

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA

Vol. 14 número 1, 2017



Crítica de la Psiquiatría

Víctor Aparicio Basauri
(Compilador)

CUADERNOS DE **P**SIQUIATRIA **COMUNITARIA**

Vol. 14 número 1, 2017



Crítica de la **P**siquiatría

Víctor Aparicio Basauri
(Compilador)

Fundada en 2001.

Director: Víctor Aparicio Basauri

Consejo de redacción: Víctor Aparicio Basauri, Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, José Filgueira Lois, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González, Ana Esther Sánchez Gutiérrez, César Luis Sanz de la Garza.

© *Copyright 2001*: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental - Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)

e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web www.aen.es de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: *Senecio* (1922) de Paul Klee. Oleo sobre tela. Kunstmuseum. Basilea (Suiza).

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Número de ejemplares: 200

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión: Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo.

Periodicidad: Semestral

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria no se editó por la crisis económica en España los años 2011, 2013 y 2016. Los años 2014 y 2015 sólo se editó un número.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 14 - Núm. 1 - 2017

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presentación 7

La seducción de los psicofármacos

Víctor Aparicio Basauri 9

El fin de la psicopatología (o de cómo nombrar las cosas no es sino un ejercicio de poder)

José García-Valdecasas Campelo, Amaia Vispe Astola 21

El turno transdiagnóstico y el retorno de la psicopatología: el tema de nuestro tiempo en psiquiatría

Marino Pérez-Álvarez 35

Ayer y hoy, en la Psiquiatría, épocas de cambio posible

Iñaki Markez 53

INFORMES

MANIFIESTO DE CARTAGENA: “Por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción” 65

RESEÑAS

Adolescencia y Salud Mental. Una aproximación desde la relación clínica (Alberto Lasa) 69

Cohabitar la diferencia (Manuel Desviat)..... 71

IN MEMORIAM

Javier Montejo (1952-2017)..... 73

Nekane Pardo (1954-2017) 75

NOTICIAS BREVES..... 77

REUNIONES CIENTÍFICAS 81

NORMAS DE PUBLICACIÓN 91

Presentación

El contexto de la salud mental siempre ha sido controvertido por tratarse de un campo de actuación sanitario y social sobre las conductas humanas, donde con frecuencia se han traspasado los límites del respeto a los derechos humanos, tanto en las instituciones como en la comunidad. La psiquiatría nació y se desarrolló como disciplina médica en instituciones cuyo objetivo explícito era aislar a los diferentes. En esos escenarios creció el conocimiento psicopatológico y se diluyó la condición humana. Foucault analizó de forma original esta relación entre el discurso del poder y el control social del diferente. J. García-Valdecasas y A. Vispe en su artículo sobre *“El fin de la psicopatología”* retoman el discurso de Foucault para profundizar en la debilidad del discurso psicopatológico al abordar los problemas de salud mental, pero a la vez el poder de seducción que tiene sobre aquellos que trabajan en nuestro campo. Sin embargo, los cimientos de la atención psiquiátrica se tambalearon cuando desde dentro de las instituciones mentales se iniciaron prácticas alternativas que cuestionaban las tradicionales, pero fue el movimiento de desinstitucionalización iniciado en Italia bajo el liderazgo de F. Basaglia el que desencadenó una gran turbulencia en las tranquilas aguas de la psiquiatría oficial. Pronto está cerró filas y convirtió en un anatema el término antipsiquiatría. Cualquier crítica a la psiquiatría era enviada al cajón de sastre de la antipsiquiatría. I. Markez revisa los movimientos críticos en su artículo *“Ayer y hoy, en la Psiquiatría, épocas de cambio posible”* y muestra que tras la desinstitucionalización han surgido nuevas críticas ante nuevos problemas, como la invención de enfermedades mentales, el uso y abuso de los psicofármacos o las medidas de coerción y aislamiento.

El poder de la industria farmacéutica ha penetrado en este entramado de la salud mental donde los límites entre lo normal y lo patológico se diluyen y las clasificaciones diagnósticas se expanden por los confines de la vida cotidiana. Como se señala en el artículo sobre *“La seducción de los psicofármacos”*, Blech dice que estamos en una época de invención de enfermedades, donde *“los procesos y las dificultades que atravesamos en la vida, como el nacimiento, la sexualidad, la vejez, la decepción, el cansancio, la soledad o la fealdad, están cada vez más medicalizados”*. La seducción de los psicofármacos con sus “cantos de sirena” sobre la ciencia y la eficiencia va acorralando a las psicoterapias a espacios residuales. Vamos deconstruyendo al sujeto para quedarnos con el sustrato biológico como fuente distorsionada de la conducta humana. Al final siguiendo estos caminos tortuosos se llega al “oasis” de las intervenciones psicofarmacológicas sobre estados PRE-enfermedad. La industria farmacéutica ha virado el discurso psicopatológico hacia sus intereses con la mirada complaciente de muchos. M. Pérez en su artículo sobre *“El turno transdiagnóstico y el retorno de la psicopatología”* retoma la crisis de los sistemas diagnósticos planteando el turno del transdiagnóstico como una formulación más estructural e integral.

Las voces con un pensamiento crítico respecto a las prácticas en salud mental son cada vez más y sobre temas diversos. La coerción es el tema central del Manifiesto de Cartage-

na promovido por la AEN en 2016, la inflación diagnóstica por A. Frances, la medicalización psiquiátrica por R. Whitaker o J. Moncrieff, la intervención de la industria farmacéutica por P. Gotzche, la invención de las enfermedades por J. Blech,...etc. Sin embargo, la palabra de más peso es la de los ciudadanos, los que quieren ser sujetos activos en estos temas y los que no desean ser tratados como incapaces de tomar decisiones responsables y libres.

Víctor Aparicio Basauri

La seducción de los psicofármacos

Seduction of psychotropic drugs

Víctor Aparicio Basauri
Psiquiatra. Asturias (España)

RESUMEN

El artículo destaca el valor de la crítica en un campo tan comprometido como la salud mental, donde se abordan problemas de la conducta humana muy mediatizados por el contexto social y político, pero también por los intereses de la industria farmacéutica. El “uso de los psicofármacos” y en especial su uso en el tratamiento de la psicosis son un ejemplo de la influencia de los intereses de la industria farmacéutica. La influencia de la industria farmacéutica es clara en varios frentes, buscando influenciar en la prescripción médica y en la disminución del umbral diagnóstico en varios grupos de trastornos mentales. La psiquiatría oficial coopera interesadamente con la industria farmacéutica en este contexto.

Palabras clave: anti-psicóticos, costes, salud mental basada en la evidencia, industria farmacéutica.

RESUMEN

The article highlights the value of criticism in a field as controversial as mental health, where problems of human behavior are highly mediated by the social and political context, but also by the interests of the pharmaceutical industry. The “use of psychotropic drugs” and especially their use in the treatment of psychoses are an example of the influence of the interests of the pharmaceutical industry. The influence of the pharmaceutical industry is clear on several fronts, seeking to influence medical prescription and lowering the diagnostic threshold in various groups of mental disorders. Official psychiatry cooperates with the pharmaceutical industry in this context.

Key words: antipsychotics, costs, mental health evidence, pharmaceutical industry.

*“Hasta que los leones inventen sus propias historias, los cazadores serán siempre los héroes de los relatos de caza”
Proverbio africano (1)*

INTRODUCCIÓN

En febrero de 2016 una entrevista a R. Whitaker¹ en el periódico EL PAÍS (2) sobre su reciente libro “Anatomía de una epidemia” (3)² generó una polémica que reabría el viejo tema del papel que juega la psiquiatría en nuestra sociedad. Miguel Gutiérrez, presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, refuto las palabras de R. Whitaker (4). Tras esa primera polémica otros actores y entre ellos el Presidente

de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Miguel Munarriz (5), intervinieron en el debate, aunque estas nuevas intervenciones no las publicó El PAÍS en su edición impresa sino que las trasladó a la versión digital.

La tesis que expresaba Whitaker, en esa entrevista, es que en 1955 había 355.000 internos en los manicomios de EEUU y

¹ R. Whitaker es escritor científico y ha sido director de publicaciones en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard (EEUU).

² Este libro ganó el premio al mejor libro de 2011 de la Asociación de Reporteros y Editores de Investigación de EEUU.

en 2007 eran 4 millones de personas las que tenían una prestación federal de discapacidad por enfermedad mental en EEUU. En 2015 ya eran 5 millones de ciudadanos. Este aumento de ciudadanos en EEUU con discapacidad por enfermedad mental lo achaca al fenómeno de la medicalización de la atención psiquiátrica que se ha producido sobre todo por mantener una historia falsa sobre la teoría de que el origen de la esquizofrenia y la depresión están en un desequilibrio químico del cerebro. Añade que “*los medicamentos cronifican*”, aunque matiza que hay pacientes para los que la medicación es necesaria y eficaz. En su libro profundiza más en estos temas con una documentación muy sólida. Entre otras citas subraya la de Hyman³, ex-director del Instituto de Salud Mental de EEUU, que señalaba que los pacientes con esquizofrenia, depresión y otros trastornos mentales antes de iniciar el tratamiento no padecían “*ningún desequilibrio químico*” conocido. Sin embargo, en cuanto se aplica un tratamiento psiquiátrico que interfiere de un modo u otro en los mecanismos habituales de una vía neuronal, el cerebro empieza a funcionar según Hyman, “*anormalmente*”.

A los pocos días de la anterior entrevista se publicó la opinión de Miguel Gutiérrez⁴ (4), que en esa época era el Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría. Sustenta que el desarrollo de la psicofarmacología y la medicalización de la psiquiatría han supuesto un avance incontestable de la atención psiquiátrica. Su postura va más allá y ve como algo “*innegable*” la relación entre la desinstitutionalización y el desarrollo de los antipsicóticos.

También señala la relación entre la no accesibilidad a los psicofármacos en la población pobre y el aumento de las tasas de suicidio o el ingreso en prisión de esa población. Finaliza, lamentándose de los prejuicios anti-psiquiátricos y señalando que estas actitudes estigmatizan a la psiquiatría.

Tras esta opinión surgieron otras (5) que veían bien que este tipo de debates salieran a la luz, pues señalaban la necesidad de avanzar en una atención en salud mental más cercana a las necesidades de los ciudadanos para no quedar anclados en tratamientos exclusivamente centrados en los psicofármacos.

LA CONTROVERSIA

Sin embargo, en mi opinión la respuesta tan contundente de Miguel Gutiérrez sobre las ventajas de la medicalización de la psiquiatría no están basadas en la evidencia científica. El argumento que el señala como “*innegable*” sobre lo que esta medicalización ha supuesto para el desarrollo de la desinstitutionalización y por lo tanto para la mejora de la situación de los pacientes mentales, creo que no tiene mucho fundamento, aunque la psiquiatría “*corporativa*” lo repita con ahínco. La desinstitutionalización obedece a políticas de sustitución de un modelo institucional por otro comunitario y no a la medicalización de los hospitales psiquiátricos. Además, podemos ver cual ha sido el efecto de estas políticas en varios países europeos y comparar los datos con otros países del mismo nivel de desarrollo, pero sin este tipo de políticas desinstitutionalizadoras. En 2015, la tasa de camas psiquiátricas por 100.000 habitantes en dos

³ Ibid., 102

⁴ Catedrático de Psiquiatría en la Universidad del País Vasco.

países europeos con un gran nivel de desarrollo como Bélgica y Alemania era respectivamente de 173,8 y de 127,31 camas por 100.000 habitantes, mientras que en Italia, un país con una política de desinstitucionalización clara y refrendada en la Ley 180 de 1978, la tasa era de 9,34 y en otros dos países también caracterizados por políticas desinstitucionalizadoras como Reino

analizar la realidad como la que representa la psiquiatría “multi-profesional”⁵. De forma esquemática se presentan en la tabla 1 las diferencias más importantes entre ambas posiciones.

Tabla 1: Comparación entre la psiquiatría corporativa y la multi-profesional en España.

	Psiquiatría corporativa	Psiquiatría multiprofesional
Funcionamiento	Corporativo y excluyente de otras profesiones	Multi-profesional
Modelo	En lo latente el biológico	Biopsicosocial
Eje de la atención en salud mental	El Hospital	El Centro Comunitario de Salud Mental
Palabra clave (Organizativa)	Servicio de psiquiatría	Servicio de Salud Mental

Unido y España era respectivamente 41,52 y 35,89 camas por 100.000 habitantes (6). Tampoco hay evidencias de que entre la población pobre la no accesibilidad a los psicofármacos aumente las tasas de suicidio o el ingreso en prisión. La psiquiatría corporativa maneja con mucha frecuencia argumentos “vacíos” de evidencia científica y cualquier crítica a este tipo de discursos la tacha de “anti-psiquiátrica”.

LA ANTI-PSIQUIATRÍA COMO ANATEMA

La psiquiatría “corporativa” española habla como si solo existiera una manera uniforme y cerrada de ver el campo de la salud mental, pero hay otras maneras de

La psiquiatría corporativa ha encontrado en el término “anti-psiquiatría” un buen anatema para mostrar una barrera ante las críticas que la práctica psiquiátrica genera tanto entre los profesionales, como entre los ciudadanos. Bajo ese término se puede incluir todo aquello que moleste al “corpus” oficial de la psiquiatría. Tomo como ejemplo, a un reconocido representante de esta psiquiatría corporativa, Manuel Valdés⁶, que en un reciente libro (7) incluye bajo ese término a los conocidos psiquiatras R. Laing y D. Cooper al igual que a T. Szasz el psiquiatra crítico con el concepto de enfermedad mental, a R. Gentis, psiquiatra francés crítico de las instituciones o a F. Basaglia, psiquiatra italiano impulsor de la desinstitucionalización y de la Ley 180 de 1978 que clausuró los hospitales psiquiátricos

⁵ En España, la representación más clara de la psiquiatría multi-profesional es la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN-Profesionales de Salud Mental). Asociación fundada en 1924. La psiquiatría corporativa esta representada por la Sociedad Española de Psiquiatría.

⁶ Catedrático acreditado de psiquiatría en la Universidad de Barcelona.

en Italia. Además, incluye al filósofo M. Foucault que fue catedrático de *Historia de los sistemas de pensamiento* en el Collège de France (1970-1984) y un experto sobre la relación entre el orden social y el poder. Le sigue T. Roszak profesor de la Universidad de Stanford (EEUU) que creó el término de “la contracultura”. Por último, otros pensadores que incluye en ese apartado son el filósofo francés G. Deleuze, el psicoanalista F. Guattari o el antropólogo G. Bateson promotor de la “teoría del doble vínculo”. Como se puede ver este discurso es muy confuso porque junto a psiquiatras que se autoproclamaron del movimiento anti-psiquiátrico, como David Cooper o Franco Basaglia, incluye a otros pensadores (M. Foucault, T. Roszak, G. Bateson,..) que no tienen que ver con ese movimiento anti-psiquiátrico, pero que si mantenían un pensamiento crítico y novedoso sobre diversos hechos sociales. Como colofón, M. Valdés hace un resumen negacionista de lo que representó e impulsó el movimiento de la anti-psiquiatría al señalar que (7) *“Como consecuencia de esta crítica furibunda, la psiquiatría entrevió el peligro de que la inteligencia cultural acabara dinamitando su discurso conceptual, sepultando a los psiquiatras y a los pacientes bajo los escombros. Llevaban diecinueve siglos intentando convertir a los asilados en pacientes y a los manicomios en hospitales, y cuando los psicofármacos les dejaban ver algo de luz, venían los intelectuales con el garrote para amenazarlos al ostracismo”*. La realidad es muy diferente a lo que señala M. Valdés y para muestra señalar que hoy la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve en sus documentos sobre la estrategia mundial de salud mental las políticas desinstitucionalizadoras. También, podemos ver como los emblemáticos servicios de Salud Mental de Trieste (Italia), que dirigió en su día Franco Basaglia, son hoy un Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud en materia de Salud Mental.

Sin embargo, es preciso recordar que decían en su día los promotores del movimiento anti-psiquiátrico, para entender mejor esa posición. El término “anti-psiquiatría” creado por D. Cooper en la década de los sesenta tenía un sentido crítico que el expresaba como (8) *“Un combate contra el poder médico en los hospitales y en los sectores psiquiátricos, contra la etiqueta del diagnóstico y la práctica del historial secreto. Con miras al dejar-ser de la experiencia en la situación de un entorno humano. La lucha contra toda forma de detención obligatoria...”*. Asimismo, Franco Basaglia explicaba claramente lo que significa este “movimiento” dentro del campo psiquiátrico, que el llamaba *“anti-institucional o anti-psiquiátrico”*, *“..es un movimiento de negación y de transformación que tiende a poner en discusión los esquemas y parámetros que se consideran como valores absolutos”* (9). Es importante recalcar que aquellos que se consideraban anti-psiquiatras trabajaban en el campo psiquiátrico, pero luchaban por transformar una situación que consideraban degradada y que implicaba *“el papel de los psiquiatras como protectores del orden público”* (9).

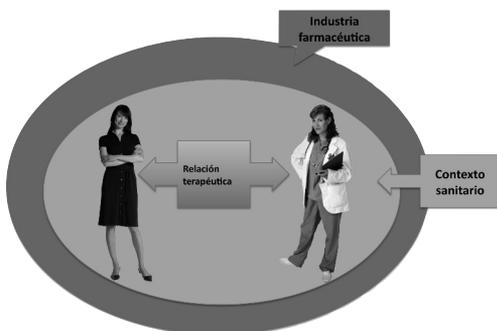
Estos antecedentes de los movimientos críticos en psiquiatría nos acercan a la preocupación actual por el controvertido “uso de los psicofármacos” y en especial por este uso en el tratamiento de las psicosis. Un campo con más de una “falsa verdad” y donde la industria farmacéutica juega un papel clave.

INFLUENCIA DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

La industria farmacéutica como toda actividad privada tiene un afán de lucro lícito, pero en ocasiones interfiere de manera diversa sobre el derecho a la salud de los ciudadanos que en muchos países se

considera un derecho básico y universal. La experiencia nos muestra que hay varios niveles donde esta influencia se materializa (Figura 1). Podemos señalar los principales:

Figura 1: Elementos de la relación terapéutica bajo la influencia de la industria farmacéutica.



A) Sobre las decisiones de la administración pública en materias de regulación de la prescripción y distribución de medicamentos:

El gasto farmacéutico es un elemento clave en la financiación del sistema público de salud por que representa un porcentaje importante del gasto sanitario y sobre todo, por que como se ha señalado esta sobredimensionado como consecuencia de cierto despilfarro en su gestión (10). En 2014, el porcentaje del gasto sanitario que correspondía al gasto farmacéutico era en España del 17,91%, en EEUU del 12,32, en Alemania del 14,48 y en Suecia del 9,65% (11). Además, en el mismo estudio realizado con datos de la OCDE España dedicaba al gasto farmacéutico un 1,63 % de su PIB, situándose en la tabla alta de la lista aunque siendo sobrepasado por países como EEUU (2,04 %), Canadá (1,71 %) o Alemania (1,67%), mientras que varios países nórdicos tenían un por-

centaje menor, como Noruega (0,70%), Dinamarca (0,71%) o Suecia (1,08%) (11). Estas observaciones tienen un valor en el campo de los psicofármacos en España al tratarse de unos fármacos que representan un porcentaje muy importante de la facturación farmacéutica, por ejemplo en la facturación de mayo de 2017, los psicofármacos ocuparon la posición más alta de todos los grupos de medicamentos, alcanzando un 23,4% del total de la facturación farmacéutica (12). Este gasto sigue siendo el “talón de Aquiles” que lastra la financiación del sistema sanitario y es un freno para la ampliación de los recursos humanos tan importantes en el campo de la salud mental. Debemos tener en cuenta que los recursos humanos son la pieza esencial para la implementación de las terapias psicosociales y psicoterapéuticas.

El economista E. Costas señalaba, con acento crítico, en 2002 (10) que los pactos de la administración con la industria farmacéutica no facilitaban la contención del gasto farmacéutico. Las medidas de contención se han mantenido de forma regular, incluso algunas que paradójicamente generan más gasto como son las famosas listas de medicamentos excluidos del sistema de financiación, que contienen a muchos medicamentos envejecidos y baratos. Estos medicamentos, cuando son excluidos del sistema de financiación, pasan a tener un “*precio sin descuento*” lo que paradójicamente genera que los ciudadanos adquieran medicamentos nuevos que al estar financiados les salen más baratos que los “*envejecidos sin descuento*”. El resultado final es que el gasto farmacéutico aumenta.

Tampoco la administración toma medidas sobre un análisis de coste/efectividad de los nuevos medicamentos, tal como

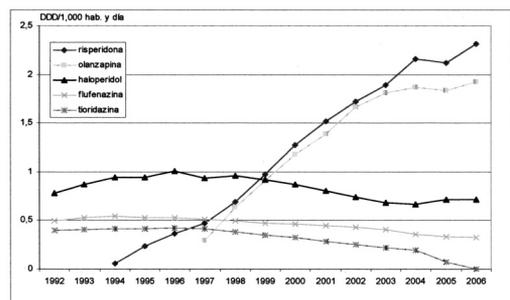
hacen otros países (Australia, Canadá, Finlandia,..) (10). En un estudio en Canadá, se observó que solo un 7% de los medicamentos nuevos significaban una mejora real en el campo terapéutico (10). Al final tenemos nuevos medicamentos que no representan ninguna novedad, pero que son más caros. La administración sanitaria no suele explicar de forma razonada este tipo de política farmacéutica que beneficia a la industria farmacéutica y socava los presupuestos públicos de salud.

B) Sobre la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos:

Con frecuencia medicamentos de eficacia probada, con costes bajos y una larga historia de aplicación en el ámbito de la salud son retirados del mercado por las empresas que los fabrican sin razones muy convincentes. El “nicho terapéutico” que dejan estos fármacos es ocupado enseguida por fármacos nuevos más caros, con una historia de aplicación muy corta y sin conocimiento de los efectos adversos a largo plazo. Un caso paradigmático es el de la tioridazina (Meleril) que en España fue retirado por la empresa fabricante en 2005⁷, por sus efectos cardíacos adversos. Era un fármaco muy utilizado y barato, por lo que su desaparición dejaba un “nicho terapéutico” muy goloso. El “nicho terapéutico” dejado por la tioridazina fue ocupado principalmente por la olanzapina y la risperidona (Figura 2). La tioridazina siguió como genérico en varios países entre ellos EEUU, pero no en España. Paradójicamente, en el mercado europeo hay otros nuevos antipsicóticos con efectos cardíacos adversos como son la ziprasidona, quetiapina, olanzapina o

risperidona (13). La importancia de estos efectos cardíacos adversos con los antipsicóticos se puede ver en un estudio en el Reino Unido (14) utilizando la base de datos de los 10.949.239 registros médicos de atención primaria (entre enero de 1995 y 2011). Se pudo observar que las personas tratadas con antipsicóticos tenían un mayor riesgo de mortalidad cardíaca y de muerte súbita si se les comparaba con la población general y también con personas con problemas psiquiátricos, pero que no tomaban antipsicóticos. El que unos psicofármacos se retiren y otros permanezcan suele obedecer más a sus rendimientos económicos en el mercado farmacéutico que a razones técnicas.

Figura 2: Uso de los 5 principales antipsicóticos en España (1992-2006) expresados en DDD (Dosis Diarias Definidas) (Fuente: Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios).



C) Sobre la difusión del discurso “científico”:

En la reciente y amplia revisión que Inchauspe y Valverde (15) han realizado sobre el uso de los antipsicóticos nos muestran la sobrevaloración de los efectos de estos fármacos, los múltiples sesgos en

⁷ La Tioridazina (Meleril) dejó de comercializarse en España el 30 de junio de 2005.

los ensayos clínicos y la no demostrada diferencia de eficacia entre los más antiguos y los nuevos (16). Sin embargo, se trasmite con frecuencia, con el apoyo de la industria farmacéutica, que los nuevos antipsicóticos tienen ventajas importantes sobre todo en la cuestión de los efectos adversos. Ahora la estrategia pasa también por manifestar una mayor adherencia con las nuevas presentaciones depot. Este es un discurso promocionado por la industria farmacéutica que va en paralelo al valor comercial del fármaco, para ellos todo producto más caro hay que promocionarlo como mejor para el paciente. Sin embargo, vamos a presentar algunos sesgos en estas afirmaciones.

