de la sociedad y que todo síntoma solo es el reflejo de un sufrimiento externo, es una exageración. Para complicarlo más, no tenemos ninguna herramienta ni ninguna prueba complementaria para discriminar, en un paciente concreto que tiene un síndrome (por ejemplo, un síndrome depresivo), cuál es la parte biológica y cuál es la parte ambiental. Sin embargo, ¿es tan importante esta distinción?

La salud mental es el resultado de una compleja interacción de diferentes factores que impactan en diversos momentos de la vida de las personas. Genética, desarrollo, crianza, estresores vitales o entorno social se incluyen en diferentes grados de intensidad en una persona

Podemos visualizarlo más claramente a partir de la clásica distinción de que no tratamos enfermedades, sino enfermos. Como decía Ortega,³ «Yo soy yo y mis circunstancias, y si no las salvo a ellas, no me salvo yo». No podemos entender ni tratar bien la enfermedad de una persona concreta si

no atendemos a su contexto y si no sabemos interpretar la manifestación de sus síntomas, su patoplastia. Así, un paciente describirá la ansiedad como dolor de cabeza, otro como angustia, otro como un malestar general y otro como un cambio de carácter. Y aunque hagamos un buen diagnóstico, si nos quedamos en un nivel puramente sintomático —indicamos ansiolíticos o antidepressivos— sin reparar en las circunstancias, quizás no ofreceremos el mejor abordaje a este paciente.

Por otro lado, estos matices que encontramos en salud mental no son muy distintos del resto de la medicina. Si tenemos un paciente adolescente con diabetes tipo I, tendremos que ajustar correctamente la pauta de insulina para dar el mejor tratamiento al paciente, en un modelo biomédico. Pero ¿será suficiente? ¿Y si el paciente hace negación de la enfermedad y no hace bien la dieta? ¿Y si quiere hacer deporte de alto riesgo? ¿Y si tiene problemas económicos? ¿Y si...? Si no atendemos a estas circunstancias, el manejo del paciente no será óptimo. No basta con ser buenos científicos y técnicos, hace falta algo más. La medicina no es solo un conjunto de conocimientos y habilidades, sino también actitudes y valores profesionales.

Laín Entralgo, explicado por Diego Gracia,⁴ lo conceptualiza de forma clara: «El positivismo ha tenido en pocos campos un éxito tan rotundo y duradero como en medicina. De hecho, la medicina pasó de ser empírica a ser «experimento» con el positivismo: en este sentido somos hijos del positivismo. La medicina anterior, la medicina empírica basaba su saber en la mera experiencia, no en el experimento, es decir, no en el método científico. La experiencia es natural, pero el experimento, al contrario, es programado. La experiencia es retrospectiva y el experimento prospectivo.



La medicina no es solo un conjunto de conocimientos y habilidades, sino también actitudes y valores profesionales

La experiencia se basa en la mera acumulación de experiencias similares, el experimento no: es programado, diseñado y exige un proceso más complejo de comprensión. Pues bien, el positivismo tuvo muy claro que la ciencia positiva debía ser experimental, no solo empírica. Esto hizo avanzar espectacularmente la biología y la medicina del s. XX.

La clínica clásica se construye sobre síntomas y signos. El síntoma se define como sensación subjetiva y el signo como dato objetivo. El método experimental tiene claro que el diagnóstico debe hacerse a la vista de los signos objetivos y solo ellos. Los síntomas no son fiables porque no son obje-

tivos. Por este motivo, en la medicina positivista se produjeron dos fenómenos de la máxima importancia: uno, la devaluación del síntoma, y dos, el retroceso de la palabra. La medicina positivista se hace muda».

Segundo paradigma. Hacia modelos integradores: modelo biopsicosocial de Engel

Engel,⁵ en 1977, en un artículo publicado en la revista *Science*, presenta las bases del que será un nuevo paradigma, el modelo biopsicosocial. Según este modelo, hay que entender la enfermedad no solo desde la perspectiva biológica, sino también teniendo en cuenta la perspectiva psicosocial, la circunstancia que apuntaba Ortega, y para evitar la devaluación del síntoma y el retroceso de la palabra según Laín Entralgo.

Sumando ambas perspectivas y afrontándolas, conseguiremos un buen manejo y un tratamiento integral. Como decía Engel, lo que cada paciente necesita más es conocer y entender lo que le está pasando y también sentirse reconocido y entendido.

En este nuevo paradigma es más fácil interpretar los problemas de salud mental y diferenciar el diagnóstico y tratamiento de la clínica depresiva propia de una frustración, de un duelo o de una depresión con melancolía, por ejemplo. En este nuevo paradigma, el tratamiento no es solo farmacológico, sino que incluye una serie de abordajes más allá de lo puramente «biológico».

Hay que tener en cuenta que los conocimientos biomédicos formarían parte también del bagaje del modelo biopsicosocial, ya que en ningún momento se niegan los conocimientos fruto de la investigación científica y farmacológica, sino que se integran y

complementan con otros tipos de conocimiento.

