

El cambio de paradigma asistencial y el rol del psiquiatra.

The change of care paradigm and the role of the psychiatrist.

José Miguel Ribé.

Desde hace años que escucho la necesidad de un cambio de paradigma en la atención en Salud Mental (1). Considero que estamos en un buen momento para iniciarlo. Con la preocupante falta actual de psiquiatras en España, por los egresados que marchan afuera en búsqueda de mejores condiciones laborales y por quienes no serán cubiertos en un aluvión de jubilaciones (2) en los próximos 5 años (siendo optimistas), estamos en un momento de crisis que requiere de respuestas creativas. Por el momento, la sensación es la de malabarismos institucionales y contrataciones de otros perfiles profesionales sin saber siquiera para qué se les requiere. Así andamos desde la pandemia, como pollos sin cabeza. Debemos pensar bien que pasos dar ahora.

A mi entender, el psiquiatra de forma histórica ha ostentado un poder y autoridad que tanto ha sido atrapante para los usuarios como para sí mismos. Tal es así, que se les creía omnipotentes y responsables de sus acciones por encima del resto de sus compañeros (psicología, enfermería, trabajo social...). Estos últimos, a veces a remolque, coartados de tomar decisiones más eficaces o diferentes que el psiquiatra, se podían sentir sin autoridad o peor aún responsabilidad. Asimismo, la gran mayoría de usuarios han seguido y me temo que siguen a pies juntillas la opinión de los psiquiatras acerca de lo que les duele y su remedio.

En el nuevo paradigma asistencial pienso que debemos descentralizar la figura del psiquiatra en la atención en la Salud Mental. Romper

de una vez por todas con las categorizaciones y síntomas como único lenguaje plenamente instaurado en la sociedad y que sigue siendo todavía patrimonio de los psiquiatras. La falta de Salud Mental puede ser atendida por aquellas personas que hayan sido entrenadas en alojar y contener el malestar humano, dando una respuesta específica desde su propia disciplina. Contener al otro quizás sea la tarea más común de todos, sin distinción.

Aunque en el papel parece hasta evidente, a la hora de la verdad los propios equipos terapéuticos y sus instituciones siguen depositando mucho peso de la contención y la toma de decisiones en el psiquiatra. De repente, sólo existe el fármaco milagroso que contendrá, la llamada telefónica de valoración del psiquiatra o el ingreso urgente. Incluso, en muchos trastornos depresivos leves, que en lo latente podemos pensar que no le va a hacer nada al paciente una nueva pauta de medicación, más que calmar de forma placebo y por unos días el desosiego inespecífico de algunos usuarios, se insiste en si se le puede dar "algo". Al final es el "darle algo" que le "haga algo" instaurado en la sociedad y en los equipos sanitarios, que sólo surge efecto a través del psiquiatra. Pues, la trabajadora social sólo puede dar unos documentos, la enfermera tomar la tensión y el psicólogo escuchar de forma diferente. De pronto, el poder de la escucha y la contención no tiene importancia. El caso es que cuando el usuario llegue a casa pueda responder a la pregunta: ¿qué te han dado para la ansiedad?

El nuevo paradigma pasa por horizontalizar las relaciones en la asistencia, salir del hospitalocentrismo, fomentar la grupalidad y el trabajo en grupo en los equipos sanitarios y de forma conjunta con otros agentes externos no sanitarios (3) y pasa por abordar el rol del psiquiatra en los equipos de salud mental desde una formación holística.

Lamentablemente, una de las consecuencias perniciosas de este cambio puede que sea, y aquí me tiro piedras sobre mi propio tejado, que los roles y funciones de los psiquiatras se limiten a la psicofarmacología y a la burocracia, por cierto. Que los psiquiatras, cuya formación va más allá (o debiera) del uso de la medicación y la valoración psicopatológica, se transformen en meros consultores farmacológicos. Desde luego, se aproxima una crisis de identidad que supondrá cambios en las estructuras asistenciales.

La falta de psiquiatras y el desbordamiento de los servicios asistenciales con sus profesio-

nales, está conllevando en la actualidad una práctica psicofarmacológica inadecuada, en la que se medica sin visitar al paciente o en valoraciones de media hora con seguimientos muy espaciados. Sin duda, existirán psiquiatras con perfiles o mecanismos defensivos disociativos (4), que se sientan cómodos en estas prácticas y circunstancias. Sin embargo, para otros, la falta de tiempo para poder atender en condiciones, en visitas efímeras en las que sólo se escuchan ítems del DSM en la consulta (5), sin conexión emocional con el sujeto, nos produce una frustración y sufrimiento mental considerable. Tal es así que, o te disocias con el riesgo que ello conlleva (ansiedad secundaria por falta de realización personal, problemas con el equipo, los usuarios, psicوماتosis...), enfermas, o cambias de escenario profesional.

Si seguimos así, la psiquiatría, que no la atención en Salud Mental acabará deshumanizándose.

Contacto

José Miguel Ribé ✉ jribe@fvb.cat ☎ +34 936 243 458
CSMA Sant Andreu • Fundació Vidal i Barraquer
c/ Fernando Pessoa 47 – 51, 3^{ra} Planta • 08030 Barcelona

Bibliografía

1. Capellá A. Modelos y paradigmas en salud mental. *Rev Asoc Esp Neuro Psiquiatr*. 2001; 80(21):3-5.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Memoria del análisis de impacto normativo, 2021. Accesible en URL: <https://irp.cdn-ebsite.com/57cc745d/files/uploaded/Memoria%20ana%CC%81lisis%20de%20impacto.pdf> [consultada el 10 de enero de 2023].
3. Ribé J. *Técnica en psicoterapia analítica grupal*, Barcelona: Herder; 2021.
4. Menzies I. A case-study in the functioning of social systems as a defence against anxiety: a report on a study of the nursing service of a general hospital. *Hum Relat*, 1960; 13(2):95-121.
5. Baldessarini RJ. The impact of psychopharmacology on contemporary psychiatry. *Can J Psychiatry*. 2014; 59(8): 401-405.

- Recibido: 16/01/2023.
- Aceptado: 21/04/2023.