Los anti-psicóticos se agrupan hoy en dos grandes grupos que para unos tienen un carácter puramente cronológico, es decir, según su momento de aparición en el mercado y así se llaman de 1ª generación y de 2ª generación. Otra agrupación tiene una formulación más farmacológica y divide a estos psicofármacos en típicos (los de 1ª generación, excepto la clozapina) y atípicos (los de 2ª generación). Esta agrupación se hace *“en función de su perfil de seguridad y su eficacia sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia”* (16). Sin embargo, los dos grupos tienen muy poca homogeneidad interna en su vertiente clínica y en sus efectos adversos más frecuentes.

El argumento más repetido por la industria farmacéutica y sus colaboradores científicos cuando aparece un nuevo antipsicótico es que los efectos adversos son menores que en los fármacos antiguos. Esta formulación presenta un sesgo importante. Una parte importante de los efectos adversos graves de los antipsicóticos aparecen tras un tiempo largo de trata-

miento, como es el caso de ciertos síntomas extra-piramidales (Discinesia tardía) o del síndrome metabólico. Podemos ver que se trata de una comparación desigual pues a los anti-psicóticos con más de 40 años de *historia*, por ejemplo haloperidol o clorpromazina, se les compara con fármacos que en el momento de su salida *al mercado no tienen una historia clínica consolidada*. Muchos efectos adversos aparecen tras años de tratamiento. Además se puede añadir un segundo sesgo cuando se evalúan estos efectos adversos. Los primeros estudios de comparación entre típicos y atípicos se centraron en lo que podemos llamar *efectos adversos visibles*, es decir, en los síntomas extra-piramidales más agudos. Hoy conocemos que hay otros *efectos adversos menos visibles* como el síndrome metabólico que aparecen con el uso prolongado de algunos atípicos.

Un ejemplo ilustrativo de lo señalado es la incidencia de discinesia tardía con los dos tipos de antipsicóticos. En los primeros trabajos era fácil encontrar afirmaciones como la de Stahl de 1999 (17) en referencia a que los anti-psicóticos atípicos *“muestran poca o ninguna propensión a causar síntomas extrapiramidales o discinesia tardía”*. En 2017, en un meta-análisis de 41 estudios se aprecia que la prevalencia de discinesia tardía con anti-psicóticos típicos fue del 30% y con los atípicos de 20,7 % (18). Con estos datos la afirmación de Stahl no se podía mantener. En el mismo trabajo (17) Stahl no hace mención al síndrome metabólico de los antipsicóticos atípicos, tan solo refiere la ganancia de peso, pero hoy conocemos que este efecto adverso es muy frecuente en este grupo de psicofármacos (16). Este es un tema que se considera fundamental en el uso de los atípicos y que puede limitar su uso en poblaciones clínicas específicas

(19). Incluso se señala que todavía no hay muchos estudios a largo plazo con los atípicos en relación a estos efectos adversos (20).

En la actualidad, otro nuevo frente de la industria farmacéutica son la defensa de las presentaciones depot de los antipsicóticos como primera línea de acción. Aunque, las primeras presentaciones depot de los antipsicóticos (enantato de flufenazina) son de la década de los setenta del siglo pasado hoy nos encontramos con una reformulación de las guías, paralela a la aparición de nuevos y caros antipsicóticos. Hasta la fecha la mayoría de las guías (21) señalan que la primera línea de actuación debe hacerse con antipsicóticos por vía oral y las presentaciones depot deben de prescribirse cuando hay una mala adherencia a la medicación oral o cuando lo solicita el paciente. Sin embargo, se aprecia una presión de la industria farmacéutica para que los antipsicóticos depot se consideren como primera línea de prescripción argumentando que facilitan la adherencia al tratamiento y nuevamente consideran mejor los nuevos depot respecto a los viejos.

Kisely y colb. (22)⁸ han realizado una revisión sistemática sobre los antipsicóticos depot (típicos y atípicos) respecto a la frecuencia de administración y a los resultados y no encontraron diferencias en los dos grupos de antipsicóticos, ni tampoco en la frecuencia de administración (cada 2 o 4 semanas). El trabajo se hizo sobre siete estudios con una muestra de 3994 pacientes. Otros estudios (23, 24), tampoco encuen-

tran diferencias entre risperidona depot y los antipsicóticos depot típicos. En uno de ellos (23), el estudio se realizó en base al registro danés de 1995 a 2009 y con un total de 4532 pacientes. Se valoró el tiempo de duración de la hospitalización, el tiempo de discontinuación y el tiempo de un nuevo internamiento sin encontrar diferencias.

Merece la pena preguntarse, ¿Cómo consigue introducir la industria farmacéutica su discurso entre los profesionales?. Hay dos figuras profesionales que juegan un papel clave en esta estrategia:

· **A) Los profesionales que son líderes de opinión:** estos favorecen la penetración de los intereses de la industria en el discurso científico y suelen tener un ámbito de actuación amplio a nivel nacional o estatal. Se caracterizan por ser profesionales que ocupan puestos de un nivel jerárquico alto en el ámbito universitario y/o asociativo. La industria los remunera con emolumentos por “asesoría científica”, por dirigir estudios pre o post-comercialización de los nuevos fármacos, por realizar las presentaciones “científicas” de los nuevos fármacos,...etc.

· **B) Los hiper-prescriptores:** son profesionales de base que actúan como punta de lanza del área comercial cuando sale un nuevo fármaco. Se batan en el día a día aumentando la prescripción y creando un clima favorable a estos fármacos en su entorno sanitario. La industria les incentiva con viajes a actividades científicas, con estudios remunerados post-comercialización, con presentaciones de los nuevos productos en su entorno sanitario,..etc.

⁸ Estos autores no señalaron ningún conflicto de interés.

⁹ Redacción Médica (2/7/2016); <https://www.redaccionmedica.com/secciones/industria/los-pagos-de-la-industria-a-sanitarios-y-organizaciones-suman-496-millones-6962>

¹⁰ Este presupuesto es algo mayor que el de sanidad de la Comunidad Autónoma de La Rioja para 2017 (426 millones). <http://www.elmedicointeractivo.com/articulo/nacional/presupuesto-2017-sanidad-riojana-426-millones/20170118123036109989.html>

Los incentivos están muy ligados a la intensidad de la “prescripción”.

En España, el gasto de la industria farmacéutica dirigido a los profesionales y organizaciones sanitarias fue en 2015 de 496 millones de euros⁹¹⁰, dividido en varios apartados. (tabla 2). En una encuesta realizada en EEUU¹¹ se señalaba que los médicos que reciben dinero de la industria prescriben menos genéricos y más productos de marca, pero alegaron que “la razón principal de esta decisión era el beneficio del paciente”.

Tabla 2: Gasto de la industria farmacéutica, en España, a profesionales y organizaciones sanitarias en 2015.

Destino	Euros
Colaboración I+D	190 millones
Citas científicas (Prof.)	119 millones
Prestación de servicios	88 millones
Sociedades científicas	66 millones
Donaciones	33 millones
TOTAL	496 millones

España: 218.379 médicos colegiados (2010)

una época de invención de enfermedades, donde “los procesos y las dificultades que atravesamos en la vida, como el nacimiento, la sexualidad, la vejez, la decepción, el cansancio, la soledad o la fealdad, están cada vez más medicalizados”. Tras la aparición del DSM V, A. Frances (26) se ha manifestado de forma rotunda sobre la inflación diagnóstica y cree que hay que “evitar que la normalidad se viese como un problema médico” y “se desate una nueva oleada de falsas epidemias”. Las palabras de Frances (26)¹² resuenan con intensidad por la posición que ha ocupado en la psiquiatría norteamericana y su visión de la industria farmacéutica es demoledora cuando dice “la industria de los fármacos psiquiátricos legales ha crecido con fuerza gracias a la propagación agresiva de información falsa. La industria farmacéutica dispone de recursos prácticamente ilimitados, fuerza política, habilidad publicitaria y ambición para buscar nuevos mercados y mayores beneficios”.

D) Sobre las clasificaciones diagnósticas:

Desde mediados del siglo XX las entidades diagnósticas en salud mental han crecido de manera importante. Tras la segunda guerra mundial la administración de veteranos norteamericana registraba 26 trastornos mentales y al aparecer el DSM IV la cifra daba un salto importante hasta las 395 entidades nosológicas (25). Blech ha recalado que estamos en

E) Directamente sobre los ciudadanos:

La industria farmacéutica ha entendido la importancia del movimiento asociativo de familiares de personas con trastornos psicóticos y la capacidad de este movimiento para hacer llegar sus demandas a las instituciones públicas. Su estrategia pasa por apoyar las actividades de estas asociaciones y transmitirles que los nuevos antipsicóticos son mejor tolerados y tienen mayor adhe-

¹¹ Redacción Médica (20/3/2016); <https://www.redaccionmedica.com/noticia/los-mdicos-que-reciben-dinero-de-la-industria-prescriben-menos-genricos-95524>

¹² Ha sido Presidente del grupo de trabajo del DSM IV y Catedrático de Psiquiatría en la Universidad de Durham (EEUU).

rencia. Esta forma de seducción suele tener éxito. Sin embargo, las asociaciones de familiares saben que la mejora de la adherencia a los tratamientos se consigue si al tratamiento farmacológico se le añaden otras intervenciones psicosociales y/o psicoterapéuticas (27), y para esto es preciso contar con más profesionales de salud mental en los servicios comunitarios. Esto tiene un coste que compite con el gasto farmacéutico. La dimensión del problema lo podemos ver en la Figura 4, donde se ve que el coste al año del tratamiento de un paciente con paliperidona mensual equivale al coste del tratamiento de 238 pacientes con decanoato de flufenazina¹³.

Tabla 3: Comparación de cuatro antipsicóticos depot en relación al coste anual por paciente.

Fármaco	Modecate (decanoato de flufenazina)	Clopixol depot (Zuclopentixol decanoato)	Risperdal consta 37,5 (Risperidona)	Xeplion 100 mg (Paliperidona)
Pacientes/año: Equivalente al costo de 1 paciente con Xeplion 100 mg.	283 pacientes	95 pacientes	1.4 pacientes	1 paciente

Para comprender mejor la dimensión del problema hemos realizado un ejercicio de simulación para la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias (España). Basándonos en que la prevalencia atendida de la esquizofrenia en España esta entre 2 y 4,5 x 1000 hab.¹⁴, el número de casos de esquizofrenia en Asturias estaría entre 2068 a 4655¹⁵. Para este ejercicio de

simulación hemos tomado un término medio de 3000 casos de prevalencia atendida en los servicios públicos y hemos valorado el coste anual del tratamiento con dos alternativas; una que el tratamiento fuera con risperidona oral de 6 mg y otra que fuera con risperidona depot de 50 mg. Como vemos en la tabla 3 la diferencia entre ambos tratamientos, a precios de mercado, sería de 13.597.360 euros anuales. A continuación hemos tomado el coste anual de una plaza de enfermería en el Servicio de Salud del Principado de Asturias que en 2016 fue de 32.591 euros. Podemos ver que al final la diferencia entre ambos tratamientos, con el mismo medicamento y distinta presentación, equivale al valor de 417 plazas de enfermería. Aquí debemos hacernos una pregunta, sobre qué es mejor para las personas con esquizofrenia; ¿Ofrecerles, a igual coste, un tratamiento con risperidona oral de 6 mg. mas apoyo de un equipo de enfermería comunitaria o solo risperidona depot de 50 mg.?.

Tabla 4: Comparación del coste del tratamiento anual para 3000 pacientes con risperidona oral de 6 mg y risperidona depot de 50 mg.

Presentación	Coste/Trat./año	Prevalencia Asturias: 3000 casos/año
Risperidona 6mg (oral)	298,44 euros	895.320 euros
Risperdal consta 50 mg.	4830,96 euros	14.492.880 euros

Diferencia entre ORAL y DEPOT de 13.597.560 euros= equivalente a 417 profesionales de enfermería por año.

¹³ Fármaco de la lista de medicamentos esenciales de OMS

¹⁴ <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antipsicoticos.pdf>

¹⁵ La población de Asturias en 2017 es de 1.034.449 hab. (<https://www.datosmacro.com/ccaa/asturias>)

Como epílogo a este apartado esta una pregunta a la compañía Janssen, que hoy lidera el gasto en antipsicóticos en España, sobre la comercialización de la risperidona y su metabolito la paliperidona. La FDA de EEUU aprobó en 1993 la risperidona oral, en 2003 la risperidona depot, en 2007 la paliperidona oral, en 2011 la paliperidona depot mensual (28) y en 2016 Europa ha aprobado la paliperidona trimestral. Entre la risperidona oral y la paliperidona trimestral han pasado 23 años, por lo que la pregunta es ¿Este tiempo tan largo se ha debido al proceso de investigación de las diversas presentaciones o a una estrategia comercial de sacar poco a poco las diversas presentaciones buscando aumentar el beneficio económico?.

Conclusión:

A. Frances (26) cree que lo que ocurre se debe a que “*La gran industria farmacéu-*

tica parece decidida a tratar de crear de forma paralela su propia clase de monocultivo humano. Con la ayuda de una psiquiatría ambiciosa, toda diferencia humana se esta transformando en un desequilibrio químico que puede tratarse cómodamente con una pastilla”. Debemos retomar lo que significa una relación terapéutica y no dejarnos seducir por los “cantos de sirena” de la industria farmacéutica. La relación terapéutica comienza en el acto de **escuchar** a un ciudadano con su sufrimiento, sus expectativas de esa relación y con derecho a ser un sujeto activo en todo el proceso. El medicamento nunca debe ser un “**tapón**” de la relación terapéutica y la prescripción farmacológica no puede **forcluir que se produce** en el contexto de un sistema público universal y gratuito. Hay que volver a recuperar la esencia de la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Couto M. La confesión de la leona. Alfaguara. Madrid. 2016
- (2) Elola J. La psiquiatría esta en crisis. EL PAÍS 7/2/2016
- (3) Whitaker R. Anatomía de una epidemia. Capitán Swing libros. Madrid. 2015
- (4) Gutiérrez M. Psiquiatría sí, naturalmente. EL PAÍS 14/2/2016
- (5) Elola J. Psiquiatría, sí, pero ¿Cómo?. EL PAÍS 21/2/2016
- (6) EUROSTAT.<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tps00047>.
- (7) Valdés M. La arquitectura de la psiquiatría. Plataforma Editorial. Barcelona. 2016
- (8) Cooper D. La anti-psiquiatría desmitificada. En Jervis G. “El mito de la anti-psiquiatría”. Barcelona . Biblioteca Calamus Scriptorius. 1979; p. 59-63.
- (9) Basaglia F. Anti-psiquiatría y “nuevas técnicas”. El viejo topo 1977; 4: 35.
- (10) Costas E. Despilfarro consentido. EL PAÍS 25/7/2002.

- (11) EAE. El Gasto Farmacéutico en España en 2016.
<http://static.correofarmaceutico.com/docs/2016/09/05/gasto-farmaceutico-2016.pdf>
- (12) <http://www.edefarma.es/images/edefarma-express-25-julio216/informe-hrnr.pdf>
- (13) Roman, M., & Farmer, S. Y. (2010). Antipsychotic medications and cardiac conduction risks. *Issues in Mental Health Nursing*, 2010; 31:68-70.
- (14) Murray-Thomas, T. et al (2013). Risk of mortality (Including Sudden Cardiac Death) and Major Cardiovascular Events in Atypical and Typical Antipsychotic Users: A Study with General Practice Research Database. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, 2013: 1-15.
- (15) Inchauspe Aróstegui, J.A. & Valverde Eizaguirre, M.A. (2017). El uso de antipsicóticos en la psicosis. Alcance, limitaciones y alternativas. *Cuadernos técnicos*, 18. AEN.
- (16) Ceruelo Bermejo, J. & García Rodicio, S. (2007). Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. FMC. ;14 (30): 637-47
- (17) Stahl S.M. Psychopharmacology of antipsychotics. EEUU. Martin Dunitz. 1999. p. 49.
- (18) Carbon, M, et al. Tardive Dyskinesia Prevalence in the period of Second-Generation Antipsychotic use. *J Clin Psychiatry* 78:3, March 2017.
- (19) Orsolini, L. et al. An update of safety of clinically used atypical antipsychotics. *Expert Opinion on Drug Safety*, 2016;15 (10), 1329-1347.
- (20) Hirsch, L. et al. Second-Generation Antipsychotics and Metabolic Side Effects: A systematic Review of Population-Based Studies. *Drug Saf*, 2017; 40: 771-781.
- (21) Heimann, C. Antipsicóticos en esquizofrenia. Revisión de guías internacionales actuales. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2015; 35 (125), 79-91
- (22) Kisely, S. et al. A systematic review and meta-analysis of the effect of depot antipsychotic frequency on compliance and outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 2015; 166: 178-185.
- (23) Nielsen, J. Et al. Comparative Effectiveness of risperidone long-acting injectable vs first-generation antipsychotic long-acting injectables in schizophrenia; results from a nationwide, retrospective inception cohort study. *Schizophrenia Bulletin*, 2015; 41 (3): 627-636
- (24) Moti S. et al. Cross-sectional comparison of first-generation antipsychotic long-acting injections vs risperidone long-acting injection: patient-rated attitudes, satisfaction and tolerability. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2016; Jun; 6 (3): 162-171.
- (25) Blech J. Los inventores de enfermedades. Destino. Barcelona. 2005
- (26) Frances A. ¿Somos todos enfermos mentales?. Ariel. Barcelona. 2014
- (27) Nosé, M. Et al. Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *British Journal Of Psychiatry*, 2003; 183: 197-206
- (28) Weiden, P.J. Long-acting second generation antipsychotics:new formulations and treatment options. *Psych Evidence-Based Consults*, 2015 ;1 (1): 5-10

Víctor Aparicio Basauri
Correspondencia: vabasauri@hotmail.com

El fin de la psicopatología (o de cómo nombrar las cosas no es sino un ejercicio de poder)

The end of psychopathology (or how putting labels on things is a way of power)

Jose García-Valdecasas Campelo (1) y Amaia Vispe Astola (2).

(1) *Psiquiatra. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. Islas Canarias.*

(2) *Enfermera Especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Tenerife. Islas Canarias.*

RESUMEN

Desde los clásicos, la psicopatología ha sido establecida como la ciencia básica y fundamentación de la psiquiatría. Nos proponemos analizar en el presente trabajo los conceptos de psicopatología y psiquiatría, sus bases epistemológicas, su carácter científico o más bien narrativo, así como sus efectos prácticos en el funcionamiento del dispositivo psiquiátrico, tanto en lo referente a los aspectos individuales como a los sociales, diferenciando también los casos de aquellos pacientes diagnosticados como psicóticos de otros muchos afectos de diversos malestares. Desarrollamos nuestros argumentos especialmente a partir de autores como Michel Foucault y Jean-François Lyotard, que creemos pertinentes para nuestro estudio. Las conclusiones incluyen una cierta tentativa de solución que podría llevarnos, tras la crítica de la psiquiatría, a una diferente y tal vez mejor psiquiatría crítica.

Palabras clave: psicopatología, epistemología, psiquiatría crítica, ciencia, narrativa.

INTRODUCCIÓN

Escribimos este artículo agradeciendo la oportunidad que nos da *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* de participar en este número monográfico sobre “crítica a la psiquiatría”. Desde hace ya algún tiempo, a través de varias publicaciones y textos (1), hemos intentado desarrollar una labor de crítica a la Psiquiatría, no con afán destructivo sino como necesaria

RESUMEN

From classics authors, psychopathology has been established as a basic science and foundation for psychiatry. We propose to analyze in this paper the concepts of psychopathology and psychiatry, their epistemological bases, their scientific nature or rather narrative. Also we analyze their practical effects in the operation of the device of psychiatry, meaning individual and social aspects but also differentiating the cases of those patients diagnosed as psychotic of much others affected of various ailments. We developed our arguments after authors like Michel Foucault and Jean-François Lyotard because we believed they are important for our study. The conclusions include a kind of solution that could take us, after the critic of psychiatry, to a different and perhaps better critical psychiatry.

Key words: psychopathology, epistemology, critical psychiatry, science, narrative.

labor de voladura y desescombros previos antes de poder poner los cimientos de una nueva Psiquiatría, que a su vez habrá de ser necesariamente crítica (2). En esta tarea, hemos escrito ya acerca de puntos que creemos imprescindibles sobre la ética (o la falta de ella) en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios (3), la reivindicación del concepto de *psicosis agudas* en aras a evitar procesos de cronificación iatrogénicos no

infrecuentes (4), o sobre la posibilidad (tal vez sólo deseo) de un cambio de paradigma en nuestra disciplina (5). Ya tocados pues estos temas desde el punto de vista de crítica a la psiquiatría actual, nos proponemos detenernos en este artículo en un cierto análisis de la *psicopatología*, como herramienta básica que se supone sustenta epistemológicamente nuestro edificio psiquiátrico en sus aspectos científicos, de búsqueda de saber, y tecnológicos, de búsqueda de utilidad, y a través de sus distintas técnicas.

QUÉ ES (O QUERRÍA SER) LA PSICOPATOLOGÍA

La idea del trabajo actual, porque hay que saber de dónde se viene para entender dónde se quiere llegar, surgió casualmente tras tener conocimiento hace un par de años de la celebración de un homenaje (6) a la figura de Michel Foucault a raíz del treinta aniversario de su muerte y acerca de su pensamiento sobre la locura y la salud mental. Joseba Achotegi escribió un texto (7) de presentación sobre dicho homenaje en el que nos llamó poderosamente la atención un párrafo, que recoge una cita del pensador francés:

La pregunta fundamental que se formula Foucault, y hay que resaltar que la hace cuando aún es un joven estudiante que está finalizando su formación en el Hospital de Sainte Anne de París, difícilmente puede ser más clara e ir más dirigida a la raíz del tema que nos ocupa: “había seguido también estudios de psicopatología, una pretendida disciplina, que no enseñaba gran cosa. Entonces se me planteó la pregunta: ¿cómo un saber tan escaso puede arrastrar tanto poder?”. (1975).

Foucault se plantea por qué la sociedad delega un poder tan grande en los profesio-

nales de la salud mental, y se pregunta si no será porque cumplen una determinada función de control social al servicio de los intereses del sistema, no tanto por la valía de sus conocimientos científicos, que como señalará en sus trabajos han sido muy escasos en algunas etapas históricas, sin que ello haya menguado lo más mínimo su poder.

El comentario sobre la psicopatología no tiene desperdicio: “¿cómo un saber tan escaso puede arrastrar tanto poder?”

Y nos quedamos dando vueltas sobre el tema.

¿Cómo definir exactamente esto de la psicopatología?. Según Vallejo, en uno de los manuales clásicos de psiquiatría en castellano (8), la psicopatología es “*la fundamentación científica de la psiquiatría, para lo cual precisa delimitar conceptos generales con validez universal en el campo de la patología psíquica. [...] acoge todo el saber que se extiende desde lo más orgánico-biológico a lo estrictamente psíquico, la psicopatología intenta extraer conclusiones válidas para estructurarse como ciencia [...], intentando [...] entrar, desde una metodología científica, en la comprensión de la conducta patológica*”.

Si les parece que el párrafo precedente no da una idea muy inteligible de cuál es el objeto concreto o el método de esta pretendida ciencia, vayan a la fuente general del texto original -más amplio- y, si allí lo entienden mejor, no dejen de explicárnoslo. La psicopatología parece querer ser (que, evidentemente, no es lo mismo que conseguir ser) la ciencia básica de la psiquiatría, entendida ésta a su vez como “*rama de la medicina que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos [...], cuyo ca-*

rácter científico se alcanza a través de la psicopatología”.

La psicopatología vendría a ser la *colección* de síntomas que captamos en el paciente (de forma pretendidamente objetiva como plantean las clasificaciones actuales, haciendo un uso como poco peculiar de la fenomenología), a través de los cuales podemos pasar a hablar de síndromes y enfermedades respetando el carácter científico de todo el proceso. Pues bien, en nuestra opinión esta supuesta objetividad de la psicopatología, de la aprehensión del síntoma, no se consigue en modo alguno, no alcanzándose tal científicidad. Desarrollaremos este argumento.