El desarrollo durante los últimos años del siglo XX y principios del siglo XXI revolucionó, de nuevo, el ámbito de la psiquiatría, pasando del concepto de psiquiatría al de salud mental. La corriente de la antipsiquiatría ayudó, en parte, a este cambio de paradigma, con su crítica, aunque no siempre bien enfocada, del modelo biomédico. Una gran parte de las críticas se

social, educación social, terapia ocupacional, integradores sociales, más allá de las clásicas profesiones: psiquiatría, psicología clínica y enfermería en salud mental.

Una de las cuestiones fundamentales sería plantearse si se ha producido realmente un cambio de paradigma y se mantiene, en el momento actual, una contraposición entre el modelo biopsicosocial de Engel y el modelo biomédico. Como cuestiones deriva-

para aumentar el conocimiento de los procesos mentales y la patología. Los nuevos descubrimientos en genética y en neurociencia son emocionantes, pero aún están lejos de ofrecer ayuda real a hospitales, clínicas y consultorios. Es fundamental repensar cómo se genera el conocimiento psiquiátrico y cómo se capacita. Es necesario dar soporte no solo a la investigación biológica de alta calidad, sino también redirigir la investigación a estudios psicosociales, culturales, de salud



La idea de que la enfermedad mental provoca una disminución, cuando no una anulación, de la competencia de la persona con problemas de salud mental, es una presuposición implícita del paradigma actual

hicieron desde el sentimiento e, incluso, desde algunos oscuros intereses, más que desde la razón. Muchas de ellas no tenían fundamentación real, pero es muy cierto que otras supieron poner «el dedo en la llaga» y criticar aspectos centrales del paradigma biomédico.

El cambio de paradigma también se visualiza en el lenguaje. Reparemos en que ahora las consultas de psiquiatría se llaman centros de salud mental, y que la mayoría de los servicios de psiquiatría se llaman servicios de salud mental, o como máximo, de psiquiatría y salud mental. También debemos observar a los profesionales que trabajan en estos servicios, donde cada vez hay más profesionales de trabajo

das para responder, deberíamos conocer qué tipo de formación se da a los médicos que se forman en psiquiatría, qué núcleo de competencias se les pide; y más allá, cuántos recursos van destinados a qué tipo de abordaje. En esta línea, un reciente artículo en *The New England Journal of Medicine*⁸ comentaba: «La era de alto rendimiento de la medicina ha promovido un enfoque único para el diagnóstico y el tratamiento, el tiempo con los pacientes ha disminuido en todas las especialidades. Para la psiquiatría, que aún se enfrenta a una incertidumbre diagnóstica y terapéutica sustanciales, estas tendencias se han ido deformando especialmente... La ciencia básica es esencial, por descontado, tanto para desarrollar nuevas terapéuticas, como

pública y comunitarios, que dan soporte directamente al trabajo de los psiquiatras asistenciales y responden a las necesidades de los pacientes, las familias y las comunidades».

Analizando el modelo actual, podemos decir que hay distintos paradigmas en tensión no resueltos.

¿El paradigma biopsicosocial es el definitivo? Aparición de nuevas anomalías

Como ya comentaba Kuhn, los paradigmas no son estáticos, sino que evolucionan y pueden aparecer nuevas anomalías que pueden ser controladas dentro del paradigma mediante cinturones protectores, o pueden superarlo

con la aparición de un nuevo paradigma.

En la actualidad ya empiezan a existir anomalías en el paradigma biospsicosocial y hay corrientes de pensamiento y de personas que «pueden incomodar».

La primera anomalía implica quien ha de ser el centro del sistema. El paradigma biospsicosocial es integrador en relación a los aspectos etiológicos y terapéuticos, pero sigue manteniendo que el conocimiento y el abordaje se realiza por los profesionales. Los profesionales son los que tienen los conocimientos, y el paciente sigue siendo el sujeto paciente, pasivo, es decir, quien recibe la acción. Los modelos más centrados en la autonomía, que lentamente han ido entrando en el resto de la medicina, parece que cuesta mucho más incluirlos en el ámbito de la salud mental. La idea de que la enfermedad mental provoca una disminución, cuando no una anulación,

La mayoría de las personas con problemas de salud mental son claramente competentes para tomar decisiones sanitarias. Incluso en los casos más graves, a menudo la competencia solo está disminuida en las fases de descompensación, y no en todas

de la competencia de la persona con problemas de salud mental, es una presuposición implícita del paradigma actual. Otra presuposición es la poca o nula conciencia de enfermedad de gran parte de los pacientes. En consecuencia, bajo la matriz disciplinar de que la enfermedad mental es distinta

del resto de enfermedades en estos dos aspectos —menor competencia y conciencia de enfermedad—, los profesionales de la salud mental se ven «obligados» a mantener una cierta actitud paternalista ilustrada: «todo para el paciente, pero sin el paciente, ya que no queda claro que pueda ser competente o que tenga conciencia de trastorno».