Desde nuestro punto de vista, existe una construcción psicológica y social del síntoma posterior a su construcción biológica como producto de un sistema nervioso humano (porque no creemos que venga de ninguna alma inmaterial o ente parecido; luego, sea el síntoma de origen genético, físico, psicológico o social, sus manifestaciones se realizan siempre a través de un organismo biológico y, en concreto en psiquiatría, a través del sistema nervioso central de dicho organismo). A partir de un hipotético síntoma originario biológico, el sujeto lo experimenta en base a sus propias coordenadas psicológicas (como sucede, sin ir más lejos, con el dolor, que es un síntoma de origen físico al que la valoración psicológica del mismo modula de forma extraordinaria) y, por supuesto, en estrecha relación con ellas, a través de sus coordenadas sociales. Una vez experimentado, se comunica, mediante lenguaje verbal o no verbal, siendo, sobre todo en el primer caso, modificado o bien por no existir palabras en el lenguaje común para expresar

determinados síntomas psicóticos que son, por definición, inefables; o bien simplemente porque la persona que los experimenta no quiere dar parte o toda la información sobre lo que siente. Y tras este camino, el síntoma así revestido de significados psicológicos y sociales del paciente y más o menos modificado por distintas motivaciones o directamente distorsionado por carencias del lenguaje común no psicótico, llega finalmente al clínico, que lo escucha u observa. Y éste, evidentemente, tampoco es una *tabula rasa* donde el síntoma queda inscrito, sino que es a su vez un sujeto con determinados condicionantes psicológicos o sociales que modulan la información recibida y que provocan, con independencia absoluta del síntoma biológico originario, que sea catalogado de una manera u otra e incorporado posteriormente al concreto modelo del funcionamiento mental patológico que tenga ese clínico y que muchas veces depende de algo tan prosaico y poco “objetivo” como dónde haya hecho su formación y qué influencias le han llegado, por las que se convierte en un furibundo neurobiologicista o en un recalcitrante psicoanalista kleiniano... o cualquier otro sistema de creencias sobre el psiquismo humano sólo aparentemente menos radical...

En base a ello, a pesar de las grandilocuentes definiciones y como ya decía hace casi cuarenta años Michel Foucault, no parece que el carácter objetivo y científico de la psicopatología (y, por ende, de la misma psiquiatría) sea algo conseguido realmente. Lo cual tal vez es achacable a que el objeto de estudio (nada menos que la conducta, las emociones o el pensamiento humanos) no es realmente susceptible de análisis por una metodología científica

propia de las ciencias naturales, especialmente la física, como a muchos les gusta creer.

La psicopatología buscaría, tal como entendemos nosotros, proporcionar la descripción objetiva de lo mental / emocional / conductual anómalo, en gran parte desde un punto de vista sintomatológico, de la misma manera que la fisiopatología se dedica a explicar el funcionamiento patológico respecto a lo que sería una fisiología normal. El problema es que no disponemos de ningún modelo fisiológico del funcionamiento mental que esté contrastado científicamente, aceptado por la mayor parte de investigadores y sea realmente explicativo de los fenómenos psíquicos normales.

No hace falta ser un erudito en filosofía de la ciencia y metodología para darse cuenta que sin tener una fisiología mental fiable, difícilmente podremos construir una psicopatología digna de ese nombre.

Evidentemente, por lo que estamos argumentando, compartimos plenamente la primera parte de la frase de Foucault: la psicopatología parece un saber muy escaso. Y lo es porque por mucho que grandes pensadores, como Germán Berrios (9), intenten desarrollarla y hacerla crecer, las raíces (ese conocimiento del funcionamiento psíquico normal) no tienen fuerza como para sostenerla. Y en cuanto a la segunda parte del pensamiento foucaultiano, también compartimos su sorpresa, no sin cierta tristeza, sobre el tremendo poder que arrastra un saber tal.

Ante nuestro atrevimiento, en los tiempos que nos ha tocado vivir, de cuestionar el carácter científico de la psiquiatría actual (fundamentalmente biologicista o,

más bien, biocomercial (10)), recurriremos como defensa a los clásicos.

REFLEXIONES PSIQUIÁTRICAS DESDE JEAN-FRANÇOIS LYOTARD

Lyotard, en *La condición postmoderna* (11), traza una diferencia básica entre el *saber científico* y el *saber narrativo*. El enunciado científico debe presentar ciertas condiciones para ser aceptado como tal. La legitimación es el proceso por el que un “legislador” que se ocupa del discurso científico está autorizado a prescribir cuáles son las condiciones convenidas (en general, consistencia interna y verificación experimental) para que un enunciado forme parte de ese discurso y sea tenido en cuenta por la comunidad científica. Para Lyotard, apoyándose en Popper, la ciencia sería un subconjunto de conocimientos, es decir, enunciados denotativos, con dos condiciones: que los objetos a que se refieren sean accesibles de modo recurrente y en las condiciones de observación explícitas, y que se pueda decidir si cada uno de esos enunciados pertenece o no al lenguaje considerado como pertinente por los expertos. Por otra parte, desde el punto de vista de Kuhn (12), estos enunciados científicos se van acumulando cuando estamos en un período denominado de “ciencia normal”, con un paradigma como marco explicativo no sujeto a discusión. Cuando este paradigma cae, debido a la acumulación de problemas planteados que no es capaz de resolver, se produce un período de “ciencia revolucionaria”, con distintos paradigmas enfrentados entre sí y el hecho de que uno se convierta en hegemónico tiene que ver con criterios y cuestiones que van más allá del ámbito lógico y que tienen relación con cuestiones sociales y políticas.

Liotard insiste en el carácter construido de los enunciados científicos, como discurso, y nosotros nos detendremos en la consideración particular del *discurso científico psiquiátrico*. Nos encontramos aquí con una ciencia en una posición que podríamos catalogar como preparadigmática en el sentido de Kuhn, donde paradigmas enfrentados (biológico, cognitivo, conductual, sistémico, psicoanalítico...) establecen marcos explicativos la mayor parte de las veces contradictorios (aunque no debemos dejar de señalar que los paradigmas son inconmensurables, es decir, no pueden compararse por no existir un marco común desde el que hacerlo), pero que dan cuenta satisfactoriamente (al menos, para sus seguidores) de los hechos planteados. Lyotard plantea como condiciones propias de los enunciados científicos la consistencia interna (que en general suele darse) y la verificación experimental y aquí es donde los enunciados del discurso psiquiátrico adolecen, en nuestra opinión, de dicho carácter científico del que presumen: no hay verificación experimental de la mayor parte de las teorías psiquiátricas (no la hay de los déficits neuroquímicos hipotetizados por el paradigma biológico, o de la existencia de un constructo como el complejo de Edipo del paradigma psicoanalítico, por poner unos ejemplos). Recurriendo ahora a Popper, diremos que la mayor parte de las teorías psiquiátricas (caso diferente es el de la neurología, que estudia enfermedades orgánicas del cerebro) no son falsables, ya que los diversos paradigmas son perfectamente capaces de explicar cualquier resultado experimental *a posteriori* (pero no predecirlo *a priori*). Serían teorías *postdictivas* pero no predictivas.

Dicho esto, aclarar que en absoluto intentamos un juicio sumario y condena a la

psiquiatría como disciplina, sino que este intento de análisis, a partir del concepto de saber y enunciado científico de Lyotard, lo que pretende es precisamente hacer patente una determinada situación epistemológica para no dar a los enunciados teóricos psiquiátricos (con sus correlatos a nivel práctico, evidentemente) un estatuto del que carecen.

Hay que señalar también que Lyotard marca una diferencia entre *saber científico* y *narrativo*, y podríamos señalar que la psiquiatría posee tal vez un saber que es esencialmente narrativo, aunque pretende presentarse como científico. Lo que a su vez provoca determinadas consecuencias a la hora de la aplicación práctica de la disciplina, tanto a pacientes individuales como influyendo en la configuración de la misma sociedad en la que funciona, ya que no es, en nuestra cultura, el mismo poder el que se reconoce a una discurso científico que a uno narrativo. Tal vez si se revelara (partiendo de que nuestro análisis fuera considerado correcto o, mejor dicho desde un punto de vista más postmoderno, útil) que el verdadero estatuto del saber psiquiátrico no es el de la ciencia, no sería tan grande el poder del que dispondría a la hora de ejercer sus funciones de control social tanto de la conducta desorganizada del llamado enfermo mental como del potencial reivindicador de los sujetos inmersos en circunstancias socioeconómicas y políticas que la misma psiquiatría transustancia en males individuales, con la consiguiente colaboración al mantenimiento del *statu quo* imperante. Además, el saber psiquiátrico, como cualquier otro, marca una diferencia entre el que sabe y el que no, diferencia sustentada entre otras cosas en el dominio del juego de lenguaje propio de la disciplina, en nuestro caso, el lenguaje psicopatológico (denominar, por ejemplo, “abulia” a la

desgana o “hipotimia” a la tristeza, coloca sin duda en una posición de experto).

Terminando con Lyotard, no queremos dejar de hacer referencia a cómo distingue, en términos de la teoría de juegos del lenguaje, el *juego denotativo* donde la pertinencia se establece entre verdadero / falso; el *juego prescriptivo* que procede de lo justo / injusto; y el *juego técnico* donde el criterio es eficiente / ineficiente. A partir de la distinción tradicional entre fuerza y sabiduría, o entre lo que es fuerte, lo que es justo y lo que es verdadero, se puede decir que la “fuerza” deriva sólo del juego técnico. Excepto en el caso en que opera por medio del *terror*, encontrándose este caso fuera del juego del lenguaje, pues la eficiencia de la fuerza procede de la amenaza de eliminar al “compañero” y no de hacer una mejor “jugada” que la suya. Cada vez que la eficiencia, la consecución del efecto buscado, tiene por resorte un “di o haz eso, si no no hablarás”, se entra en el terror, se destruye el vínculo social. En nuestra opinión y experiencia profesional, esto es justo lo que ocurre cuando una persona con síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones) ingresa en un dispositivo psiquiátrico porque un experto en ese saber dictamina que sus “jugadas” de lenguaje son inaceptables socialmente y debe cambiarlas (o al menos acallarlas). Que muchas veces tenga como resultado un beneficio para esa persona en términos de calmar su malestar o adaptarlo a una sociedad en la que tiene que seguir viviendo, no cambia ni oculta el hecho de que, en términos de Lyotard, el mecanismo que se ha empleado para ello es el del terror.

REFLEXIONES PSIQUIÁTRICAS DESDE MICHEL FOUCAULT

Volvamos ahora a Foucault. Nos interesa especialmente el análisis foucaultiano de

la locura, que nuestro autor afirma haber estudiado no con los términos del criterio de las ciencias formales, sino para mostrar cómo, mediante ese extraño discurso, era posible un cierto tipo de control de los individuos dentro y fuera de los asilos. Foucault abordó este tema en *La historia de la locura en la época clásica* (13) y, posteriormente, en *El poder psiquiátrico* (14). Por otra parte, como señala en *Tecnologías del yo* (15), nos parece que se centró especialmente en esas dos obras en la tecnología de la dominación y el poder, pero en esta última lo hace en la gran importancia de las tecnologías de la dominación individual, la historia del modo en que un individuo actúa sobre sí mismo, es decir, las tecnologías del yo.

En nuestra opinión, el dispositivo psiquiátrico tal y como existe en nuestra sociedad, se ampara en un supuesto saber, una ciencia que no deja de ser un cierto *juego de verdad* mucho más cercano a la subjetividad de las ciencias del espíritu que a la mayor certeza y replicabilidad de las ciencias naturales. A partir de dicho saber se desarrollan unas tecnologías de poder (que determinan la conducta de los individuos, objetivando al sujeto) y unas tecnologías del yo (que son la actuación del sujeto sobre sí mismo). La psiquiatría plantea una cierta relación entre psiquiatra y paciente que, cayendo en inevitable generalización, es básicamente de dos tipos: el paciente es un *loco* sobre el que se ejerce un dominio buscando controlar su conducta (ya sea con el encierro en el asilo clásico o con el tratamiento tranquilizador dispensado en las consultas modernas), o bien el paciente es un *cuerto* preso de malestares, ansiedades y depresiones diversas, sobre el que se ejerce un dominio diferente, buscando su consuelo, su anestesia, su resignación (por diversas terapias o tratamientos),

evitando que dolores muchas veces de causa social sean vistos como tales, centrandose por el contrario el objetivo en los aspectos individuales, aplacando con gran eficacia un malestar social que se queda en expresiones exclusivamente individuales. Desde nuestro punto de vista, la tecnología de poder clásica de “control del loco” que con tan gran acierto describió Foucault se ha visto en las últimas décadas acompañada de la tecnología de poder de “consuelo del triste y el ansioso”, desviando todo un caudal de malestar social a cauces de tranquilización individuales (ya sea con psicoterapias o fármacos de diversos tipos).

En cuanto al aspecto concreto de las tecnologías del yo, el llamado “paciente”, sobre todo cuando se cataloga como “crónico” y emprende un camino de años de consultas y tratamientos (conste que para nada excluimos la existencia de las llamadas enfermedades mentales como síndromes que afectan realmente a algunas personas, pero eso no cambia el hecho de que hay todo un dispositivo psiquiátrico que funciona alrededor de estas situaciones), va efectuando toda una serie de cambios en su forma de pensarse a sí mismo, acabando en no pocas ocasiones asumiendo plenamente un rol de enfermo, pasivo, desresponsabilizado y reconociendo lo que al principio negaba con el mayor énfasis: que está enfermo, que sus ideas eran delirios, adquiriendo lo que los psiquiatras llamamos “conciencia de enfermedad” y que muchas veces no es sino la triste ironía de que acaba siendo el loco el que le da la razón al psiquiatra para que le deje en paz. O bien, el otro tipo general de paciente que hemos descrito, el *triste*, desarrolla su propia tecnología del yo: una serie de cambios en su self, en su misma persona, para constituirse como un enfermo, también

desresponsabilizado, sin reconocerse autor de impulsos, decisiones o perezas, cada vez más lejos de lo que es un ser humano libre y dueño de sí.

Pero estas dos formas de tecnologías del yo que vemos en estos dos tipos generales de pacientes descritos no son las únicas que aparecen en el dispositivo psiquiátrico. El psiquiatra también, a lo largo sobre todo de su período de entrenamiento inicial, lleva a cabo toda una transformación en sí mismo. A partir de una persona con conocimientos teóricos y prácticos de medicina, se va instaurando un cambio en pensamientos, actitudes y conductas por el cual se convierte uno en psiquiatra: se cree con capacidad para decidir qué pensamientos coinciden con la realidad y cuáles no, qué conductas son “normales” y cuáles “anormales”, qué personas deben ser encerradas contra su voluntad en un momento dado y cuáles no... Como el propio Foucault comentó alguna vez, parece mucho poder para sustentarse en un saber tan escaso. Y para ejercer ese poder sin dudas (o con ellas, según los casos) se requieren toda una serie de operaciones en uno mismo, que van desde la forma de hablar con otras personas, a la inherente sospecha que acompaña a toda escucha del otro, o la adopción de una cierta atmósfera de superioridad intelectual que oculta grandes inseguridades sobre lo que uno hace, etc.

De todas maneras, que el sistema funcione de esta manera, para nada exime de responsabilidad al individuo concreto que ejerce su función de psiquiatra, de médico o de carcelero... Uno no deja de conservar su libertad a la hora de ejercer su trabajo o, llegado el caso, de decidir dejar de hacerlo. La tecnología del yo, de nuevo desde nuestro punto de vista, no es un imperati-

vo que determine la conducta de unos u otros. Precisamente, Foucault señaló que somos más libres de lo que creemos, y no porque estemos menos determinados, sino porque hay muchas cosas con las que aún podemos romper, para hacer de la libertad un problema estratégico, para crear libertad. Para liberarnos de nosotros mismos.

CÓMO FUNCIONA Y PARA QUÉ SIRVE LA PSICOPATOLOGÍA

Tras este paso por Lyotard o Foucault, volvamos a nuestro humilde análisis de la psicopatología. En nuestros inicios en la profesión, se nos insistió, como hicimos durante años nosotros mismos con las siguientes generaciones de residentes, que era imprescindible saber lo primero de todo mucha "psicopatología", ya que ésta era la base de la psiquiatría. Es cierto que hoy en día se insiste más bien en que se sepa mucho de farmacología, pero refiriéndose a libros con dibujos de colorines traídos por anunciantes sonrientes y no a revisiones sistemáticas sobre problemas de seguridad de los fármacos que dichos anunciantes promocionan, pero éste es otro tema que ahora no viene al caso.

¿Y cómo funciona el conocimiento psicopatológico en el día a día de un Servicio de Psiquiatría? Lo primero que se espera de un residente que empieza su formación, es que domine el "lenguaje psicopatológico". Que sepa nombrar bien los síntomas del paciente. Es decir, que ante el relato del paciente de su malestar, objetivo, subjetivo o negado, sepa traducirlo en un conjunto de síntomas descritos por dicho conocimiento psicopatológico y que, a continuación, serán tratados por la técnica psiquiátrica. Y conste que este conocimiento psicopatológico acumulado representa un

trabajo descomunal de grandes pensadores, realizado casi de forma completa en los albores de la disciplina hace ya muchas décadas y de gran profundidad teórica. Y es cierto que cualquiera que haya mostrado interés por el campo de la locura y su trato, no deja de amar en cierto sentido ese conjunto de descripciones sintomatológicas tan bellamente desarrolladas (un poco a la manera como los médicos no dejan de tener sus "enfermedades favoritas"). El problema es, o debería ser, en qué afecta este estado de cosas a la persona que atendemos.

Cuando se trata de un *loco*, un psicótico, el paso por el filtro del lenguaje psicopatológico consigue mostrar la erudición del profesional, lo mucho o poco (normalmente y cada vez más, poco) que conoce la psiquiatría clásica y lo aplicado que es al estudio. Al paciente, de nada le vale que el profesional que le atiende sepa que la voz que le habla apoderándose de sus cuerdas vocales sin que él lo pueda evitar es una *alucinación psicomotriz en el sentido de Séglas*. Nos esforzamos en catalogar las vivencias locas del paciente en nuestro álbum de botánica, como especies más comunes o más raras, pero sin que quede claro si a través de todo este trabajo, sin duda ímprobo, se avanza lo más mínimo en el esfuerzo de intentar comprender, acompañar o ayudar a la persona que experimenta vivencias que, probablemente, ni siquiera puedan explicarse en nuestro lenguaje común.

Y otro es el caso cuando se trata de un paciente, por llamarlo de alguna manera, *no loco*, es decir, alguien que sufre de *enfermedades* que no son otra cosa que sentimientos humanos en reacción a avatares vitales o, incluso, simples variantes de formas de ser: depresiones, ansiedades, hi-

peractividades, impulsos, adicciones y tantos casos y casos de personas que acaban creyéndose enfermos y comportándose como tales sólo porque su cultura decide catalogarlos así (para mayor beneficio económico de vendedores de falsos remedios y mayor prestigio de supuestos expertos carentes de ética). Oímos profusamente cómo el paciente tiene toda una ristra de síntomas aparentemente médicos: *hipotimia, apato-abulia, anergia, anhedonia, ansiedad generalizada, déficit del control de los impulsos...* Y lo decimos tan seriamente como si afirmáramos que tiene *fiebre, tos y expectoración*. Y sólo de pasada se comenta que empezó todo hace dos meses cuando murió su padre, o perdió el trabajo o se divorció... Y conseguimos convertir una reacción sufrida pero inevitablemente normal en un caso clínico de alguna enfermedad como el *episodio depresivo*, o el *trastorno adaptativo*, o la *distimia*... Con lo que varios beneficios se hacen evidentes: ya no tenemos que enfrentarnos a intentar ayudar a esa persona o, más lógico y más difícil, atrevernos a decirle que no hay ayuda médica que le podamos dar (y si alguien aún cree de la utilidad de los antidepresivos para casos así, hay bibliografía independiente (16, 17, 18) fácilmente disponible); hemos conseguido además parecer muy profesionales y capaces de mantener el control de la situación; y una vez que el pobre desgraciado esté con su pastillita y/o su terapia, ya molestará menos a la vez que nuestro trabajo seguirá teniendo pleno sentido sin tener que plantearnos duda alguna...

CÓMO FUNCIONA Y PARA QUÉ SIRVE LA PSIQUIATRÍA

La situación de crisis económica y política que atravesamos y que nos atraviesa está poniendo de manifiesto una situación

en la atención psiquiátrica (como en tantas otras cosas y casos en los que confiábamos más o menos acríticamente) que de hecho ya se venía produciendo desde hacía tiempo: la atención psiquiátrica-psicológica funciona (para lo cual es indiferente que los profesionales sean o no conscientes de ello) como dispositivo de control del malestar, que es desviado así de su origen social hacia aspectos individuales, donde no podrá ser solucionado y provocará daños en forma de iatrogenias y dependencias diversas. Así mismo, este dispositivo se sostiene y fomenta también gracias a la óptica capitalista de obtención de beneficios por encima de toda ética, que aplican las industrias farmacéuticas (como tantas otras) promocionando enfermedades que no son tales, sobrediagnosticando otras y logrando una medicalización global de la población desconocida hasta finales del siglo XX y principios del XXI. Todo ello con la colaboración imprescindible y siempre atenta de las administraciones sanitarias que olvidan su función de control y de los profesionales sanitarios que olvidan su función de cuidado (19, 20).

Sin mucho temor a equivocarnos, podríamos plantear que el dispositivo que conocemos como *salud mental* es una construcción de naturaleza ideológica que desempeña una función social básica (aparte de las más inmediatas de obtención de beneficios para la industria y prestigio para los profesionales), que no es otra que el *adormecimiento*. Un nuevo opio del pueblo, pero esta vez bajo receta médica o indicación psicoterapéutica. Imagínense si todos los parados de este pobre país, engañados y estafados muchos de ellos en una burbuja inmobiliaria que no crearon pero pagan (mientras que los que sí la crearon siguen cobrando lo mismo o más que antes), decidieran dejar

sus pastillas y sus terapias y marcharan juntos sobre el Congreso o la Moncloa. Pero claro, el doctor repite lo que el gran experto a sueldo de la farmacéutica dice, es decir, que esto va a ser la serotonina desregulada, así que *tranquilito en casa* sin tomar decisiones hasta que uno esté bien. Y a lo mejor, como nos hizo ver Rendueles (21), para llegar a estar bien, habría que empezar a tomar decisiones (o la Bastilla, ya puestos).

La psicoterapia no está exenta de sus propias iatrogenias (22, 23) y forma parte del mismo dispositivo de control social que estamos describiendo. Nuestra cultura occidental, hace ya algunas décadas, cuenta con un meme fundamental que podríamos definir como: “*expresar - confesar - no guardarse los problemas - preocupaciones - traumas con un profesional psi es bueno - necesario - imprescindible para estar bien - ser feliz - realizarse uno mismo*”. Como tal meme, se repite a múltiples niveles y se acepta de forma casi acrítica por gran parte de la población. El problema es que nadie ha demostrado que tal aseveración sea cierta. Y aunque no dudamos de que muchas veces la psicoterapia puede ser útil a nivel individual, nos tememos que a nivel social termina por crear una sociedad donde uno olvida su propia capacidad de superar los problemas por uno mismo, o con el apoyo de su familia y amigos, siendo capaz de desarrollar una red social que lo fortalezca en los momentos difíciles y le haga sentirse parte de algo. No como un pobre traumatizado que tiene que ir a consulta cada dos semanas porque no es capaz de superar que su pareja le dejó. Los buenos terapeutas insisten en “devolver la responsabilidad al paciente”. Pero tal vez no deberían empezar por quitársela definién-

dole como “paciente” en el acto mismo de iniciar la terapia.

En nuestra opinión y como profesionales de la psiquiatría, deberíamos abandonar esta función en que la sociedad, algunos de nuestros supuestos expertos y muchas veces nosotros mismos también, nos colocamos. Porque nos conduce a, y nos perpetúa en, una cultura en la que no sólo todo malestar es interpretado como patológico, sino que toda ausencia de felicidad absoluta es vista como enfermedad. Una psiquiatría así termina por impedir a los seres humanos buscar su felicidad aceptando que nunca la encontrarán por completo, y lleva a creer y caer en falsos remedios y a buscar muletas diversas, condenando a muchas personas a iatrogenias terribles y a cronificaciones sin salida. Esta crítica supone tener que trabajar en una frontera difusa y fácil de cruzar sin darse cuenta, pero de intentar fijarla de forma adecuada depende que nuestra disciplina pueda efectivamente ser un instrumento social de ayuda o, en lugar de ello, una herramienta más del poder que usa a la gente siempre como un *medio* (para ganar dinero o prestigio, o bien para limitar y controlar sus deseos de libertad y solidaridad) y nunca como un *fin* en sí misma.

Pensamos que en algún lugar, no más allá del control de la conducta del loco y del malestar del *triste*, sino más bien dentro de cada uno de ellos, existe un espacio para una psiquiatría que de verdad sea útil para algunas personas. Una psiquiatría que ayude a la persona en un brote psicótico a dominar su angustia y superar su miedo. Una psiquiatría que dé esperanza al delirante, al alucinado y a sus familias para entender que una crisis no significa una condena. Una psiquiatría que acompañe al

psicótico a lo largo de su camino, incluyendo por supuesto sus recaídas y sus recuperaciones. Una psiquiatría que pueda, en algunos momentos, echar una mano a personas sanas en dificultades o con malesares que no saben resolver por sí mismos, pero sin erigirse en remedio mágico del dolor consustancial a la vida humana y a las sociedades que construimos.

¿Y QUÉ SE PODRÍA HACER TRAS TANTA CRÍTICA A LA PSICOPATOLOGÍA Y LA PSIQUIATRÍA?

Pues la verdad es que no lo tenemos claro. Hemos amado mucho la psicopatología y la hemos estudiado tanto como hemos podido. Pero no podemos evitar preguntarnos por su utilidad. Por su utilidad para la persona que tratamos que, no lo olvidemos, es de lo que debería ir todo esto. Evidentemente, se nos puede decir que sin un análisis psicopatológico fino no podemos llegar a un diagnóstico certero de lo que le ocurre al paciente. Buen argumento, si no fuera porque no parece que los diagnósticos psiquiátricos sean susceptibles de tal certidumbre. Para diagnosticar a un paciente de un problema orgánico intercurrente, no hace falta saber psicopatología, sino medicina. Y para diagnosticar a una persona de psicosis, no se adelante nada diciendo que la voz que le da órdenes es realmente una “*alucinación acústica verbal comandatoria*”. Con escuchar al paciente, ya llegamos al diagnóstico sin tener que “hacernos los expertos” poniendo nombres a sus experiencias, para pretender demostrar que “sabemos lo que le pasa en realidad”. Y poner nombres de síntomas a lo que son dolores de la vida cotidiana (que es muy dura para mucha gente y cada vez lo está siendo más) supone pretender situar en su inte-

rior (ya sea en la serotonina, el Edipo, las sobregeneralizaciones o lo que sea) la causa de su malestar y en nosotros mismos como profesionales el intento de solución, que pasará por riesgos de dependencias e iatrogenias a veces terribles para un beneficio que se conseguía igual o mejor hace décadas con el apoyo sociofamiliar, el paso del tiempo o la propia fuerza de cada uno.

Resumiendo, ¿no hay tal vez que estudiar psicopatología? No creemos que ésa sea la solución. Claro que hay que estudiarla. Y conocerla a fondo. Y luego, saber dejarla a un lado cuando lo que consigue es alejarnos del paciente que sufre en vez de acercarnos a él, o cuando lo que hace es describir como enfermo a alguien sano pero dolorido, alguien que necesita no ser *paciente* (es decir, *pasivo*) sino *activo* en la búsqueda de soluciones (y tal vez culpables) a su dolor.

Aunque sea agradable la sensación de poder que el profesional adquiere cuando domina el lenguaje de la disciplina, el cómo marca una frontera entre los iniciados que saben *cómo se llaman las cosas* y los demás que no lo saben, debemos también aquí, tolerar la incertidumbre, *aceptar que no sabemos*. Reconocer que llamar *alucinación* a una voz no es un progreso en el conocimiento sino una técnica de poder. Y nuestro trabajo es ayudar en el alivio de nuestros pacientes, no detentar poder sobre ellos. La psicopatología ha sido una herramienta de incalculable valor en psiquiatría para aplicar un lenguaje técnico *encima* de cualquier conducta, emoción o pensamiento que hemos querido catalogar como patológico, convirtiendo cualquier variante de la normalidad en enfermedad. ¿Quedará alguien a

quien llamar normal? Desde luego, no después del paso por una consulta de psiquiatría o psicología.

¿Nuestra propuesta? Perder el miedo a

decir que no se sabe y suprimir el deseo de controlar y ejercer poder, deseo nacido de aquel miedo. Y, aunque cueste, resignarse a la idea de renunciar al poder implícito en *saber decir las cosas por su nombre...*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- García-Valdecasas J., Vispe A., Blog *postPsiquiatría*. Disponible en: www.postpsiquiatría.blogspot.com
- 2.- Ortiz A., *Hacia una psiquiatría crítica*. Editorial Grupo 5, 2013.
- 3.- García-Valdecasas J., Vispe A., "La raya en la arena: la Psiquiatría entre la ética y la industria farmacéutica". *Norte de salud mental*, 2015, vol. XIII, nº 52, 33-43.
- 4.- Vispe A., Hernández M., Ruiz-Flores M., García-Valdecasas J. "De la psicosis aguda al primer episodio psicótico: rumbo a la cronicidad". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2015, vol. 35, nº 128, 731-748.
- 5.- García-Valdecasas J., Vispe A., García-Valdecasas V., Hernández M. "¿Hacia un nuevo paradigma en Psiquiatría?". *Norte de salud mental*, 2016, vol. XIV, nº 55, 20-30.
- 6.- Achotegi J. "La biopolítica, 30 años después. Vigencia de Michel Foucault". 2014. Disponible en <http://blogs.publico.es/joseba-achotegui/2014/02/16/la-biopolitica-30-anos-despues-vigencia-de-michael-foucault/>
- 7.- Achotegi J. Blog *Salud mental en tiempos difíciles*. Disponible en: <http://blogs.publico.es/joseba-achotegui/>
- 8.- Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría 5ªed.*, Barcelona, Masson, 2002.
- 9.- Luque R., Villagrán J.M., *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid, Editorial Trotta, 2000.
- 10.- García-Valdecasas J., Vispe A., "Mercaderes en el Templo: hegemonía del paradigma bio-comercial en Psiquiatría". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2011*, vol. 31, nº 110, 321-341.
- 11.- Lyotard J.F. *La condición postmoderna 4ª ed.* Cátedra, 2006.
- 12.- Kuhn T.S., *La estructura de las revoluciones científicas*. Mexico, FCE, 1975.
- 13.- Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica, tomos I y II*. Editorial Fondo de Cultura Económica de España, 2006.
- 14.- Foucault M. *El poder psiquiátrico*. Ediciones Akal, 2005.
- 15.- Foucault M. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Paidós Ibérica, 1990.
- 16.- Kirsch I., Deacon B.J., Huedo-Medina T.B., Scoboria A., Moore T.J., et al. "Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration". *PLoS Med*, 2008, 5(2):e45. doi:10.1371/journal.pmed.0050045
- 17.- Barbui C., Cipriani A., Patel V., Ayuso-Mateos J., Van Ommeren M., "Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis". *British Journal of Psychiatry*, 2011, 198: 11-16 doi:10.1192/bjp.bp.109.076448
- 18.- Fournier J.C., DeRubeis R.J., Hollon S.D., Dimidjian S., Amsterdam J.D., et al. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-analysis. *JAMA* 2010; 303(1):47-53. doi:10.1001/jama.2009.1943.

- 19.- Goldacre B., *Mala Farma*. Paidós Ibérica, 2013.
- 20.- Gøtzsche P. *Medicamentos que matan y crimen organizado*. Los libros del lince, 2014.
- 21.- Rendueles G. *La psiquiatría como mano invisible del desorden neoliberal*, en AA. VV., *Neoliberalismo vs. Democracia*. La Piqueta. Madrid, 1998.
- 22.- Rose S., Bisson J., Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD000560. doi: 10.1002/14651858.CD000560.
- 23.- Lilienfeld S.O. Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, March 2007, 2(1), 53-70. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.

*Jose Garcia-Valdecasas Campelo
Amaia Vispe Astola*

Correspondencia: jose_valdecasas@hotmail.com

El turno transdiagnóstico y el retorno de la psicopatología:

el tema de nuestro tiempo en psiquiatría

The trans-diagnostic turn and the return of psychopathology: The theme of our time in psychiatry

Marino Pérez-Álvarez

Catedrático Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.

RESUMEN

Tras la crisis de los sistemas diagnósticos, surge el turno transdiagnóstico. Alternativas transdiagnósticas no faltan. De hecho, el problema es su abundancia. Ante su diversidad, se plantea si no habrá un factor p de psicopatología general o un proceso patógeno común. Otro problema es que las alternativas transdiagnósticas sigan utilizando categorías diagnósticas como ansiedad, depresión y psicosis. Después de todo, categorías diagnósticas parecen imprescindibles. Pero ya no se refiere a una clasificación o tipificación basada en síntomas, sino prototípica basada en tipos ideales o ejemplares. Se refiere a una clasificación prototípica sobre la base de una psicopatología fenomenológica estructural, interesada en describir estructuras, núcleos o Gestalt más allá de los síntomas.

Palabras clave: *dimensiones transdiagnósticas; hiperreflexividad; redes de síntomas; psicopatología; psicología existencial; fenomenología estructural*

A raíz de la crisis de los sistemas diagnósticos (DSM, CIE), se están buscando alternativas. La crisis tomó cuerpo con la declaración el 29 de abril de 2013 por parte de Thomas Insel como director del *National Institute of Mental Health* (NIMH) de EEUU según la cual el instituto no iba a utilizar en adelante los criterios diagnósticos debido a su falta de validez (Insel, 2013). De modo que bien se podría decir que el lanzamiento del flamante DSM-5 en mayo del mismo año nace “clínicamente muerto”. Por su parte la *Critical Psychiatry Network*, una organización

RESUMEN

After the crisis of the diagnostic systems, the transdiagnostic turn arises. Transdiagnostic alternatives are not lacking. In fact, the problem is its abundance. Given its diversity, it is posed whether there will be a p -factor of general psychopathology or a common pathogenic process. Another problem is that transdiagnostic alternatives continue to use diagnostic categories such as anxiety, depression and psychosis. After all, diagnostic categories seem to be essential. But it no longer refers to a classification based on symptoms, but prototypical based on ideal or exemplary types. It refers to a prototypical classification based on a structural phenomenological psychopathology, interested in describing structures, cores or Gestalt beyond the symptoms.

Key words: *transdiagnostic dimensions; hyper-reflexivity; networks of symptoms; psychopathology; existential psychology; structural phenomenology.*

creada por psiquiatras británicos, ha promovido la campaña “No más Etiquetas Psiquiátricas” dirigida al Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido para la abolición de sistemas diagnósticos como el DSM y CIE (Timimi, 2014a). Una psiquiatría crítica de los modelos establecidos está en marcha (Ortiz Lobo, 2013). El tema de nuestro tiempo en psiquiatría parece ser la búsqueda de alternativas a los sistemas diagnósticos ahora en entredicho por más que sigan en uso.

Sin embargo, las alternativas transdiag-

nósticas no dejan de hablar de las mismas categorías diagnósticas que pretenden superar. De modo que ahora se tiene una diversidad de dimensiones transdiagnósticas junto con las categorías de siempre, resultando un panorama confuso. El presente trabajo trata de clarificar este panorama y de ofrecer una salida, en cinco pasos. Primero, se muestra el emergente turno transdiagnóstico, cuyo problema inmediato es la variedad de alternativas. Segundo, se trata de ver si esta variedad se puede reducir o destilar en alguna dimensión general común a todas ellas. Tres, dado que las categorías tradicionales siguen funcionando, se plantea la cuestión de si son inevitables por el momento o imprescindibles en todo caso. Cuatro, en vista de su omnipresencia, se plantea por qué la ansiedad y la depresión siempre aparecen sea que hablemos de dimensiones transdiagnósticas o de categorías diagnósticas. Cinco, se propone la conjugación de dimensiones y categorías, de acuerdo con otro tipo de categorización distinto del basado en síntomas de cuya crisis se partía.

1) Alternativas no faltan, el problema es su abundancia

Alternativas no faltan, de hecho el problema paradójicamente es su abundancia y la consiguiente falta de consenso y de poder institucional para hacerlas valer. La psiquiatría que rechaza los sistemas diagnósticos ofrece su alternativa. Así, el NIMNH ya tenía una alternativa en los llamados *Research Domain Criteria* (RDoC). Los RDoC suponen una estrategia de investigación que trata de identificar dimensiones patofisiológicas subyacentes a las distintas categorías (Cuthbert e Insel, 2013). El problema de los RDoCs como proyecto tendente a identificar algún día los circuitos neuronales averiados (*Faulty Circuits*) en la base según se supone de los

problemas psiquiátricos y convertir la psiquiatría en neurociencia clínica es que en la perspectiva de este trabajo implicaría al final si se cumplieran sus designios un reduccionismo *decimonónico* como alguna vez se pudo imaginar en el siglo XIX (Griesinger, Meynert). Los RDoC tienen mucho cerebro pero por así decir poca cabeza como para dar cuenta de la complejidad de los trastornos psicopatológicos (Parnas, 2014).

La propia psiquiatría cuenta con tradiciones no-reduccionistas que ellas mismas suponen una alternativa transdiagnóstica antes de que ésta se anduviera buscando, como la psiquiatría psicodinámica, la fenomenológica y la comunitaria. Antes de la “promulgación” *urbi et orbi* en 1980 (DSM-III) del sistema categorial ahora en crisis, los trastornos psiquiátricos se entendían como reacciones a los problemas de la vida, siendo necesarias y suficientes solo unas pocas categorías básicamente distinguiendo entre *reacciones* neuróticas y psicóticas.

La citada actual *Red de Psiquiatría Crítica* dentro de su énfasis por resituar los problemas clínicos en el contexto de la vida de las personas, entiende que un mínimo de categorías serían suficientes. Así, Timimi diría que bastarían unas cuantas categorías de tipo clásico no superadas distinguiendo entre problemas neuróticos, psicóticos, del desarrollo y de la personalidad (Timimi, 2014b).

Por su parte, la psicología clínica dispone no de una alternativa transdiagnóstica sino de una variedad de ellas. Se podría decir que la psicología clínica “juega en casa” en el torneo transdiagnóstico ya que la mayor parte de sus enfoques: psicodinámico, humanista, conductual, sistémico,

contextual, son transdiagnósticos de origen y vocación. No se dejaría de recordar que estos enfoques son compartidos con la psiquiatría más allá del modelo biomédico. La psiquiatría como disciplina no está obligada a identificarse con los sistemas diagnósticos, por lo que no se juega su ser o no ser con la crisis diagnóstica, como sí lo hace en particular la psiquiatría de base biomédica (biológica, neurociencia clínica). Dentro de la psicología clínica, el enfoque cognitivo-conductual es quizá el más preocupado con la crisis diagnóstica en la medida en que se ha adaptado a los sistemas diagnósticos y los ha adoptado como guías de tratamientos específicos y propuesta de modelos ad hoc para cada categoría (terapia cognitiva o cognitivo-conductual para esto y lo otro, con sus modelos del trastorno). La mimetización con el modelo médico le ha servido a la terapia cognitivo-conductual para su éxito y prestigio, pero le lleva ahora a su mudanza en la dirección transdiagnóstica con una variedad de alternativas y de protocolos unificados.

El caso es que la psicología clínica incluyendo la mudanza de la terapia cognitivo-conductual cuenta con una diversidad de alternativas transdiagnósticas. Sin ser exhaustivo, un recuento de dimensiones transdiagnósticas comunes a una diversidad de diagnósticos identificó trece (Pérez Álvarez, 2012) y no han dejado de aparecer más. Entre las dimensiones *censadas* en 2012 figuran por nombrar solo una cuantas las siguientes: la atención auto-focalizada centrada en experiencias y pensamientos, la teoría de la auto-objetivación del propio cuerpo, la rumia de pensamientos, la preocupación, el perfeccionismo, la trampa-vital y la evitación experiencial (Pérez Álvarez, 2012, cap. 3). Otras dimensiones más que se incorporan son por

ejemplo el modelo transdiagnóstico de apego con base en la teoría del apego de Bowlby (Ein-Dor, Viglin y Doron, 2016), la ansiedad-ante-la-muerte (Iverach, Menzies y Menzies, 2014) y una teoría integrada de defensa psicológica (Hart, 2013). La búsqueda de la felicidad como nuevo superego que pareciera obligar a ser felices sin más criterio de valoración que el “me gusta”, puede que sea ya una dimensión transdiagnóstica paradójica en la base de diversos malestares.

Todavía se han de añadir otras alternativas transdiagnósticas debidas en este caso a un método técnico psicométrico, no a un proceso psicopatológico como las anteriores. Se refiere al *análisis de las redes de síntomas*. El análisis de redes permite establecer correlaciones entre síntomas que dan lugar a grupos-de-síntomas los cuales no dejan de estar a su vez correlacionados con otros grupos. Como destacan Borsboom et al, “las redes son transdiagnósticas por naturaleza” porque los trastornos entendidos como grupos de componentes más íntimamente conectados comparten síntomas con trastornos que a su vez comparten síntomas con otros (Borsboom et al, 2011, p. 612). Con base en esta lógica se ha introducido la psicosis como dimensión transdiagnóstica. La psicosis como dimensión transdiagnóstica cubre no sólo las clásicas psicosis esquizofrénica y esquizoafectiva, sino una variedad de trastornos del espectro psicótico incluyendo el trastorno delirante, la depresión psicótica, el trastorno bipolar, el trastorno psicótico breve, experiencias tipo-psicótico de la población general entre otros (Van Os y Reininghaus, 2016).

En este boyante panorama, surgen dos problemas. De una parte, está la proliferación de dimensiones transdiagnósticas al

extremo de que abundan poco menos que las categorías diagnósticas que iban a sustituir. La cuestión es si no habrá una dimensión patógena común, más general. De otra parte, se sigue hablando de categorías como si nada. La cuestión aquí es si las categorías son inevitables o acaso imprescindibles. Vayamos por partes.

2) Preguntando por alguna dimensión patógena común, más general

La pregunta por una posible dimensión patógena general común a las diversas propuestas tiene sentido, empezando por su parecido entre ellas, sugerente de que se pueden referir al mismo proceso o fenómeno. Ciertamente, las propuestas transdiagnósticas, como los conejos, se reproducen mucho, pero son muy parecidas. Hay dos tipos de respuestas, según el método y su filosofía de base. Un método consiste en el análisis factorial confirmatorio, según un enfoque positivista cuantitativo. Otro método consiste en la meta-síntesis de temas según un enfoque interpretativo cualitativo.

2.1 El factor p de psicopatología general, una pasteurización estadística

De acuerdo con el análisis factorial confirmatorio se ha propuesto un factor “p” de psicopatología general, en analogía con el factor “g” de inteligencia general (Caspi et al, 2013). El método consiste en aplicar análisis factorial a los síntomas de una diversidad de trastornos. El análisis pone de relieve factores debidos a las correlaciones de los síntomas según su asociación entre ellos. Factores de primer orden dan lugar a factores de segundo orden más generales como trastornos externalizantes (agresividad, psicopatía, hiperactividad), internalizantes (ansiedad, depresión) y de pensamiento (obsesivos, maníacos, esquizofrénicos). Los factores de segundo

orden no dejan a su vez de estar correlacionados entre sí, surgiendo entonces un factor general: el factor “p” de psicopatología general. La cuestión, se preguntan los autores, está en si p es meramente un artefacto estadístico o una entidad real y significativa. “No lo sabemos todavía pero especulamos que p pudiera apuntar a hipótesis comprobables.” (Caspi, et al, 2013, p. 14).

Se puede prever que el propio método de análisis factorial confirmatorio termine por confirmar en muestras sucesivas la misma o similar estructura factorial, debido a que metiendo lo mismo (síntomas de las categorías al uso) sale lo mismo gracias a la propia lógica del método dirigida a extraer factores generales. Al fin y al cabo, los síntomas de las categorías “tradicionales” no eran gratuitos ni estúpidos, sino que suelen ir juntos y eso cuando no son variaciones del mismo. Las hipótesis pueden confirmarse, pero no por ello se estaría poniendo de relieve un factor generador (*trouble générateur*, en el sentido de Minkowski) ni una estructura propiamente psicopatológica (núcleo o Gestalt). Lo que el método pone de relieve no son sino correlaciones empíricas entre síntomas predeterminados. El factor p viene a ser una *reducción* de la nueva cocina estadística de la que se *evaporan* las cualidades de los fenómenos clínicos, una reducción al absurdo inducida por el método, una pasteurización estadística, como si la variedad de quesos de Asturias se redujera al factor “q” de queso general del Principado de Asturias.

2.2 La hiper-reflexividad como condición patógena: para pensar

De acuerdo con una meta-síntesis de la variedad de dimensiones transdiagnósticas propuestas se llegaría también a un proceso psicopatológico general, pero aquí lo

que se destila y sintetiza es el contenido de los procesos implicados, no meras correlaciones empíricas abstractas.

En realidad, cualquiera de las dimensiones propuestas se podría extender y elevar a proceso patógeno general más allá de su ámbito inicial. Así, la rumia inicialmente *localizada* en la depresión se ofrece hoy como un factor de riesgo también para la ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos de la alimentación (Lyubomirsky, Layous, Chancellor y Nelson, 2015). El pensamiento repetitivo incluyendo la rumia y la preocupación *especializada* en la ansiedad se ha propuesto como mecanismo transdiagnóstico general que mantiene a uno atascado y exacerba el humor y la cognición negativa de un modo potencialmente psicopatológico (Watkins, 2015). Mención especial merece la atención auto-focalizada propuesta por Rick Ingram antes de la moda transdiagnóstica como condición psicopatología que se encuentra en una variedad de trastornos (ansiedad, depresión, adicciones, esquizofrenia) con un posible estatus causal (Ingram, 1990).

Además de procesos generales (rumia, pensamiento repetitivo, atención auto-focalizada), distintos enfoques psicológicos—cognitivo, psicodinámico, existencial, contextual—ofrecen también sus teorías generales del proceso psicopatológico. La terapia cognitivo-conductual tradicionalmente adherida al sistema diagnóstico categorial y coaligada con el modelo médico se reconvierte ahora en un enfoque transdiagnóstico con sus protocolos unificados, en vez de terapias específicas (Rector, Man y Lerman, 2014). En una perspectiva psicodinámica relacional se ha propuesto el modelo transdiagnóstico del apego como disposición a múltiples tras-

tornos a través de una “tríada oscura” de procesos de afectividad negativa intensificada, hipervigilancia a las amenazas y nivel bajo de respuesta percibida de otros (Ein-Dor, Viglin y Doron, 2016). En una perspectiva existencial se ha propuesto toda una teoría de la “defensa psicológica” del sistema-de-seguridad en relación con las amenazas de la vida (Hart, 2013). En la perspectiva contextual de las terapias de “tercera generación” o terapias contextuales se ha propuesto la inflexibilidad psicológica como proceso común de una variedad de condiciones clínicas (Pérez Álvarez, 2013).

Con todo, cabe todavía proponer una destilación o meta-síntesis del proceso psicopatológico que de una u otra manera está en las distintas dimensiones y enfoques. Se refiere a una hiper-reflexividad o autoconciencia intensificada como condición patógena, no mera consecuencia o concomitancia (Fuchs, 2010a; Pérez Álvarez, 2008; 2012). Aun siendo la reflexividad y la autoconciencia cualidades distintivas del ser humano, pueden devenir en procesos contraproducentes potencialmente patógenos, más allá de la razonabilidad que suponen. La hiper-reflexividad patógena tiene ejemplos conspicuos en la rumia, la preocupación, el pensamiento repetitivo y la atención auto-focalizada, pero no consiste únicamente en procesos de pensamientos y atención como los señalados. Procesos de la “tríada oscura” del modelo de apego como la afectividad intensificada y la hipervigilancia son igualmente instancias de reflexividad por la que aspectos de uno cobran preponderancia sobre lo demás. De modo similar, la teoría de la defensa psicológica contiene aspectos esenciales de “aprehensión y ansiedad acerca de la propia vulnerabilidad” por los que uno mismo cobra presencia para sí, con-

cernido por preocupaciones existenciales de inseguridad, conciencia-de-la-muerte e incertidumbre. Por su parte, la inflexibilidad psicológica con sus procesos de evitación experiencial y fusión cognitiva implica igualmente una reflexividad intensificada de aspectos de uno mismo que toman la delantera en la vida de la persona.