La realidad, en cambio, es otra. La mayoría de las personas con problemas de salud mental son claramente competentes para tomar decisiones sanitarias. Incluso en los casos más graves, a menudo la competencia solo está disminuida en las fases de descompensación, y no en todas. Con la conciencia de enfermedad pasa lo mismo. La inmensa mayoría de pacientes tienen una clara conciencia de enfermedad, incluso durante las fases de descompensación, sobre todo si han sido bien informados y han tomado parte activa durante el proceso previo a esta descompensación.



El reconocimiento de un mayor grado de autonomía no ha de implicar que los profesionales se inhiban en la toma de decisiones. Si bien la autonomía, en la mayoría de los casos, no hace que la persona deje de ser autónoma, sí que introduce otro factor, que es la vulnerabilidad.⁶ La persona con enfermedad es libre, pero necesita ayuda. Y los profesionales tenemos la obligación de facilitar esta ayuda, pero eso sí, respetando la voluntad de la persona atendida. Por este motivo, deberá estar bien informada, libre de coacciones y acompañada en su proceso terapéutico.

Si no se afronta el estigma, el manejo biopsicosocial también resulta incompleto, de forma análoga a cuando un manejo puramente biológico, propio del modelo biomédico, quedaba incompleto y mejoró con el manejo biopsicosocial

Es necesario el reconocimiento de la autonomía sin olvidar la vulnerabilidad. Estas anomalías en los viejos paradigmas afloran lo que puede llegar a ser un nuevo modelo más deliberativo. Los movimientos en primera persona así lo piden. Algunas propuestas son muy interesantes:⁷ decisiones compartidas, voluntades anticipadas en salud mental. En otra línea también ha aparecido toda una corriente en contra de las medidas restrictivas, como los programas de contención cero.

El primer punto era el cambio de centro y el paso de un modelo basado en la beneficencia a otro basado en

la autonomía, como en el resto de la medicina. El otro gran punto para tener en cuenta en el momento actual es el de la lucha contra el estigma. La enfermedad mental se ha asociado tradicionalmente a peligrosidad, a impulsividad, a impredecibilidad, a discapacidad y a muchos otros significantes negativos. Todo ello provoca que, a menudo, las personas con problemas de salud mental hayan sufrido discriminaciones, que de ninguna forma ayudan a su recuperación. A la carga de la enfermedad, se añade una segunda carga, la del estigma, en muchos casos, más pesada que la primera.

Si no se afronta el estigma, el manejo biopsicosocial también resulta incompleto, de forma análoga a cuando un manejo puramente biológico, propio del modelo biomédico, quedaba incompleto y mejoró con el manejo biopsicosocial. En el momento actual están apareciendo movimientos significativos de lucha contra el estigma, que integran a las personas atendidas, familiares, profesionales, instituciones y la mismísima administración. En relación con la lucha contra el estigma, ya hemos pasado de una fase contemplativa a una fase de acción, con iniciativas muy positivas como puede ser la iniciativa «oberta ment» (www.obertament.org).

En resumen, han aparecido dos anomalías significativas, y aún no tenemos resueltas las previas (la tensión entre modelo biomédico y biopsicosocial): la reivindicación de la autonomía y la lucha contra el estigma. Estas anomalías se están intentando integrar en el paradigma actual, pero no sin complicaciones. Vivimos una época de cambios. Quién sabe si estamos en puertas de una nueva revolución, donde haya un cambio de centro, de un modelo centrado en la persona enferma, pero dirigido y controlado por los profesio-

En resumen, han aparecido dos anomalías significativas, y aún no tenemos resueltas las previas (la tensión entre modelo biomédico y biopsicosocial): la reivindicación de la autonomía y la lucha contra el estigma

nales, a un modelo centrado y dirigido a la persona, donde los profesionales tengan un papel consultor, asesor y de acompañamiento, pero no de poder, donde las estructuras de saber y poder magistralmente descritas por Foucault,⁹ aún presentes, desaparezcan. El tiempo nos dará la respuesta.

Bibliografía:

1. Gracia D. Como arqueros al blanco. Madrid: Triacastela; 2004.
2. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. Mexico DF: Fondo de cultura económica; 1970.
3. Gasset JO y. Meditaciones del Quijote. Madrid: Cátedra; 1984.
4. Diego Gracia. Voluntad de comprensión: la aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo. Madrid: Triacastela; 2010.
5. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-36.
6. Ramos Montes J. Ética y salud mental. Barcelona: Herder; 2018.
7. Autores V. Activa't per la salut mental [Internet]. [consultado 3 Nov 2019]. Disponible en: <http://activatperlasalutmental.org/>
8. Gardner C, Kleinman A. Medicine and the mind. The consequences of Psychiatry's Identity Crisis. N Engl J Med. 2019;21(4):372.
9. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México DF: Fondo de cultura económica; 1964.