La hiper-reflexividad a la que se refiere aquí incluye además de los aspectos citados, la conciencia intensificada de aspectos subjetivos normalmente tácitos, pre-reflexivos, como ocurren en la esquizofrenia: cenestesias, des-automatización de hábitos rutinarios y sonorización del pensamiento entre otros (Pérez-Álvarez et al, 2016). En general, la hiper-reflexividad se refiere a la *auto-presencia de uno para sí mismo de un modo que se interpone entre uno y el mundo interfiriendo con la propia trayectoria de la vida*. La hiper-reflexividad no supone por sí misma un problema más que acaso un problema de la vida debido a una preocupación, apuro, agobio, contratiempo, crisis o situación-límite. Pero un *problema de la vida* no es por sí mismo un *problema psicológico* o trastorno psiquiátrico. Un problema de la vida llega a ser un trastorno cuando la hiper-reflexividad termina por envolver a uno en una recurrencia de acciones, reacciones e inacciones (bucle) de manera que los esfuerzos por salir de la situación ya forman más parte del problema que de la solución.

La idea de hiper-reflexividad como condición patógena implica la noción de bucle, circuito o *situación* dentro de la que uno está. La noción de situación se retomará más adelante a propósito de entender cómo un problema de la vida llega a ser un problema psicológico o psiquiátrico. La idea de hiper-reflexividad es además solidaria de una ontología histórica confor-

me a la cual la propia hiper-reflexividad y los trastornos psicológicos tendrían ante todo una naturaleza histórico-cultural. La reflexividad lejos de ser una emergencia del cerebro (según se supone a partir de preguntas mal hechas por presuntuosas del tipo de cómo el cerebro produce la conciencia), resultaría de un proceso histórico al hilo de formas de vida, sistemas de organización social y desarrollos tecnológicos, donde destaca la invención de la escritura como técnica e institución social (Pérez-Álvarez, 2012).

Aun cuando la idea de hiper-reflexividad no es un concepto fácil de manejar en el contexto clínico (no es una categoría diagnóstica ni siquiera transdiagnóstica si acaso meta-transdiagnóstica), sirve para pensar los problemas planteados por la proliferación de dimensiones transdiagnósticas. Se recordará que “pensar” viene de *pesar* como operación manual antes que mental de comparar una cosa en una mano con otra en la otra y así sopesar unas cosas con otras (ideas, conceptos, argumentos). Siempre es mejor pensar reflexivamente sopesando que no-pensar más allá de la zona de confort habitual o pereza intelectual y de las ideas recibidas que no por dominantes son las mejores.

2.3 Las dos disciplinas científicas de la psicología y la psiquiatría

La pregunta por un posible factor o dimensión común de las numerosas propuestas transdiagnósticas se ha respondido de dos maneras dependiendo del método estadístico (análisis factorial confirmatorio) o interpretativo (meta-síntesis de contenidos temáticos). Importa señalar que no se trata de que una respuesta es científica (supuestamente la estadística) y la otra no. Ambas son científicas de acuerdo con los paradigmas científicos en el que se inscri-

ben: el paradigma científico positivista de base cuantitativa en el caso del análisis factorial confirmatorio y el paradigma científico hermenéutico o contextual de base cualitativa en el caso de la meta-síntesis. El primero adopta el método positivista para la psiquiatría y psicología como pretendidas ciencias naturales y el segundo adopta el método hermenéutico (contextual) de las ciencias humanas a las que en realidad pertenecen la psiquiatría y la psicología.

La cuestión aquí es reconocer que tanto la psiquiatría como la psicología consisten histórica y epistemológicamente en dos disciplinas, enfoques o paradigmas, con la hegemonía de uno sobre otro, pero condenados a reconocerse y entenderse, aun cuando no es fácil su compatibilización. El enfoque hegemónico sigue siendo el biomédico tecnológico que según parece ya no da más de sí (Bracken, Thomas, Timimi et al, 2012; Deacon, 2012; Ortiz Lobo, 2013; Ramos-Gorostiza y Adan-Manes, 2011), por lo que se reivindica un cambio en la dirección hermenéutica cualitativa (Adan-Manes y Ramos-Gorostiza, 2016; Bracken, 2014; Gergen, Josselson y Freeman, 2015). Más que una nueva hegemonía, importaría su integración, pero no es fácil, debido no sólo a sus distintos métodos (cuantitativo y cualitativo) sino a la diferente filosofía de base. Permítase establecer la diferencia mediante el aforismo debido al sociólogo William B. Cameron (falsamente atribuido a Einstein) según el cual: *No todo lo que cuenta se puede contar, ni todo lo que se puede contar cuenta.*

Por lo que aquí respecta, se asume que la psiquiatría y la psicología son ciencias humanas (sociales, culturales, hermenéuticas, conductuales, contextuales, según el matiz o énfasis que se quiera poner), más

que ciencias naturales como se quieren asimilar por mor de su prestigio. Pero su asimilación como ciencias naturales *apostadas* al método positivista (con el ensayo aleatorizado controlado, el meta-análisis y el análisis factorial confirmatorio como reglas de oro) y a la neurociencia (con sus neuroimágenes y mecanismos como criterio de verdad), es lo que ha llevado al descontento con el modelo biomédico y su crisis actual (Bracken et al, 2012; Deacon, 2012; Ortiz Lobo, 2013). El propio éxito del modelo biomédico en psiquiatría y psicología lleva a su *éxito* o salida “hacia una psiquiatría crítica” (Ortiz Lobo, 2013) o psiquiatría hermenéutica (Bracken, 2014). El propio encallamiento de la psicología científica positivista está dando paso a una “psicología cualitativa” no en vano el nombre de una nueva revista de la American Psychological Association (Gergen et al, 2015).

3) Preguntando si las categorías diagnósticas son inevitables o imprescindibles

La pregunta surge al ver que las propuestas transdiagnósticas siguen usando las categorías diagnósticas que supuestamente iban a sustituir. ¿En qué quedamos? Las alternativas transdiagnósticas no usan las categorías meramente por la necesidad de referirse a ellas (como el ateo necesita hablar de dios), sino como criterio de validación de las propias dimensiones que se proponen. Uno se podría preguntar si las categorías diagnósticas son inevitables en tanto se disponga de alternativas consensuadas o si en realidad son imprescindibles porque se imponen por la naturaleza de los fenómenos clínicos psicopatológicos.

Por lo pronto, la ansiedad y la depresión siempre aparecen como referentes de las distintas dimensiones (atención auto-focalizada, rumia, preocupación,...), sin

por ello quedar sustituidas o excusadas. Así, la rumia tiene su ejemplo favorito en la depresión y la preocupación en la ansiedad y el pensamiento repetitivo en ambas. La “ganancia” estaría en que en vez de las varias depresiones (mayor, menor) y ansiedades (general, específica) que distinguen los sistemas diagnósticos, se habla únicamente de ansiedad y de depresión. Esta recurrencia de la ansiedad y la depresión se aprecia particularmente al proponer tratamientos transdiagnósticos como los “protocolos unificados” de tratamiento conductual o psicodinámico para la ansiedad, la depresión o los “trastornos emocionales”. También es notable la recurrencia de la ansiedad y la depresión en las terapias contextuales por más que tengan una base trasndiagnóstica.

Podríamos empezar a responder aquí la pregunta de si las categorías son inevitables o imprescindibles. Sin embargo, se hace necesario discutir antes la alternativa metodológica del análisis de redes de síntomas y de la psicosis como dimensión transdiagnóstica. Importa discutir estas propuestas y tomar posición en relación con ellas debido a su carácter metodológico, en vez de psicopatológico, y al prejuicio cientificista y metodologista de la psiquiatría y la psicología, no vaya a ser de nuevo que los fenómenos se dibujan por el método en vez de por sus “junturas naturales”.

3.2. Las redes de síntomas como alternativa transdiagnóstica: las categorías otra vez

De acuerdo con el análisis de redes de síntomas, los trastornos son vistos como sistemas-de-síntomas que interactúan dinámicamente. En la perspectiva de red, emergen conjuntos de síntomas (*clusters*) altamente correlacionados derivados de

las interacciones dinámicas entre ellos. Las relaciones causales se darían entre los síntomas mismos, sin suponer causas externas a la red como entidades “latentes” o “subyacentes”. Los síntomas pueden estar o no activados en un momento dado y así exacerbar o aliviar otros síntomas.

Los análisis de redes de síntomas tienen su base en los propios síntomas de los sistemas diagnósticos típicamente el DSM. De esta manera, las redes ofrecen estructuras-de-síntomas no sorprendentemente coincidentes con las categorías definidas por los mismos síntomas (Boschloo et al, 2015). De todos modos, el análisis de redes presenta tres novedades. Una es que muestra relaciones causales entre los síntomas, más que suponer causas latentes (Borsboom et al, 2011). Otra es la conexión entre trastornos a través de síntomas-puente, sin suponer trastornos discretos (Borsboom et al, 2011). Otra novedad más es su aplicabilidad a la dinámica de los síntomas del caso individual, cómo las redes-de-síntomas pueden tener configuraciones diferentes entre individuos y a lo largo del tiempo en el mismo individuo (Wichers, 2014).

El problema de las redes de síntomas es también triple. Para empezar, esta alternativa transdiagnóstica no se sale de los sistemas diagnósticos que están en entredicho, desacreditados y hasta desahuciados nada menos que por el NIMH y la Red de Psiquiatría Crítica como se dijo al principio. Las redes beben y viven de los síntomas de modo que lo que sale de la “cocina” estadística es lo que meten: un revuelto de las categorías al uso. La confirmación de sus propias hipótesis acerca de las agrupaciones de síntomas es en realidad tautológica. El propio método confirma las hipótesis que se derivan de él. En segundo lugar, las redes se ofrecen como “relaciones causa-

les” pero no son sino correlaciones que, a pesar de todo, pueden deberse a factores de otro orden sin excluir alteraciones de la estructura y dinámica de la subjetividad. Las posibles alteraciones de la subjetividad no son “variables latentes”, sin duda este último un concepto problemático que se quiere evitar con la noción de “redes de síntomas”. Finalmente, el problema de fondo del análisis de redes es epistemológico debido a la metafísica del método por la que se homogeneizan los síntomas como si fueran iguales, no-específicos de nada (Parnas y Henriksen, 2016). En esta homogeneización de los síntomas por la que se “reducen” a variables correlacionales se “evaporan” sus cualidades y sentido dentro de la persona. Al fin y al cabo, las personas no tienen manojos de síntomas.

3.3. La psicosis como dimensión transdiagnóstica: una ilusión del método

De la mano de la red de síntomas la psicosis también debutó como dimensión transdiagnóstica” (Wigman et al, 2016) englobando no sólo las diferentes psicosis, sino otras entidades clínicas e incluso subclínicas de la población general (van Os y Reininghaus, 2016). La continuidad entre trastornos como la psicosis como dimensión transdiagnóstica y su extensión a “síntomas” subclínicos de la población general puede ser más que nada una ilusión debida al método de homogeneización (pasteurización). La noción de espectro como continuidad puede ser en realidad un *espectro* fantasmagórico: la imagen espectral de una psicopatología muerta, sin cualidades.

Cuando se analizan las experiencias más allá de los síntomas, aparecen diferencias cualitativas entre muestras clínicas y no-clínicas (Stanghellini, Langer, Ambrosini y Cangas, 2012). Así, la experiencia de

las alucinaciones en pacientes con esquizofrenia está íntimamente relacionada con la identidad personal consistente en anomalías duraderas del sentido del yo y una metamorfosis característica de la relación de uno con el mundo, mientras que la experiencia de las alucinaciones del grupo no-clínico está relacionada más bien con eventos circunstanciales sea por caso situaciones de nostalgia y se refieren a menudo como fenómenos únicos o aislados (Stanghellini et al, 2012). Por otra parte, las alucinaciones clínicas están asociadas a más ansiedad, malestar e interferencia en la vida cotidiana que las no-clínicas (Langer et al, 2015). La mera cuantificación de frecuencia e intensidad enmascara cualidades distintivas de los fenómenos.

Dentro del espectro psicótico, el mero recuento de síntomas también diluye diferencias cualitativas esenciales entre los trastornos: esquizofrenia, melancolía y manía. Un estudio cualitativo pone de relieve diferencias entre los delirios en la depresión melancólica y en la esquizofrenia, tanto en aspectos internos de forma y contenido, como externos relativos al trasfondo de la experiencia de la que surgen (Stanghellini y Raballo, 2015). Mientras que el delirio esquizofrénico toma la forma de *revelación* súbita como la epifanía de una nueva realidad, el delirio depresivo toma la forma de *confirmación* de una verdad previa que ya estaba ahí latente (típicamente la corroboración de culpa). Tocante al contenido, el delirio esquizofrénico refleja una estructura alterada de la subjetividad de contenido *ontológico*, mientras que el delirio depresivo concierne a asuntos mundanos de la vida práctica de contenido *óntico*. El trasfondo de la experiencia del delirio esquizofrénico supone una transformación inexplicable de la rea-

lidad, suspendida entre la falta-de-sentido y la inminente revelación de un nuevo significado, con una vivencia generalizada de alienación y extrañeza, una crisis total. Por su lado, el trasfondo de la experiencia en el delirio depresivo supone una situación de auto-contradicción creciente casi paralizante, con pérdida progresiva de la capacidad para la acción, sufriendo por su indiferencia emocional. Las experiencias vividas del tiempo, el cuerpo, el espacio y el yo son también distintas en el delirio esquizofrénico y depresivo, así como la orientación existencial: pérdida de contacto *vital* con la realidad en la esquizofrenia e hiperconexión con las normas sociales en la depresión (Stanghellini y Raballo, 2015).

Mediante un enfoque tripartito dialéctico consistente en partir de las *diferencias clásicas*, después considerar las *afinidades* por las que las categorías se inscriben en un mismo espectro y finalmente percibir en un examen más fino si existen todavía *diferencias más sutiles*, Louis Sass y Elizabeth Pienkos describen diferencias esenciales entre esquizofrenia, melancolía y manía (Sass y Pienkos, 2013; 2015a; 2015b). Las diferencias se revelan sobre una variedad de dimensiones de la experiencia y modo de ser-en-el-mundo. En relación con el sentido común y la convencionalidad, la esquizofrenia se caracteriza por la pérdida del mundo-dado-por-hecho y de la convencionalidad, la melancolía al contrario por el conformismo y la “normopatía” y la manía por una particular hipersociabilidad, necesidad de aprobación y “comunidad” con los demás. La paranoia común en las distintas psicosis tiene sin embargo sus particularidades. Mientras que la paranoia en la esquizofrenia tiene más un sentido ontológico o metafísico que meramente contingente o empírico implicando sentimientos de centralidad, en la melancolía y

la manía tiene un sentido más contingente y empírico ligado a los estados de humor típicamente culpa o vergüenza en la melancolía e irritabilidad y sentido de ser-enviado en la manía (Sass y Pienkos, 2015a).

En relación con los objetos y el espacio, Sass y Pienkos establecen las siguientes particularidades. “Mientras que los pacientes con manía y melancolía están atrapados dentro de su punto de vista, incapaces de escapar de su colorido afectivo y de adoptar una perspectiva más objetiva, los pacientes de esquizofrenia parecen a veces casi perder el sentido de tener cualquier centro.” (Sass y Pienkos, 2013, p. 135). La dimensión del tiempo-vivido es también distinta: con la experiencia del tiempo congelado y fragmentado en la esquizofrenia, estancado y obturado en la melancolía y fluido y fugitivo en la manía (Sass y Pienkos, 2013). La atmósfera como experiencia del mundo referida a sentimientos de la realidad, familiaridad, significado, relaciones causales y tono emocional es también cualitativamente distinta en la esquizofrenia, manía y melancolía (Sass y Pienkos, 2013). Asimismo en relación con la experiencia del lenguaje. Mientras que en la esquizofrenia se da a menudo una disociación del significado respecto de las “palabras” convertidas en objetos perceptivos, cuando no toda la experiencia parece inefable, en la melancolía el lenguaje solo parece limitado para captar el propio dolor, tristeza o vacío. Por su lado, en la manía el lenguaje se vive como torrente de asociaciones cambiando de contexto a contexto (Sass y Pienkos, 2015b).

Una evaluación de las psicosis más allá de los síntomas requiere de una cartografía de la subjetividad y sus alteraciones (Pérez Álvarez, 2017). El análisis de los síntomas, en los síntomas se queda. Más allá de los

síntomas se impone pues reconocer categorías diagnósticas definidas por sus cualidades experienciales, estructuras de la subjetividad y modos de ser en el mundo. A la pregunta de partida, si las categorías diagnósticas son inevitables o imprescindibles, responderíamos que son imprescindibles. Pero importa ver que estaríamos hablando ahora de categorías definidas sobre otra base y forma de categorización.

4) Categorías existenciales antes que clínicas

¿Por qué siempre aparecen la ansiedad y la depresión a la hora de buscar dimensiones transdiagnósticas? ¿Por qué las dimensiones transdiagnósticas tienen siempre la ansiedad y la depresión como referentes? ¿Por qué la ansiedad y la depresión son los problemas y diagnósticos más frecuentes en la clínica? ¿Por qué en algún momento en todas las condiciones clínicas cualquiera que sea el diagnóstico siempre están presentes la ansiedad y la depresión? Porque son ante todo formas humanas, muy humanas, de estar mal cuando el mundo se vuelve de revés.

4.1. La ansiedad y la depresión: experiencias y condiciones de la vida

Quizá sea hora de reconocer que la ansiedad y la depresión son, antes que categorías clínicas, categorías existenciales: experiencias y condiciones de la vida que ponen de relieve nuestro modo de estar en el mundo. Son categorías existenciales antes que clínicas tanto en términos históricos como biográficos.

Históricamente, la angustia tiene su entrada en la filosofía con Kierkegaard en su obra *El concepto de angustia* de 1844. No perjudique el contexto religioso en el que se mueve Kierkegaard para percibir que se trata de la angustia del individuo moder-

no, cada vez más desvinculado de estructuras y visiones-del-mundo que den seguridad. La angustia surge ante la posibilidad en tanto posibilidad como “vértigo de la libertad”. El vértigo ante un abismo dice Kierkegaard viene tanto del abismo, como de uno mismo que lo contempla. La angustia implica tentación y soledad, “solo ante el peligro”. Perdida la inocencia y caído uno en el *pecado* de la libertad, la angustia muestra que el ser humano se enfrenta a la tarea de devenir uno mismo. El *miedo a la libertad* al que se refiere Erich Fromm en su obra homónima revela una responsabilidad difícil, muy difícil, de asumir. Más allá de un contexto religioso, la angustia sirve a Heidegger en *Ser y tiempo* de 1927 como categoría filosófica que pone al descubierto la verdadera condición del ser humano, *Dasein*, como ser-ahí, sin las seguridades acostumbradas. Por su parte, Sartre plasma en *La náusea* de 1938 la contingencia de la vida, nada necesario, todo gratuito: ese jardín, esta ciudad, yo mismo. Cuando uno llega a comprenderlo, se le revuelve el estómago y todo empieza a flotar, dice “Roquentin”, su personaje.

Por su parte, la depresión tiene su entrada en la filosofía también de parte de Kierkegaard un su obra *La enfermedad mortal* de 1849, un tratado sobre la desesperación. La desesperación se refiere sobre todo a la indecisión que mantiene a uno paralizado, sin poder librarse de los propios pensamientos y pesadumbres de los que se alimenta. El desesperado en el fondo desespera de sí mismo. Parece decirse “César o nada”, pero la desesperación no es por no llegar a ser César, sino por ese yo que no ha conseguido serlo. El aburrimiento como trasfondo de la depresión es también una categoría existencial de Heidegger. Se refiere al aburrimiento como *tedio vital* y abo-

recimiento, vacío, fastidio y hastío como se presenta el mundo en su reverso melancólico. No por casualidad, Sartre propuso “melancolía” como título de la novela que se titularía *La náusea*. La relevancia filosófica y clínica que alcanzan estas experiencias-de-la-vida (ansiedad, depresión) tiene su correspondencia con los tópicos literarios del *spleen* de las ciudades y el mal-del-siglo: malestares modernos.

En términos biográficos, la ansiedad y la depresión son también antes que diagnósticos formales—y sin dejar de serlo después—, problemas de la vida: pérdidas, conflictos, decepciones, frustraciones, agobios, incertidumbre, crisis. Otra cosa es que estos malestares tomen hoy una forma clínica de acuerdo con el predominio que la clínica tiene sobre otras concepciones o teodiceas del sufrimiento humano como la religiosa, la existencial o la moral (Brinkmann, 2016).

Las circunstancias que la ansiedad pone de relieve tienen que ver con alguna ruptura o resquebrajamiento en nuestra seguridad y amarres de la vida que hasta ahora se mantenía segura. Cuando una relación, el ajuste familiar, los proyectos de la vida dejan de ser razonablemente seguros y, por el contrario, devienen inseguros o se rompen, nos dejan *ahí* (Dasein), al descubierto, a la intemperie, en la incertidumbre, preocupados, teniendo que hacer algo sin estar claro qué ni cómo, expuestos: es la ansiedad. Supone la ansiedad en su raíz un miedo y un vértigo por quedar uno-ahí *libre* de la seguridad acostumbrada (*vértigo de la libertad, miedo a la libertad*). Las circunstancias que la depresión pone de relieve tienen que ver, muy parecidas a la ansiedad, con la pérdida o alejamiento de algo valioso que realmente nos importa. Cuando aquello que daba sentido a nuestra

vida se pierde o pierde valor, “en los nidos de antaño, no hay pájaros hogaño”, diría Cervantes, la vida no parece tener sentido (dirección y significado) y, por lo demás uno se encuentra desganado, devaluado, desvitalizado y hasta el propio cuerpo parece un obstáculo: es la depresión.

Las cuentas para una perspectiva existencial siempre salen mejor con la ansiedad y la depresión. ¿Qué hay de la esquizofrenia? Depende cómo se enfoque. Quizá sea ya hora de repensar la esquizofrenia como crisis global de la experiencia del mundo y de sí mismo, más allá de la letanía de una “enfermedad del cerebro de origen genético” reducida a un manojito de síntomas. Hay al menos siete razones para pensar la esquizofrenia en el contexto de la persona y sus circunstancias, en el contexto de la biografía más que de la neurobiología: 1) la alteración del yo y la persona que implica en su esencia, 2) su origen moderno a partir del siglo XVIII, 3) el comienzo juvenil no por casualidad crítico en relación con la constitución de la identidad y la posición en el mundo, 4) el mejor pronóstico en países menos desarrollados sugerente de la implicación social y cultural, 5) la mayor incidencia entre inmigrantes de sociedades tradicionales en ciudades modernas, 6) la desmitificación del relato genético el cual da a entender más de lo que hay y 7) la sensibilidad a la psicoterapia (Pérez-Álvarez et al, 2016). Siete razones de este tipo debieran ser más convincentes que 77 hechos sueltos amontonados sin ser ninguno especialmente relevante (Keshavan, Nasrallah y Tandon, 2011)

4.2. Por un toque existencial de los problemas clínicos

Esta perspectiva existencial puede parecer extraña a los estándares clínicos. Pero también es cierto que hay un renovado y

creciente interés por un “toque” existencial de los problemas clínicos, debido en parte a la propia insatisfacción con la visión estándar. Este interés se aprecia en dos movimientos actuales: la psicología cultural-existencial (Sullivan, 2016) y la psicología experimental-existencial (Greenberg, Koole y Pyszczynski, 2004; Solomon, Greenberg y Pyszczynski, 2015).

La psicología cultural-existencial investiga las maneras en las que diferentes culturas orientan a los individuos en relación con el sufrimiento y su afrontamiento, cómo las culturas filtran e infiltran todos los aspectos de la experiencia de amenaza y defensa (Sullivan, 2016). Así, culturas de una orientación colectivista-religiosa donde un conjunto de creencias dan sentido a todo y la socialización fomenta la interdependencia y el compromiso con la sociedad, protegen a los individuos de la depresión por falta de sentido y de la ansiedad ante la incertidumbre, a cambio de una mayor propensión a la culpa y la vergüenza en caso de “desviación” e “incumplimiento”. Por su lado, culturas de una orientación más individualista-secular pluralista (como la occidental moderna en proceso de globalización), donde se prioriza el mérito y el éxito personal, protegen de la culpa y de las obligaciones sociales, a cambio de la mayor propensión a la depresión y la ansiedad. Mientras que las culturas colectivistas-religiosas excusan a los individuos de reflexionar, las individualistas-seculares los hacen reflexivos e hiper-reflexivos a veces más allá de lo razonable cuando entran en *modo* rumia y preocupación. Las manifestaciones clínicas pueden y deberían verse en relación con la crisis de sentido en la sociedad actual (García Haro, en revisión, a)

La psicología experimental-existencial estudia el impacto en nuestra vida cotidiana

y las implicaciones clínicas de preocupaciones existenciales como la muerte, la soledad, la identidad, la libertad y el sentido de la vida (Greenberg, Koole y Pyszczynski, 2004). La estructura social y la autoestima nos proporcionan seguridad y sentido, pero preocupaciones como las señaladas están presentes en nuestra vida cotidiana tanto más en una sociedad pluralista, individualista y secular como la actual. Aun cuando estos temas y problemas no lleven explícitamente a la consulta psiquiátrica y ni siquiera se expliciten allí, puede incluso que los síntomas impidan ver el problema de fondo (García Haro, en prensa, b), no quiere decir que no estén implicados en los problemas clínicos o acaso consistan en ellos esencialmente. No en vano se han propuesto dimensiones transdiagnósticas de base existencial para una diversidad de condiciones clínicas que tienen en común algún tipo de amenaza psicológica-existencial. Se refiere la ansiedad-ante-la-muerte (Iverach, Menzies, & Menzies, 2014), a la teoría integrada de defensa psicológica (Hart, 2013) y a la teoría del apego (Hart, Shaver y Goldenberg, 2005).

Aun cuando los clínicos no suelen utilizar categorías existenciales, sus consultantes tienen más que nada problemas-de-la-vida suficientemente “enredados” como para buscar y necesitar ayuda profesional (García Haro, en revisión, b). Ahora bien, el hecho de que los problemas psiquiátricos o psicológicos sean antes que nada existenciales, situaciones-límite o crisis, no quita su condición clínica, sino que los sitúa en otra perspectiva: más en la vida y la biografía que en la biología.

4.2. Qué convierte un problema de la vida en un problema clínico

Hasta aquí, estas experiencias y condiciones no son problemas clínicos, sino

acaso problemas de la vida o existenciales: modos de mal-estar inquietos, desasosegados, preocupados, reflexivos, tristes, que revelan las circunstancias por las que estamos pasando o en las que estamos atrapados. En tanto sirven para darnos cuenta y rehacernos, estas circunstancias a veces situaciones-límite (Jaspers) constituyen experiencias de la vida que llevan su *cura* por el propio cuidado (*sorge*) que uno procura o debe y puede procurar. La pregunta sería cuándo estos problemas de la vida empiezan o terminan por ser *problemas psicológicos*. Sin que haya un momento puntual ni un criterio preciso, se podría decir que los problemas psicológicos empiezan a darse y consolidarse cuando esas experiencias ya no sirven para la clarificación de la situación y la realización de algo resolutivo. Y, por el contrario, uno entra en un proceso de rumia (más que de reflexión), de preocupación reiterada (más que de resolución) y de evitación (más que de afrontamiento) que sumerge en un bucle o “círculo neurótico”. Al final, el problema no está ni dentro de uno (cerebro o mente), ni fuera (estrés ambiental, malestar-de-la-cultura). Es uno el que termina por estar *dentro* de una situación. Una situación resultante de las circunstancias que nos acaecen y de lo que hacemos y dejamos de hacer en relación con ellas según nuestro modo de ser y estilo de personalidad.

La noción de situación como alternativa a la noción de enfermedad mental se refiere a una configuración de circunstancias, eventos, percepciones, acciones, reacciones, experiencias, respuestas fisiológicas, actividades neuronales, nuevos eventos, percepciones, acciones, reacciones, experiencias, que terminan por constituir un bucle de retroalimentación negativa y causalidad circular (Fuchs, 2009; 2011; 2012; Lewis, 2015). Los posibles circuitos neuro-

nales “averiados” formarían parte del propio circuito que configura la situación, lejos de su hipóstasis como causas y referentes que hipotecan la investigación según el modelo biomédico y en particular el proyecto RDoC. La situación patógena como configuración de la vida en un bucle resulta sobre todo de un papel pasivo en el que no hay una intención explícita de crear la situación porque acaso la persona no sabe o no puede hacer otra cosa.

5) Dimensiones transdiagnósticas y categorías psicopatológicas: esa es la cuestión

Se ha saludado y presentado el movimiento transdiagnóstico como respuesta a la crisis de los sistemas diagnósticos. Sin embargo, las categorías diagnósticas parecen ser imprescindibles. El propio turno o giro transdiagnóstico parece implicar el retorno o vuelta de la psicopatología. Esta recurrencia de las categorías clínicas no ocurre solo dentro del movimiento transdiagnóstico como una forma alguien podría decir de “retorno de lo reprimido”. La vuelta de la psicopatología se percibe también en la propia psiquiatría con independencia del giro transdiagnóstico señalado. Se refiere a una psicopatología fenomenológica, no nosográfica ni meramente descriptiva de experiencias subjetivas, sino estructural interesada en describir posibles estructuras de la subjetividad alteradas, más allá de los signos y síntomas (Fuchs, 2010b; Parnas y Zahavi, 2002; Pérez-Álvarez, 2017; Stanghellini, 2009; Stanghellini y Aragona, 2016).

Un enfoque fenomenológico estructural se ofrece como una *pedra de toque* sobre la que proponer una posible combinación de un enfoque transdiagnóstico y una categorización psicopatológica. A propósito de la psicosis como dimensión transdiagnóstica se ha mostrado cómo más allá de sus simili-

tudes psicóticas, la esquizofrenia, la melancolía y la manía son cualitativamente distintas en aspectos esenciales. Se ha mostrado también que dentro de su aspecto y espectro neurótico la ansiedad y la depresión son categorías diferenciables. Aun cuando participen de dimensiones comunes de inflexibilidad psicológica, evitación experiencial o hiper-reflexividad, el pensamiento repetitivo, rumia o preocupación que las caracteriza se arremolinan y enredan más bien como ansiedad o depresión según el centro de gravedad esté polarizado hacia el futuro (preocupación, ansiedad) o en el pasado (rumia, depresión), dependiendo de lo que pasa y del estilo de personalidad preocupado (ansioso) o pensativo (depresivo) de cada uno. De esta manera, podemos conjugar la dimensión transdiagnóstica con figuras diagnósticas como la ansiedad, la depresión y las distintas psicosis.

De acuerdo entonces con el presente planteamiento, las categorías clínicas siguen en pie, pero sobre otra base y hechura. Ya no se trata de puñados de síntomas (5 de 10) ni de redes-de-síntomas, sino de figuras con estructura, cuyo patrón organizativo, o desorganizador, sería un patrón patógeno de hiper-reflexividad que se arremolina y configura de diversas maneras reconocibles (ansiedad, depresión, esquizofrenia, melancolía, manía). La imagen de la cordillera como cadena de montañas sobresalientes (categorías diagnósticas) desplegadas sobre un mismo pliegue tectónico (dimensiones transdiagnósticas) podría servir para hacer ver esta salida natural y coherente dentro de su aparente contradicción a la crisis diagnóstica a la que ha abocado el DSM-5. Alguna forma de clasificación se impone por la propia naturaleza de los fenómenos y de las prácticas clínicas. El problema no es la clasificación, sino qué clasificación.

Se refiere a una forma de clasificación o categorización prototípica, basada en tipos ideales o ejemplares, distinta de una clasificación criterial, basada en síntomas. De hecho, en la práctica los clínicos probablemente proceden más de acuerdo con “prototipos” que contando síntomas. Otra cosa es que en la investigación se sigan todavía utilizando categorías tipo DSM o CIE, así como en las guías clínicas, las normas de las revistas, los informes y los certificados, por la inercia de su poder institucional y hábitos clínicos. Después de su desahucio generalizado empezando por el NIMH, el uso de las categorías del DSM no deja de ser una forma por así decir de prevaricación como lo sería usar criterios diagnósticos a sabiendas de que carecen de validez.

De todos modos, dentro de la categorización de forma prototípica hay dos versiones: la prototípica-definicional consistente en una definición-tipo a menudo sacada de los sistemas diagnósticos del propio DSM (Westen, 2012) y la prototípica-ejemplar consistente en un tipo-ideal ejemplar definido por un aspecto nuclear o estructura (Parnas, 2015; Parnas y Gallagher, 2015; Schwartz y Wiggins, 1987; Wiggins, y Schwartz, 2013).

Puesto que el prototipo definicional consiste prácticamente en hacer una definición con los síntomas, en vez de utilizarlos como ítems discretos, no supone gran novedad, alcance, ni avance en psicopatología. Viene a ser una red de síntomas en versión de redacción-de-los-síntomas. Por lo que aquí respecta, el prototipo ejemplar sería la forma de categorización que se sostiene. La investigación y la práctica clínica sobre la base de una categorización prototípica implican estudiar y describir la Gestalt, núcleo o estructura organizadora

o mejor desorganizadora del problema o trastorno, supuesto que los pacientes no tienen manojos de síntomas. Aun cuando la clasificación prototípica mantenga los mismos nombres de las categorías, cuya historia no es gratuita, no se podría decir que son los mismos perros con distintos

collares: se trata de distintos perros con collares también distintos. No es igual definir y enfocar la esquizofrenia por los síntomas que por la estructura alterada de la subjetividad y ser en el mundo que implica más allá de los síntomas (Parnas, 2012; Pérez-Álvarez, 2017; Pérez-Álvarez et al, 2016).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adan-Manes, J. y Ramos-Gorostiza, P. (2016). On the notion of psychosis: semantic and epistemic concerns. *Journal of Psychopathology*, 22, 1-8.
- Borsboom, D., Epskamp, S., Kievit, R.A., Cramer, A.O.J., and Schmittmann, V.D. (2011). Transdiagnostic Networks Commentary on Nolen-Hoeksema and Watkins (2011). *Perspectives on Psychological Science*, 6, 610-614. doi: 10.1177/1745691611425012
- Boschloo L, van Borkulo CD, Rhemtulla M, Keyes KM, Borsboom D, Schoevers RA (2015) The Network Structure of Symptoms of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *PLoS ONE* 10 (9): e0137621.
- Bracken, S. R. (2014). Towards a hermeneutic shift in psychiatry. *World Psychiatry* 13, 241-243. DOI 10.1002/wps.20148
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S. et al (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201, 430-434. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.109447
- Brinkmann, S (2016). *Diagnostic culyures. A cultural approach to the patologization of modern life*. Londres: Routledge.
- Caspi, A. et al (2013). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical Psychological Science*, 20, 1-19. doi: 10.1177/2167702613497473
- Cuthbert, B. N., & Insel, T. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11:126. doi:10.1186/1741-7015-11-126
- Deacon, B. (2013). The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review* 33, 846-861. doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007
- Ein-Dor, T., Viglin, D., & Doron, G. (2016). Extending the Transdiagnostic Model of Attachment and Psychopathology. *Frontiers in Psychology*, 7, 484. doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00484
- Fuchs, T. (2009). Embodied cognitive neuroscience and its consequences for psychiatry. *Poiesis and Praxis*, 6, 219-233. 10.1007/s10202-008-0068-9
- Fuchs, T. (2010b). The Psychopathology of Hyperreflexivity. *Journal of Speculative Philosophy New Series*, 24, 239-255.
- Fuchs, T. (2010b) Phenomenology and Psychopathology. En S. Gallagher y D. Schmicking, eds. *Handbook of phenomenology and the cognitive sciences* (547-573). Springer.
- Fuchs, T. (2011). The brain – a mediating organ. *Journal of Consciousness Studies*, 18 (7-8), 196-221.
- Fuchs, T. (2012). Are mental illnesses diseases of the brain? In S. Choudhury & J. Slaby (Eds.) *Critical neuroscience: A handbook of the social and cultural contexts of neuroscience* (pp. 331-344). Malden, MA: Wiley: Blackwell.
- García Haro, J. (en revisión, a). Cuando se deja de hacer pie: Notas sobre Cultura Moderna, Crisis de Sentido Vital y Psicopatología.

- García Haro, J. (enviado, b). Cuando los síntomas no dejan ver el sentido: Una mirada existencial a la Psicoterapia.
- Gergen, K. J., Josselson, R., & Freeman, M. (2015). The promises of qualitative inquiry. *American Psychology, 70*, 1–9. doi: 10.1037/a0038597
- Greenberg, J., Koole, S., & Pyszczynski, T. (2004). *Handbook of experimental existential psychology*. New York: Guilford Press.
- Hart, J. (2014). Toward an integrative theory of psychological defense. *Perspectives on Psychological Science, 9*, 19–39. doi: 10.1177/1745691613506018
- Hart, J., Shaver, P. R., & Goldenberg, J. L. (2005). Attachment, self-esteem, worldviews, and terror management: Evidence for a tripartite security system. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 999–1013.
- Ingram, R.E. (1990). Self-focus attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin, 107*, 156–172.
- Insel, T. (2013). Director's Blog: Transforming Diagnosis. <https://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Iverach, L., Menzies, R., Menzies, R. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review, 34* (7), 580–593. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.09.002
- Keshavan, M. S., Nasrallah, H. A., & Tandon, R. (2011). Schizophrenia, “just the facts” 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. *Schizophrenia Research, 127*, 3–13. doi.org/10.1016/j.schres.2011.01.011
- Langer, Á.I., Stanghellini, G., Cangas, A.J., Lysaker, P.H., Nieto-Muñoz, L., Moriana, J.A., Barrigón, M.L., & Ambrosini, A. (2015). Hallucination-Like Experiences: Interpretation, Emotional Reactions and Daily Life Implications' in Clinical and Nonclinical Populations. *Psicothema, 27*, 19–25.
- Lewis, M. (2015). *The Biology of Desire: Why Addiction Is Not a Disease*. Nueva York: Public Affairs.
- Lyubomirsky, S., Layous, K., Chancellor, J., & Nelson, S. K. (2015). Thinking about rumination: The scholarly contributions and intellectual legacy of Susan Nolen-Hoeksema. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*, 1–22.
- Ortiz Lobo, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Editorial Grupo.
- Parnas, J. (2014). The RDoC program: psychiatry without psyche? *World Psychiatry, 13* (1): 46–47. doi: 10.1002/wps.20101
- Parnas J. (2012). The core Gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry, 11*, 67–69.
- Parnas J. (2015). Differential diagnosis and current polythetic classification. *World Psychiatry, 14*, 284–287.
- Parnas, J. y Gallagher, S. (2015). Phenomenology and the interpretation of psychopathological experience. En L.I. Kirmayer, R. Lemelson, C.A. Cummings (eds.): *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience and Global Mental Health* (pp.65–80). New York: Cambridge University Press.
- Parnas, J. y Henriksen M.G. (2016). Epistemological error and the illusion of phenomenological continuity. *World Psychiatry, 15*, 126–127.
- Parnas, J. y Zahavi, D. (2002). The role of phenomenology in psychiatric classification and diagnosis. En Maj M, Gaebel JJ, Lopez-Ibor N, Sartorius N, eds. *Psychiatric Diagnosis and Classification* (137–162). Wiley.
- Pérez-Álvarez, M. (2008). Hyperreflexivity as Condition in mental disorders: A Clinical and Historical Perspective. *Psicothema, 20*, 181–187.
- Pérez Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2013). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Pérez-Álvarez, M. (2017). La evaluación fenomenológica más allá de los síntomas. En Fonseca, E. (ed.). *Manual para la evaluación del síndrome psicótico*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., Vallina-Fernández, O. y Perona-Garcelán, S. (2016). Rethinking Schizophrenia in the Context of the Person and Their Circumstances: Seven Reasons. *Frontiers in Psychology, 7*, 1650. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01650

- Ramos-Gorostiza P. y Adan-Manes J. (2011). Misunderstanding psychopathology as medical semiology: an epistemological enquiry. *Psychopathology*, 44, 205-215.
- Rector, N. A, Man, V., Lerman, B. (2014). The expanding cognitive-behavioural therapy treatment umbrella for the anxiety disorders: disorder-specific and transdiagnostic approaches. *Canadian Journal of Psychiatry*. 59, 301-309.
- Sass L. A. y Pienkos E. (2013). Space, time and atmosphere. A comparative phenomenology of melancholia, mania and schizophrenia, part II. *Journal of Consciousness Studies*, 20, 131–152.
- Sass, L., y Pienkos, E. (2015a). Faces of intersubjectivity: Interpersonal experience in melancholia, mania, and schizophrenia. *Journal of Phenomenological Psychology*, 46, 1-32.
- Sass, L. y Pienkos, E. (2015b). Beyond words: Linguistic experience in melancholia, mania, and schizophrenia. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 14, 475-495.
- Solomon, S., Greenberg, J. y Pyszczynski, T. (2015). *The Worm at the Core: On the Role of Death in Life*. Londres: Penguin.
- Stanghellini, G. (2009). The meanings of psychopathology. *Current Opinion in Psychiatry*, 22,559–64.
- Stanghellini, G. y Aragona, M., eds. (2016). *An Experiential Approach to Psychopathology – Phenomenology of Psychotic Experiences*. Springer.
- Stanghellini, G., Langer, A.I., Ambrosini, A., & Cangas, A.J. (2012). Quality of hallucinatory experiences: Differences between a clinical and a nonclinical sample. *World Psychiatry*, 12(2), 110-113.
- Stanghellini, G. y Raballo, A. (2015). Differential typology of delusions in major depression and schizophrenia. A critique to the unitary concept of 'psychosis'. *Journal of Affective Disorders*, 171, 171–178.
- Sullivan, D. (2016). *Cultural Existential Psychology: The Role of Culture in Suffering and Threat*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Timimi S. (2014a). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 208–215.
- Timimi, S. (2014b). "Necesitamos modelos de tratamiento que hagan posible establecer relaciones terapéuticas significativas"-Entrevista a S. Timini. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5225.
- Van Os, J., y Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*, 15(1), 118–124.
- Schwartz, M.A. y Wiggins, O.P. (1987). Typifications. The first step for clinical diagnosis in psychiatry. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 175, 65-77.
- Watkins, E. (2015). An Alternative Transdiagnostic Mechanistic Approach to Affective Disorders Illustrated With Research From Clinical Psychology. *Emotion Review*, 0, 1–6. DOI: 10.1177/1754073915575400
- Westen D. (2012). Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry*, 11, 16–21.
- Wichers M. (2014). The dynamic nature of depression: a new micro-level perspective of mental disorder that meets current challenges. *Psychological Medicine*, 44, 1349–60. doi: 10.1017/S0033291713001979
- Wiggins, O. P., y Schwartz, M. A. (2013). Phenomenology and psychopathology: in search for a method. En G. Stanghellini y T. Fuchs (Eds.). *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology* (pp. 16–26). Oxford: Oxford University Press.
- Wigman, J. W. de Vos, S, Wichers, M., van Os y Bartels-Velthuis, A. A . (2016). Transdiagnostic Network Approach to Psychosis. *Schizophrenia Bulletin* doi:10.1093/schbul/sbw095

Marino Perez-Alvarez
Correspondencia: marino@uniovi.es

Ayer y hoy, en la Psiquiatría, épocas de cambio posible

Yesterday and today, in Psychiatry, times of possible change

Iñaki Markez

Médico psiquiatra.

Zubiok, Instituto Vasco de Psicoterapia. Bilbao

RESUMEN

Las teorías sobre la enfermedad mental siempre han sido poco precisas. La psiquiatría como institución represora, contenedora o sanadora era incompatible con los principios de una sociedad democrática, y debía ser abolida, liberada o modificada. La psiquiatría, verdadera Inquisición durante gran parte del siglo XX. En su segunda mitad del siglo XX se dieron diferentes posicionamientos en torno a la psiquiatría. Desde la antipsiquiatría hasta la más biologicista, pasando por las llamadas psiquiatría crítica y la postpsiquiatría, con argumentario alternativo y emancipatorio pero también nos ha dejado el lastre del estigma de la enfermedad mental que aún hoy permanece.

Precisamos de mayor sensibilidad en torno a la salud mental, de profesionales de la salud mental así como de líderes sociales, organizaciones comunitarias, población general y de las instituciones mismas. El cambio de la percepción sobre la enfermedad mental y con ello el estigma que subyace está pendiente.

Palabras clave: *Psiquiatría, antipsiquiatría, psiquiatría crítica, biopsiquiatría, alternativas, atención comunitaria.*

En los dos últimos siglos se ha construido la dicotomía normal-patológico, la diferencia, con diferentes teorías explicativas de distintos procesos de enfermedad: el delirio, la histeria, la neurosis, la psicosis, la esquizofrenia... Todo aquello que no pudiera estar en un contexto entendido como normal quedaba excluido y señalado como patológico, enfrentado a la norma.

La cuestión es que nos encontramos con no pocos posicionamientos y actuaciones autoritarias en la práctica clínica y

RESUMEN

The theories about mental illness have always been imprecise. Psychiatry as a repressive, container or healing institution was incompatible with the principles of a democratic society, and should be abolished, freed or modified. Psychiatry, true Inquisition during much of the 20th century. In the second half of the 20th century were given different positions around the psychiatry. From the anti-psychiatry until the more biologist, calls to critical Psychiatry and the post-psychiatry, with practises alternative and emancipatory but has also left us the ballast from the stigma of mental illness that still remains nowadays.

We need greater sensitivity around the mental health professionals of mental health as well as social leaders, community organizations, general population and institutions themselves. The change in perception about mental illness and the stigma that underlies is pending.

Key words: *Psychiatry, anti-psychiatry, critical psychiatry, biopsychiatry, alternatives, community care*

en las teorías psiquiátricas y psicológicas, pero también nos encontraremos discursos emancipatorios, de protesta, con prácticas reflexivas que permiten introducir pistas para pensar y actuar de modo diferente ante la enfermedad mental y las personas con trastorno mental.

Antipsiquiatría

Recordemos a Thomas Szasz, filósofo y crítico político de la psiquiatría, así como del comportamiento humano y la psicote-

rapia, con una vida comprometida con diversas causas que vinculaba con la libertad. Recordemos que, para él, la psiquiatría no formaba parte de la medicina sino de la filosofía, la sociología y la psicología. Con posicionamientos críticos hacia la nosología psiquiátrica, considerando que los diagnósticos psiquiátricos no tienen justificación desde un punto de vista científico pues son juicios formulados por el profesional sobre la conducta del paciente y no síndromes clínico-médicos como se presentan en los escritos de psiquiatría. Si la principal fuente de información es el relato del paciente sobre sus síntomas, ¿cómo puede saber que este no miente? Claro que si miente también se le asignará otras categorías diagnósticas. Los diagnósticos psiquiátricos de los fenómenos mentales son subjetivos. El propio Szasz (1971, 1974) diría que la psiquiatría inventa sus propias enfermedades al margen de un método científico, lo que no ocurre en ninguna otra rama de la medicina. Si la enfermedad mental carece de evidencia objetiva, los psiquiatras, con sus diagnósticos, medican problemas de la vida cotidiana.

Para Szasz (1976), la conducta está determinada casi exclusivamente por factores culturales. Esto le llevó a banalizar la psicosis, llegando a decir que la esquizofrenia consistía en una forma errónea de razonar y actuar que dependía de la voluntad del sujeto. De ahí a plantear la abolición de la psiquiatría institucional fue cuestión de elaborar otras páginas poco después. La psiquiatría institucional no va a desaparecer pues cumple una función social, muchas veces de difícil justificación, pero necesaria. Szasz prefirió la crítica política a la labor educativa en los ámbitos sociales y profesionales. Y abogó por la abolición de la psiquiatría coercitiva, de la hospitalización y tratamiento psiquiátrico involunta-

rio: “ninguna persona debería ser detenida involuntariamente si no es con el propósito de castigarla ni en otra institución distinta de la formalmente definida como parte del sistema judicial penal del Estado”. No olvidemos su ideario político liberal.

Sin pretender analizar la antipsiquiatría ni criticar sus fundamentos, tan solo recordar que cuando alguien se acerca a la antipsiquiatría, con frecuencia nombra como antipsiquiatras a Szasz, Laing, Cooper (quien primero utilizó el término), Goffman, Basaglia o Foucault, poco conocidos entre sí en sus primeras publicaciones y, por cierto, algunos de ellos como Goffman, Szasz y Foucault, sin conocer directamente hospital psiquiátrico alguno. Todo para aludir a un amplio colectivo de psiquiatras y psicólogos que, a finales de los 60s y en los 70s, rechazó la psiquiatría médica hegemónica, y propuso otra psiquiatría alternativa más social y comunitaria, con una gran resonancia en una época de crítica generalizada a la autoridad y a la represión, era el Mayo 68, donde la reclusión psiquiátrica es el paradigma de una represión legitimada por el “saber-poder” psiquiátrico. Entre los tópicos reduccionistas nos encontramos con la idea de que la Antipsiquiatría sostuvo que la Psiquiatría es esencialmente represiva y basada en una ideología médica equivocada.

Szasz también señaló su crítica formal a la antipsiquiatría, sesgándola en las conductas de sus impulsores. La primera vez que escribió un artículo crítico sobre la antipsiquiatría fue en 1976 (Szasz, 1984), “La antipsiquiatría: el modelo de la mente saqueada”. Posteriormente, dos décadas más tarde publicó varios artículos, culminados en su penúltimo libro: *Anti-Psychiatry Quackery Squared* (Szasz, 2009). Trataba de demostrar que la antipsiquiatría sigue el

mismo modelo médico que la psiquiatría en el tratamiento de una supuesta enfermedad llamada mental. Reeditó sus críticas a la antipsiquiatría, con duros retratos de la personalidad de Laing, Cooper y otros antipsiquiatras. Sus postulados no tienen nada que ver con las de los antipsiquiatras e incide aspectos del comportamiento de algunos de aquellos líderes del movimiento antipsiquiátrico, en el carácter, despreciable según él, de aquellos, concretamente Cooper y Laing: críticas a aspectos de la libertad individual, ser mala persona, fraude como profesional, bebedor excesivo, proveedor de LSD, promiscuo participante en las tendencias de moda, pendenciero, violento, padre de diez hijos de los que no se hace cargo, etc. Perdió el norte, claro que los insultos cruzados se mantuvieron largos años.

En suma, esta corriente trató de reformar el manicomio y transformar las relaciones entre el personal y los internados mediante una gran apertura a “la locura”, eliminando la propia noción de enfermedad mental.

POSTPSIQUIATRÍA

La Postpsiquiatría intenta sobrepasar el conflicto entre la psiquiatría y antipsiquiatría. Según desaparecía el movimiento antipsiquiátrico, fue surgiendo un movimiento de usuarios de la psiquiatría contra la estigmatización que provocan los diagnósticos psiquiátricos y contra las prácticas psiquiátricas coercitivas, a través de los tratamientos farmacológicos indiscriminados y las hospitalizaciones involuntarias. (Rissmiller y Rissmiller, 2006). *Postpsiquiatría* es la corriente psiquiátrica que apoya estos postulados reivindicativos, es la propuesta que se presenta como posmoderna y renovadora de la psiquiatría, inspirada en la

tesis según la cual el surgimiento de la psiquiatría moderna, no es resultado de un hecho científico sino político: el internamiento de gente considerada “irracional” en los manicomios (Foucault, 1976). Según esto, el propósito de los postpsiquiatras es que se preste atención a las demandas de sus protagonistas, ciudadanos con todos los derechos y no son personas molestas que deben ser apartadas de la sociedad. Para ello, siendo consecuentes, los psiquiatras deben abandonar el modelo médico tradicional en el que se formaron, aunque no se trata de sustituir las técnicas médicas de la psiquiatría con otras terapias hacia la “liberación”, más es un conjunto de iniciativas que nos pueden ayudar a superar la realidad actual, es una oportunidad para repensar nuestros objetivos, funciones y responsabilidades. Además de los tratamientos institucionales y biomédicos hay que prestar atención a los aspectos psicosociales y a la comunidad misma. Pacientes, familias y grupos sociales son expertos en su saber sobre la salud mental.

Desde la postpsiquiatría se propone el debate crítico sobre las prácticas psiquiátricas con la participación tanto de médicos como de usuarios en igualdad de condiciones (Bracken, 2001 y 2012). Los postpsiquiatras cuestionan, como hicieron los aquellos críticos de la psiquiatría (Szasz, Foucault, Goffman y Laing), las políticas psiquiátricas coercitivas, con el poder y el rol de la psiquiatría en el etiquetaje y la estigmatización en la sociedad. Sin embargo, a diferencia de la antipsiquiatría, la postpsiquiatría no aboga por la abolición de la psiquiatría institucional sino que mantienen una posición ambigua. Critican las justificaciones del poder psiquiátrico, pero admiten que haya excepciones que justifican el empleo ocasional de la fuerza y la coacción.

Claro que también es posible cuestionar a la postpsiquiatría: ¿Cómo justifican sus críticas al modelo médico y a las clasificaciones sin renunciar a su identidad y su rol médico? y ¿cómo justifican la contradicción de criticar el internamiento involuntario y considerarlo oportuno en otras ocasiones?

Y podríamos seguir con las reflexiones en torno a las tendencias de cambio en el paradigma por autores más recientes como Richard Bentall, Jim Geekie, John Read, Philip Thomas, Peter Gøtzsche o Joanna Moncrieff. Tomando a esta última (Moncrieff, 2013) encontramos un puñado de trabajos sobre el efecto placebo y los antidepresivos, la atrofia cerebral por antipsicóticos, las resistencias de sectores de psiquiatras a admitir las hipótesis no demostradas: el déficit de serotonina en la depresión, la carencia de síndrome de abstinencia debido a psicofármacos neurolépticos o antidepresivos, el exceso de dopamina en la esquizofrenia, la necesidad incuestionable de tratamiento farmacológico precoz para evitar el deterioro en la psicosis, la ausencia de efectos secundarios a largo plazo de los psicofármacos, etc. Moncrieff nos hace reflexionar sobre una dicotomía entre dos modelos de entender el funcionamiento de los fármacos psiquiátricos: el “modelo centrado en la enfermedad” que hegemoniza la intervención clínica y supone que el fármaco corrige el desequilibrio bioquímico, base del trastorno psiquiátrico; o el “modelo centrado en el fármaco” centrado en el efecto del psicofármaco sobre el sistema nervioso central y sobre todo el organismo con sus repercusiones positivas o negativas ante un determinado trastorno.

Expresan también sus críticas a los intentos de etiquetar la desviación del comportamiento, señalado como enfermedad

mental, visto en el Manual diagnóstico y estadístico (DSM), con sus más de 300 enfermedades, la mayoría identificadas en las últimas décadas, y que ha tenido un gran efecto sobre la psiquiatría y la psicología, hasta hacer que el DSM sea la *Biblia de Psiquiatría* y la creación de los trastornos mentales. “DSM es una guía que nos dice cómo debemos pensar sobre las expresiones de tristeza y ansiedad, actividades sexuales, el alcohol o el abuso de sustancias, y de muchos otros comportamientos. En consecuencia, las categorías de DSM han sido creadas para reorientar nuestro pensamiento sobre importantes asuntos sociales y afectan a la sociedad (Kutchins y Kirk, 1999). Nos presentan un material pretendidamente “ateórico”, que contiene el conjunto de la patología mental ordenada en categorías nosográficas desde las manifestaciones que presuntamente revelan. Con una simpleza epistemológica, donde se cree que las únicas discrepancias posibles respecto a la objetividad de los fenómenos provienen del desvío que introducen las interpretaciones (Álvarez y otros, 2004). La Postpsiquiatría fue un intento de democratizar en campo de la salud mental a través del debate sobre los contextos, las intervenciones, los valores y las asociaciones. Un reto para médicos y otros profesionales que intervienen en este ámbito psi.

Sí, la Postpsiquiatría considera que la psiquiatría no es una ciencia exacta, y tras ello, en estos tiempos *postpsiquiátricos*, quienes trabajan en la salud mental hemos de construir conocimientos junto a los pacientes, familias, grupos sociales e instituciones.

PSIQUIATRÍA CRÍTICA

De la mano de la Psiquiatría social, italiana sobre todo, Franco Basaglia, Giovan-

ni Jervis, Franco Rotelli y otros al frente, fue progresiva la transformación de la atención psiquiátrica institucional desde los hospitales psiquiátricos hacia el hospital general y la atención comunitaria, así como la reducción y eliminación de los métodos más traumáticos (lobotomía, electroshock, choques de insulina,...) utilizados ya durante varias décadas. Desde los años 80s, se produjeron notorios “avances” psiquiátricos, supuestamente revolucionarios, tales como la clasificación diagnóstica desde la APA iniciada por el DSM-III, la aparición de nuevos psicofármacos que garantizaban efectividad terapéutica con menos efectos secundarios que los precedentes y las técnicas de neuroimagen que, decían, confirmaba etiología cerebral del trastorno psíquico. Esta presunta revolución científica fue política y económicamente respaldada con la declaración oficial de los años noventa como “la década del cerebro”.

Al tiempo, en estas últimas décadas ha surgido una corriente que cuestiona con el positivismo y el organicismo en psiquiatría. Para algunos, esta corriente ha sido llamada “psiquiatría crítica”, una corriente que no es homogénea sino, más bien, una corriente crítica diversa que les une el cuestionamiento del reduccionismo científico en la psiquiatría y del paradigma biomédico o neokraepeliniano que orienta la enseñanza en las facultades y en su práctica en los hospitales (García, 2015).

Contamos con destacados críticos con el modelo biomédico de la psiquiatría, algunos muy reconocidos como son David Ingleby, Germán Berrios y Allen Frances. El primero acuñó el término “psiquiatría crítica” (*toda actividad que se refiera a la psiquiatría desde un punto de vista crítico*) y desarrolló un acertado análisis crítico del positivismo psiquiátrico; Berrios, posiblemente el más reconocido internacional-

mente en el campo de la epistemología de la psiquiatría. Consultor de los DSM, editados por la Asociación Psiquiátrica Americana, no lo ha convertido en devoto de los mismos. “Son una especie de compromiso adecuado a la economía, a la política y a la sociología de los Estados Unidos, un país complejo y difícil, donde las compañías de seguros médicos y las farmacéuticas tienen injerencia en qué entra y qué no en la lista de ese manual. Otro de los problemas es que asume que todos los trastornos mentales provienen del cerebro y no da espacio a los cuadros de origen interpretativo-simbólico” (Berrios, 2014); Frances, que fue director del comité de diagnóstico de la American Psychiatric Association (APA) en 1987 y director del Manual diagnóstico DSM-IV, por lo que su opinión sobre los usos y abusos diagnósticos y farmacológicos desde la psiquiatría es especialmente valioso, más tras la preocupación que le generó la inminente publicación del DSM 5, llegando a escribir: “el DSM 5 lleva la diagnosis en dirección equivocada, creará nuevas epidemias falsas y favorece aún más el abuso de medicación”. A pesar de la alta tecnología en la investigación neuropsiquiátrica, no hay pruebas de laboratorio sobre el origen biológico de los trastornos mentales. El DSM es un manual de trastornos mentales, aunque no esté claro qué es exactamente un trastorno mental, donde la palabra “mental” implica una desfasada dicotomía mente-cuerpo, y que crece en cada edición en vez de disminuir (Frances, 2014).

Crítican los constantes intentos de superar la ilusión epistemológica de la psiquiatría biológica: el mito de que la ciencia llegará a descubrir los elementos orgánicos que permitirán resolver la discusión sobre el origen del trastorno psíquico, conocer la realidad de la enfermedad mental y la pertenencia de la psiquiatría a la ciencia

médica, a las ciencias naturales objetivables. Critican también el pretendido mito de la objetividad del positivismo psiquiátrico pues las descripciones sobre la conducta, sus variaciones y los estados de ánimo de las personas son subjetivas. De este modo, los juicios sobre la locura y los comportamientos están social y culturalmente condicionados, además de posiblemente determinados por elementos biológicos, por lo que los diagnósticos psiquiátricos no pueden ser objetivos (Berrios, 2011), teniendo enfoques biopsicosociales. La secuencia epistemológica en psiquiatría será, primero las humanidades y después las ciencias naturales.

Consecuencia negativa de la hegemonía del modelo biomédico en los trastornos mentales son la creación de manuales diagnósticos poco rigurosos, poco científicos, el tratamiento indiscriminado de los trastornos con fármacos, la promoción del positivismo a través de la “psiquiatría basada en la evidencia” (PBE) donde los psiquiatras son adoctrinados para convencerse que su práctica está orientada por la demostración matemática (García, 2015). Así cualquier mejoría se atribuirá al medicamento y no a la intervención del terapeuta.

Aunque ya Szasz fue un pionero en la formación multidisciplinar para los psiquiatras como hoy reivindican los psiquiatras críticos, aunque esta corriente cuestiona tímidamente la pertenencia de la psiquiatría a la medicina cuando presentan argumentos para apostillar que no está justificada. Apostar por la autonomía de la psiquiatría respecto de la medicina y crear programas de estudios universitarios acordes con los fundamentos científicos, mantiene aún un interrogante: ¿tiene sentido que permanezcan dos disciplinas similares como la psiquiatría y la psicología clínica? Si la reforma psiquiátrica de los años

70s y 80s desvinculó a la psiquiatría del manicomio, ¿la psiquiatría del siglo XXI deberá desvincularse biológicamente del hospital general?

BIOPSIQUIATRÍA E INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Una de las principales consecuencias de la asociación entre la Psiquiatría y la medicina en su conjunto ha sido la creación o aparición de nuevas categorías diagnósticas, algo que no ocurre en otras especialidades médicas.

El ámbito de la salud mental es más proclive a esto, pues los problemas mentales se basan en criterios más subjetivos (depende de las vivencias de cada persona y de aquello que su contexto social establezca como normal o patológico, siendo los criterios de normalidad y anormalidad muy variables. Así, ¿qué es o no normal?). Estos hechos se han reflejado en el incremento de 203 etiquetas diagnósticas entre 1980 y el 2000, y en el DSM V, el número ha aumentado. En este último manual, se han incluido diagnósticos de “precursores de las enfermedades”, como por ejemplo, “el síndrome del riesgo de psicosis”, y para escándalo y oposición de muchos profesionales de la salud mental, se ha tenido conocimiento de que el DSM-V debatió la propuesta de convertir la timidez y la rebeldía en posible trastorno mental.

Todo ha abocado a una patologización y medicalización de los problemas de salud mental, pues desde el momento que un problema se diagnostica como enfermedad, la persona queda etiquetada y habitualmente quedará justificada la asignación de un fármaco. Fármaco que, en la mayoría de los casos, no parece estar so-

lucionando los problemas, pues los problemas psicológicos (o mentales) de las personas, tienen en la mayor parte de los casos, causalidades en circunstancias vitales y en la historia de vida de las personas, al margen de que pueda existir un correlato neuroquímico, pues el cuerpo, “la mente” y los comportamientos, están irremediabilmente unidos.

En las últimas tres décadas hemos observado la incorporación de nuevos trastornos mentales en cada edición del DSM (manual diagnóstico para los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría), y un más que notorio aumento de diagnósticos, con el consiguiente uso generalizado e indiscriminado de psicofármacos como recurso para su “curación”.

La psiquiatría ha evolucionado de un modelo explicativo basado en la existencia de traumas inconscientes a un modelo biologicista, basado en hipótesis del desequilibrio neuroquímico, algo que no ha quedado demostrado.

En esta línea, el DSM se reformuló, pasando a definir los trastornos mentales en base a sus síntomas a identificar que, tras el diagnóstico, tendría asignados fármacos adecuados. No obstante, recibe críticas este manual como que sus conclusiones no están basadas en estudios científicos ni experimentales, sino en el consenso de sus autores en los criterios diagnósticos. Un cambio de paradigma impulsado desde sectores con fuertes intereses económicos.

Sería injusto no reconocer la gran inversión investigadora y los progresos científicos impulsados desde la empresa privada y que han colaborado con la psi-

quiatria. Ello nos puede llevar a debates y reivindicaciones sobre la escasa inversión desde las administraciones públicas en I+D+i, pero no es el lugar. La industria farmacéutica supo sacar partido de la perspectiva biológica de la psiquiatría y optó por realizar grandes inversiones en la creación de fármacos para los diferentes diagnósticos y en su, en ocasiones criticable, divulgación en el sector médico. Alrededor de una quinta parte de la financiación de la Asociación Americana de Psiquiatría provenía de las compañías farmacéuticas, al igual que a otros significativos colectivos profesionales, lo que apoyaría la afirmación de la alianza entre la psiquiatría y la industria farmacéutica.

Los psicofármacos pueden ser efectivos en muchos casos, pero hemos de evitar un uso injustificado. Pueden ser de gran ayuda en ocasiones y más si son combinados con una actuación psicoterapéutica, o recursos de afrontamiento del problema, presente o futuro. Lo ideal sería que su uso fuera limitado, pues se debe evitar depender del fármaco y la pasividad de la persona para tomar iniciativas que ayuden a solucionar su demanda.

Cada vez observamos más frecuencia el cuestionamiento de la eficacia de algunos fármacos antidepressivos. Comparados estos fármacos con placebos y con psicoterapias, señalan que estos segundos son tan eficaces como los primeros en cuanto a lograr mejorías en el estado de ánimo, según la dosis, incluso es más eficaz la combinación de medicación antidepressiva y psicoterapia (Calderón y otros, 2012). Esto cuestiona la hipótesis neuroquímica como causa de la depresión, debido a un desequilibrio químico cerebral, pues la acción neuroquímica del fármaco sobre los receptores serotoniné-

gicos determina que no siempre es responsable de la mejoría del paciente. Todo esto sintoniza con un posicionamiento crítico del modelo de atención en salud mental imperante en la actualidad, modelo hegemonizado por la medicalización, basado en el diagnóstico y el etiquetado de lo que se entiende como problema psicológico y, a continuación, prescribir el fármaco correspondiente.

Un modelo, apoyado en los grandes manuales diagnósticos y sus asociaciones y sostenido por el enorme poder de la industria farmacéutica (y viceversa) que llega a determinar qué se puede considerar como enfermedad mental y cómo debe ser diagnosticada y tratada, *naturalmente* con fármacos. Y donde las compañías farmacéuticas que patrocinan gran parte de la investigación, formación y reciclaje de la psiquiatría biomédica, pudieran estar interesadas en los beneficios consecuentes de la cronicidad de los procesos en torno a la enfermedad mental.

HACIA UNA NUEVA PSIQUIATRÍA CRÍTICA Y ALTERNATIVA

Es necesario ofrecer una alternativa a la medicalización una vez constatado que los resultados científicos de los últimos tiempos evidencian que la teoría del desequilibrio neuroquímico para explicar la enfermedad mental no se sostiene. Las explicaciones que consideran las circunstancia de la persona y de su entorno contribuyen a explicar mejor la aparición de los estados depresivos y los tratamientos psicológicos (sobre todo los de corte cognitivo-conductual) han demostrado ser las intervenciones más eficaces.

Contamos con un trabajo reciente de Alberto Ortiz Lobo (2014), "*Hacia una*

psiquiatría crítica" *Psiquiatrías críticas, salud mental alternativa*, magnífico recurso para ayudarnos en la reflexión para haciéndonos preguntas llegar a actuar de otra manera. Este autor, interesado por las corrientes de la "psiquiatría crítica", "postpsiquiatría", "oidores de voces" u otras que cuestionen el paradigma dominante, trata de aportar más información acerca de lo que sucede en la práctica clínica, en la investigación y en las iniciativas de prevención con resultados evaluables, de modo que conozcamos las debilidades y plantear elementos de mejora desde todos los agentes: terapeuta, paciente, entorno social,... Y es que la salud es responsabilidad individual y lo es colectiva e institucional, con determinantes sociales del sistema en que vivimos. Desde una actitud crítica y cierto escepticismo hacia la psiquiatría biomédica, trata de localizar alternativas que reequilibren el poder entre profesionales y pacientes, de quienes, además, se busca su participación activa en el proceso de recuperación.

La psiquiatrización de la vida cotidiana y entender el malestar psicosocial como cuestión a cambiar y mejorar en su salud deben ser desmontadas y resignificadas en el contexto de la atención sanitaria pública lo que abre el debate social que posiblemente se prolongue en los próximos años. Esa situación ha llevado a tratamiento de personas sanas, con consecuencias negativas de producir diagnósticos categoriales, iatrogenia del tratamiento farmacológico o psicológico.

Pero ¿qué ha de hacer el profesional cuando el paciente escoge la opción medicalizante, que sabemos iatrógena? La respuesta a priori es sencilla y principio ético básico, *primum non nocere*, así se refleja en el texto. Aunque no reduciendo la salud

mental a un dilema psiquiatría sí/no o psicofármacos sí/no pues la realidad clínica es mucho más compleja. El cerebro puede llegar a enfermar, por elementos endógenos o exógenos, los medicamentos pueden paliar dolencias y en algunas ocasiones repercusiones no deseables, y ahí al lado están los entornos psicosociales, entornos familiares, sociales, económicos y políticos, ahí están los desahucios, el desempleo, y todo tipo de calamidades y acontecimientos vitales que no están en el cerebro, tampoco lo está la injusticia social, ni el dolor que siente el que ha sufrido alguna expresión de violencia.

¿Puede una psiquiatría crítica crear un lugar en el que el terapeuta ayude a una víctima que demanda ayuda? ¿Es posible una psiquiatría crítica en la que se construya con el paciente que esa misma mentalidad, llamada “cultura de la violación” es uno de los pilares fundamentales de las normas sociales y del sometimiento social; y que el sufrimiento de la víctima y las consecuencias del abuso sexual son parte de la función represiva que tienen esos abusos? ¿Cabe una indicación de no tratamiento que implique esa relectura? ¿O la trayectoria histórica de la psiquiatría anuncian que, por desgracia, es más probable hacer iatrogenia que beneficio, y en pro del “primero no dañar” es mejor no implicarse tanto? (Carmona, 2015). Con alternativas y modelos asistenciales desmedicalizadores.

INTERVENCIÓN COMUNITARIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Si preguntamos a políticos, gestores, instituciones, profesionales, usuarios de los recursos de salud mental comprobaremos que hay consenso sobre el modelo del sistema de atención a la salud mental, que

ha de ser universal, público, integral, comunitario, eficaz, equitativo y evaluable. Al hablar de Modelo comunitario de atención nos referimos a aquél cuyos objetivos se orientan a la inclusión social, a la participación activa de la comunidad y en las redes sociales, así como a la mejora de la calidad de vida y de las relaciones interpersonales de quienes tienen una enfermedad mental. El proceso de desinstitucionalización, exige este modelo de atención en el que la participación social, las respuestas individualizadas, la continuidad de los cuidados, o la corresponsabilidad y la coordinación sectores y servicios son condiciones indispensables. Los dispositivos de atención han de estar pensados no desde la condición de enfermo con su etiquetaje diagnóstico sino desde sus derechos como persona en igualdad de condiciones para el acceso a los recursos normalizados, eso es la atención comunitaria de la enfermedad mental (Markez y otros, 2000). Ocurre que las personas con trastorno mental crónico viven, en general, en peores condiciones que el conjunto de la población: bajos niveles de ingresos y de ocupación laboral, peor salud, relaciones sociales más limitadas (sobre todo las personas de más edad y de mayor cronicidad), una vida menos autónoma y satisfactoria... Sus necesidades no son sólo sanitarias sino también de residencia, de ocupación, de desarrollo personal, de integración social, etc.

Al mismo tiempo, hemos de señalar que el conocimiento de los derechos de la ciudadanía es escaso. Respecto a su propia salud, por ejemplo, hay un gran desconocimiento sobre el derecho a la información, al consentimiento informado, a las alternativas terapéuticas, a las quejas, a las modalidades de ingreso hospitalario, etc. Sin embargo las personas con enfermedad mental precisan recursos suficientes y

estar adaptados a sus necesidades; la coordinación entre las diferentes redes y servicios de atención es imprescindible; y, como no, mayor desarrollo del espacio sociosanitario, entendido como un espacio de colaboración intensa y estructurada entre los servicios de salud y los servicios sociales.

Nos toca dar mayor atención, escuchar, coincidir, participar conjuntamente en suma, con las asociaciones de pacientes, de usuarios de los dispositivos psiquiátricos, además de sus familiares (algo más presente), favorecer su implantación e influencia en el desarrollo del modelo de atención pues quien mejor que ellos sobre lo que significa un trastorno psíquico, así como los medios para su recuperación o alivio.

No es solo cuestión de mayor la formación y capacitación, también mejorar la sensibilidad en salud mental, tanto de profesionales de la salud mental como de líderes sociales, organizaciones de la comunidad, instituciones educativas y población general, y las instituciones mismas. Tene-

mos que cambiar la percepción sobre la enfermedad mental y con ello el estigma que subyace, creando una sensibilidad hacia quienes están sufriendo el estigma, los prejuicios y los estereotipos relacionados con el trastorno mental.

Como señala Munarriz (2016) es el momento de reorientar las miradas: hacia los derechos humanos de tantos millones de personas afectadas por las persecuciones, el hambre, las guerras... o acontecimientos vitales mucho más cercanos y cotidianos en nuestro entorno; paliar los sesgos que lastran la investigación y nuestro conocimiento; interrogarnos y preocuparnos por los saberes profanos, los saberes compartidos y la escucha. Necesitamos una psiquiatría y una psicología que consideren y estén atentas al saber acumulado por las ciencias de la salud, la historia, la sociología, la antropología y otras ramas del conocimiento pues posiblemente nos ayuden a comprender el sufrimiento humano, mucho mejor que las concentraciones de serotonina o noradrenalina en sangre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez JM, Esteban R y Sauvagnat F. (2004). Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. Ed. Síntesis.
- Berrios G. (2011). Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría. Buenos Aires: Polemos.
- Berrios G. (2014). Historia de los Síntomas de los Trastornos Mentales. Fondo de Cultura Económica.
- Bracken P. (2012). Psychiatric power: A personal view. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 29 (1), pp. 55-58.
- Bracken, P. and Thomas, P. (2001) Postpsychiatry: a new direction in mental health. *British Medical Journal*, 322: 724-727.
- Calderón C, Retolaza A, Payo J, Bacigalupe A, Zallo E, Mosquera I (2012). Perspectivas de los pacientes diagnosticados de depresión y atendidos por médicos de familia y psiquiatras. *Atención Primaria*, 44 (10): 595-602.
- Carmona M (2015). Por qué leer "Hacia una psiquiatría crítica" y por qué no darme libros después de medianoche. Jornadas "Psiquiatrías críticas, salud mental alternativa. El papel de las publicaciones en tiempos de crisis". Madrid, 28-10-2015.

- Foucault M. (1976). Historia de la locura en la edad clásica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frances A J. (2014). ¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. Ariel: Barcelona.
- García García C. (2015). Thomas Szasz, precursor de la Psiquiatría Crítica. Tesis Doctoral. Valencia.
- Kecmanovic D. (2009). Postpsychiatry: How to throw out the baby with the bathwater. *Psychiatry Danubina*. 21 (3), pp. 276-282.
- Kutchins H. and Kirk S. (1999). Making Us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders. London: Constable.
- Markez I, Poo M, Ariño J y otros (2000). La atención comunitaria de la enfermedad mental. Informe extraordinario del Ararteko al Parlamento Vasco. Gasteiz. Edita Ararteko.
- Moncrieff J (2013). Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos. Ed. Herder.
- Munarriz M (2016). Psiquiatría, sí; pero crítica. *El País*, 19-2-2016.
- Ortíz Lobo A (2014). Hacia una psiquiatría crítica. *Psiquiatrías críticas, salud mental alternativa*. Grupo 5. Madrid.
- Rissmiller D J y Rissmiller J H. (2006). Evolution of the Antipsychiatry Movement Into Mental Health Consumerism. *Psychiatric Services*, 57 (6), June, pp. 863-866.
- Szasz T. (1965). The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy. New York: Basic Books. La ética del psicoanálisis: teoría y método de la psicoterapia autónoma. Madrid: Gredos, 1971.
- Szasz T. (1974). El Mito de la Enfermedad Mental. Amorrortu, Buenos Aires.
- Szasz T. (1976). Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry. New York: Basic Books. Esquizofrenia: el símbolo sagrado de la psiquiatría. México D.F.: Premia, 1979.
- Szasz T. (1984). The Therapeutic State: Psychiatry in the Mirror of Current Events. Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Szasz T. (2009). Antipsychiatry: Quackery Squared. Syracuse (NY): Syracuse University Press.

Iñaki Markez

Correspondencia: imarkeزالonso@gmail.com

INFORMES

MANIFIESTO DE CARTAGENA “POR UNOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL RESPETUOSOS CON LOS DERECHOS HUMANOS Y LIBRES DE COERCIÓN”

Manifiesto presentado el 3 de junio de 2016 en las Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-AEN (Profesionales de Salud Mental) celebradas en Cartagena (Murcia).

Introducción

La reforma psiquiátrica y el desarrollo de la Salud Mental Comunitaria supusieron una apuesta por suprimir las prácticas institucionales que vulneraban los derechos humanos y por la recuperación de la dignidad y derechos de las personas diagnosticadas de trastorno mental. Desde entonces, ha habido un esfuerzo continuado por ofrecer una atención respetuosa, tanto en las prácticas profesionales como en los desarrollos legislativos y organizativos. A pesar de ello, continuamos con unos presupuestos en salud mental insuficientes, con equipos incompletos y una red fragmentada. Esto ha dificultado el desarrollo de la atención comunitaria y ha favorecido más el uso de medidas de control y coerción en lugar de medidas terapéuticas.

El abanico de la coerción en la asistencia psiquiátrica es amplio e incluye el uso del poder, la fuerza o la amenaza para lograr que una persona que está siendo atendida haga o deje de hacer algo en contra de su voluntad. Nos referimos especialmente al uso de sujeciones o contenciones, aislamiento y otras formas de coacción.

Creemos que es el momento de avanzar en la toma de conciencia sobre estas prácticas que no garantizan de los derechos de las personas; de trabajar para su eliminación y para la erradicación de las deficiencias que las hacen posibles.

Colectiva y democráticamente, con tolerancia y valorando la riqueza de la diversidad de los análisis y de las propuestas, llamamos a construir con 2 urgencia los medios para organizar líneas de acción sostenidas y dirigidas a modificar la grave situación actual que viene dañando logros anteriores, poniendo así en riesgo niveles de calidad imprescindibles en la atención a la salud mental y, de esta forma, enfrentar los peligros y daños que recibe la población por el deterioro progresivo de las concepciones, prestaciones y servicios de salud mental.

Consideramos

- Que su erradicación es un objetivo a conseguir.
- Que suponen un sufrimiento psíquico traumático, pueden romper los vínculos tera-

péuticos y comprometer el proceso de recuperación.

- Que su uso se cuestiona en la Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad y en el Informe sobre la Tortura en Centros Sanitarios de las Naciones Unidas.

- Que el estado actual de la red asistencial no favorece a la eliminación de las situaciones de coerción, invalidando los esfuerzos profesionales por evitarlas. Para conseguir el objetivo que perseguimos hay que movilizarse por obtener cambios sustantivos en los recursos en toda la red asistencial y no solo en los lugares donde se dan estas prácticas.

- Que la dificultad de encontrar alternativas reales de atención puede situar a los profesionales en la polaridad entre la coerción o el abandono. Y a los usuarios, entre el sometimiento y el desamparo. Estas dicotomías envenenan las relaciones terapéuticas y las necesarias alianzas entre todos los actores.

- Que más allá de los cambios individuales, hay que transformar discursos, culturas y servicios. No nos referimos solo a unas prácticas, sino también a los discursos que las sustentan y las instituciones y servicios en las que es posible que se den.

Proponemos

- No considerar las técnicas y servicios coercitivos como tratamientos. Son incidentes críticos que invitan al análisis y la mejora.

- Exigir transparencia y establecer sistemas de registro del uso de sujeciones o contenciones, que permitan analizar qué se hace, cuando se hace, qué figuras profesionales fueron implicadas, qué se hizo para evitarlas, qué podría haberlas evitado, y especialmente cómo evitar su uso en el futuro.

- Rediseñar los espacios de hospitalización y la organización de profesionales y actividades, orientándolas hacia la acogida, evitando el exceso de normas y reglas, detectando aspectos hostiles que puedan hacer que las personas puedan sentirse amenazadas y desconfiadas. Establecer unidades con pocas camas, hogares-sala, con ambiente terapéutico y tranquilizador, que promuevan relaciones que generen confianza en los que la gente se sienta acogida, con la existencia de habitaciones de confort y sensoriales. Dotarlas de profesionales en número, cualificación y condiciones laborales adecuadas.

- Velar porque la extinción de estas prácticas en unos lugares, no suponga un riesgo de que se produzcan en otros.

- Promover una cultura de trabajo orientada a la no coerción, que incluya la reflexión y debate permanente y la conciencia de responsabilidad entre los y las profesionales sobre el comportamiento ético con cada persona.

- Formar a los y las profesionales en prácticas de relación terapéutica centradas en la persona.

- Apoyar a los profesionales y los equipos que sean capaces de plantear alternativas creativas, reconocer y difundir sus esfuerzos, generando así una cultura profesional libre de coerción

- Crear cauces reales de participación de usuarios/as para que puedan velar por la anulación de las prácticas coercitivas en la atención, en todas sus fases: planificación, puesta en marcha, análisis y evaluación.

- Buscar alianzas con los movimientos ciudadanos que aboguen por la erradicación de

la coerción en otros ámbitos, de los discursos que las sustentan y las desigualdades de poder que las facilitan.

- Instar el compromiso de la Administraciones sociales y sanitarias en la priorización de las inversiones necesarias en recursos que favorezcan la inclusión, pertenencia y permanencia de las personas en sus entornos, evitando así prácticas de exclusión.

RESEÑAS

Adolescencia y Salud Mental. Una aproximación desde la relación clínica

Alberto Lasa Zulueta

Madrid. Grupo 5, 2016

Adolescencia y Salud Mental

Alberto Lasa cuenta con una prolongada experiencia en el campo de la psiquiatría y del psicoanálisis de niños y adolescentes: cuarenta y cuatro años de labor profesional, de los cuales treinta y tres los ha desarrollado en un mismo servicio público para niños y adolescentes que también dirigió. Por su formación y experiencia es un referente en este ámbito.

Utilizaremos las palabras de su autor para definir el propósito de su libro: “...es la de trata de describir a los adolescentes tal y como ellos mismo se presentan, en una consulta ambulatoria a la que acuden voluntariamente... En definitiva este libro trata de compartir reflexiones sobre sus apasionados placeres y sufrimientos.”

El libro se organiza en seis capítulos a lo largo de los cuales se abordan: la historia de la adolescencia; el periodo previo de la latencia; el cuerpo en la pubertad; el uso que hacen los adolescentes de su cuerpo; los límites, la contención y la transgresión en la adolescencia y la exaltación, la violencia y el fanatismo en la adolescencia. Además de una pequeña introducción y un epílogo sobre “*el valor de algunas palabras*”.

Nos presenta a la adolescencia como una etapa que forma parte de un proceso más extenso, el desarrollo del individuo. Considera que este ciclo vital viene determinado por las épocas anteriores, por ello dedica un capítulo a la latencia, y marca el ingreso en la vida adulta.

Señala que la adolescencia es una construcción social y enfatiza la importancia del entorno socio-familiar en este periodo de la vida aunque el adolescente obstinadamente parece renegar y rechazar este entorno.

Su lectura nos ofrece un marco para reflexionar sobre como escuchar, comprender y acercarnos al adolescente de nuestros días. Se detiene en fenómenos que están teniendo una gran repercusión social y que los medios de comunicación no cesan de mostrarnos: el consumo de alcohol y tóxico cada vez en edades más tempranas (el botellón, la intoxicaciones etílicas,...), la anorexia nerviosa, las conductas vandálicas (la destrucción de mobi-

liario urbano y propiedad privada), la violencia (las palizas a otros adolescentes o personas marginales, las peleas entre bandas, el bullying, las excoriaciones,...), las conductas fanáticas y extremistas (la pertenencia a grupos fundamentalistas y extremistas), los adornos del cuerpo (los tatuajes, las dilataciones, los piercing,...), etc.

Este espacio de reflexión lo abre desde varias perspectivas que van desde la estructuración del aparato psíquico del adolescente al lugar que ocupan y la respuesta obtiene de la familia y la sociedad.

Reflexión muy necesaria para no dejarnos atrapar por la tendencia al paso al acto, tan característica de los adolescentes, y la inmediatez y las soluciones prefabricadas preponderantes en nuestra sociedad actual.

Aurelio J. Álvarez Fernández
Psiquiatra
Asturias (España)

Cohabitar la diferencia

M. Desviat

Madrid. Grupo 5. 2016.

Repensar lo realizado

Cohabitar la diferencia, qué título tan sugerente. Parece incidir en la posibilidad-necesidad-urgencia de crear y compartir espacios de convivencia en los que tienen cabida todas las subjetividades. Es decir, que lo común es lo que construimos juntos. Lo común no es lo que nos asemeja. Lo común es la resultante de este espacio compartido en el que decidimos/exigimos respetarnos y permitimos que emerjan saberes, vivencias y narrativas diversas. La diversidad, la diferencia, es lo común.

Este libro, dice Manuel Desviat, parte de la presunción del agotamiento de la reforma psiquiátrica y de la integración de sus logros en la sociedad de los mercados, donde predominan una sanidad y unas prestaciones sociales regidas por la ganancia privada y no por la solidaridad. Sin dudar de las mejoras en cuanto a organización de la asistencia y defensa de los derechos humanos, la cuestión es lo que ha quedado fuera de los ideales y objetivos que acompañaron o sustentaron las primeras experiencias de reforma. ¿Qué hay de la salud pública, de la atención a la subjetividad, de la pluralidad terapéutica o de la desinstitucionalización real de las prácticas de la salud mental?

Son las voces insurgentes, las voces de la locura que viven en carne propia nuestras carencias y nuestros excesos, aquí y ahora, las que claman en primera persona denunciando las raíces sociopolíticas de su sufrimiento y exigiendo participar en una clínica respetuosa con los derechos humanos que tenga como objetivo la recuperación del sujeto.

Manuel Desviat es un hombre apasionado. Y con la misma pasión con la que ha liderado procesos de reforma en nuestro país y en otros de América Latina analiza la situación actual de la atención a la salud mental: cómo hemos llegado hasta aquí, qué logros, qué carencias, cómo seguir adelante. Y lo hace como sabe hacerlo, como hay que hacerlo: desde una mirada global que nos ayuda a ver hasta qué punto la sociedad capitalista, los mercados, invaden lo más íntimo y malvenden nuestra libertad. Nos convierten a todos en síntomas sin sujeto. Y los síntomas, dicen los que consideran que no hay un afuera de este estado de cosas, se tratan con psicofármacos.

En la contestación que de este discurso dominante hacen los movimientos sociales inscribe Manuel Desviat la denuncia y la organización de los sufridores psíquicos. Y también la denuncia de los profesionales y de la sociedad civil: mareas blancas, verdes, granates... que colorean las ciudades desde la indignación y el compromiso para conjurar la indiferencia a la que nos quieren someter.

Sí hay un afuera, dice Manuel Desviat. Y lo dice con el peso de los argumentos que

desde la investigación, las experiencias asistenciales o autogestionadas, la historia y la cultura convergen para sostener que la atención a la salud mental será colectiva o no será.

Nos invita -nos exige-, como profesionales, a una reflexión crítica sobre nuestras prácticas. Fue bueno, pero no suficiente, cambiar el modelo asistencial y empezar a considerar a la persona sufriente que se sienta con nosotros en el despacho como un sujeto de derechos. Pero debemos, también nosotros, conocer nuestra propia historia, reapropiarnos de nuestros saberes y construir una psicopatología que nos permita comprender, acompañar y ayudar a las personas que padecen sufrimiento psíquico. Ese saber, necesariamente, se construye desde el diálogo: desde nuestros saberes técnicos, sí; pero sin duda también desde el saber profano, los expertos por la experiencia, la filosofía, la cultura... el saber emergente es el que construye lo común. Es un diálogo difícil y apasionante. Como los que le gustan a Manuel Desviat.

Son tiempos difíciles para la disidencia. Cabe, desde los profesionales, afrontarlos desde tres posturas: aquí no pasa nada; asumir la derrota; o una resistencia partisana, mantener el modelo conseguido en los servicios, repensar lo que se ha hecho y lo que no se hizo y buscar para ello a los aliados naturales: sufridores psíquicos, familiares y ciudadanía. O quizá no, quizá solo una de las posturas es compatible con el cuidado ético.

Son tiempos difíciles para la disidencia. Por eso es urgente y necesario el libro de Manuel Desviat.

*Ana Moreno
Psiquiatra
Madrid (España)*

IN MEMORIAM

JAVIER MONTEJO (1952-2017)

Un psiquiatra ejemplar

Javier se incorporo a los servicios de salud mental de Asturias al comienzo de la Reforma Psiquiátrica. En 1983, obtuvo una plaza de psiquiatra adjunto y comenzó su actividad en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo en un periodo apasionante donde los cambios sociales avanzaban día a día. En este escenario, junto a un grupo entusiasta de jóvenes profesionales promociono la terapia sistémica en el ámbito de la salud mental, aportando las acciones psicoterapéuticas en el grupo familiar. Al verlo trabajar uno sentía que era un ejemplo de lo que podemos llamar la “psiquiatría de rostro humano” y me recuerda, en su manera de abordar los problemas de salud mental a lo que dice el Premio Nobel de Literatura, K. Oé, que tenía *“imaginación”*, es decir, *“esa capacidad activa, pero casi automática de penetrar en los sentimientos de otra persona”*.

Sin embargo, le esperaban retos más complejos dentro del proceso de Reforma Psiquiátrica. En 1987, asumió la dirección del Hospital Psiquiátrico y unos años después fue Gerente de los Servicios de Salud Mental. Una época donde tuvo que desarrollar las estructuras de rehabilitación (comunidades terapéuticas y hospitales de día), para poder finalizar el proceso de desinstitucionalización. De esa época surgió uno de sus trabajos mas renombrados (*“Sobre los resultados de la reforma psiquiátrica y de la salud mental”*) que hoy es citado en uno de los textos sobre políticas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud.

Cuando pudo, volvió a lo que más le gustaba, el trabajo en la comunidad. Era alguien que *“hacía camino al andar”*. Su última dedicación fue en el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) del área sanitaria de Oviedo y en una de las experiencias más creativas e integradoras de este país, la Comunidad Terapéutica “La Casita”. Una Comunidad Terapéutica con ciudadanos necesitados de gran apoyo terapéutico y social donde encontraron un ambiente cálido y terapéutico con un equipo de enfermería liderado por Javier.

Junto a este trabajo profesional tuvo una dedicación comprometida con el movimiento asociativo y en 1987 formó parte como vicepresidente de la primera asociación multiprofesional de salud mental de Asturias, la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental (AEN) y más tarde fue también vicepresidente de la Asociación Nacional (AEN).

Por este compromiso continuado con la atención pública de salud mental varios ciudadanos y distintas asociaciones vamos a proponer que el Centro de Tratamiento Integral de La Corredoria lleve su nombre.

Como despedida a este hombre imaginativo, creativo y soñador esta poesía de Gioconda Belli.

*“Yo sostengo que soñar continúa siendo una práctica subversiva,
con una deliciosa, pero lícita, peligrosidad;
un hábito difícil de erradicar,
cuya ternura y perseverancia
sigue teniendo la innata capacidad de conmover
y abrir ranuras, por pequeñas que sean,
en corazas bien armadas y aparentemente impenetrables”*

Víctor Aparicio Basauri
Psiquiatra
Asturias (España)

NEKANE PARDO GASCUE (1954-2017)

Solidaridad, compromiso y profesionalidad

Nekane estudia Enfermería en Bilbao en los años 70 y realiza sus primeras prácticas en el Hospital de Cruces. Empieza su andadura como enfermera de Salud Mental al final de esa década en el ambiente manicomial del Hospital Psiquiátrico de Navarra donde los pacientes eran custodiados por los entonces llamados “Encargados de vigilancia y limpieza”. Junto con un grupo de jóvenes Psiquiatras y Enfermeras e inspirados por los movimientos de la época, inician la Reforma Psiquiátrica en Navarra desarrollando nuevas formas de entender las relaciones entre profesionales y pacientes siguiendo el pensamiento de Basaglia, Cooper y otros. Además de “dar voz a las voces” de los enfermos, organizan actividades de formación para los cuidadores y crean espacios de intercambio social extramuros con la ciudadanía con el fin de superar el estigma institucionalizador de la época

Como parte del desarrollo de su actitud creativa y comprometida con la asistencia pública y en coherencia con el espíritu de la Reforma Psiquiátrica, fue una de las promotoras del primer Hospital de Día de Navarra como alternativa al internamiento psiquiátrico.

En los años 80 estudia Psicología en Donostia, simultaneando estos estudios con la formación en Grupo Análisis en Bilbao, lo que marcará su trayectoria profesional posterior. Finalizada la carrera de Psicología, en los años 90 accede por oposición como Psicóloga Clínica en el primer Centro de Infanto-Juvenil de Navarra donde desarrolla su pasión por el mundo infantil y juvenil. Destaca en este área de trabajo por su dedicación al abordaje y tratamiento de las patologías más graves en la etapa de la adolescencia. Generadora de relaciones de gran intensidad desde lo terapéutico, no solo en lo individual, también en el abordaje Grupal, del que fue impulsora desde los inicios y por lo que ha ido dejando huella en las nuevas generaciones de profesionales. Siempre resaltando la importancia de la atención al contexto, tanto familiar como escolar de esta etapa, dedicó gran parte de su trabajo a las familias, a la coordinación y a la formación mutua (como a ella le gustaba señalar) en el contexto escolar.

En el año 92, fruto de su libre elección y dando cuenta de su espíritu solidario y comprometido con aquello en lo que ella creía, se embarca en un largo e intenso viaje con el pueblo saharauí, inicialmente organizando y acompañando a las Caravanas Solidarias y posteriormente con el desarrollo de un Programa de Salud Mental en los Campamentos de Refugiados Saharauís en el desierto argelino. Fue la impulsora del Grupo de Psicólogas Saharauís que siguen desarrollando su trabajo en el terreno y las que siempre la recuerdan con cariño y admiración en cada visita de la Comisión de Salud Mental de ANARASD (Asociación Navarra Amig@s de la República Democrática Árabe Saharaui), ONG de la que fue fundadora y Presidenta. Impactada por la fuerza y lucha de las mujeres saharauís en el refugio, inicia un nuevo reto: los Talleres de Formación y Empoderamiento a través de la Unión de Mujeres Saharauís. Fue en estos grupos de formación donde Nekane llegó a ser considerada “una más”, por el gran entusiasmo que transmitía

al recordarles y reforzar de lo que eran capaces todas juntas. En un contexto donde la palabra a menudo es negada, desarrolla su profundo conocimiento sobre las dificultades y relaciones en este territorio a través de los Talleres de Diálogo Intergeneracional a Mujeres, de Liderazgo, Comunicación y Organización en el Parlamento Saharaui y a responsables de varios Ministerios en el refugio. Contagiando su alegría y vitalidad en este árido contexto, no se olvidó nunca de la población saharauí en la Resistencia, ni de los Combatientes a los que dedicó gran parte de su creación poética.

Socia de la AEN desde los inicios de su carrera profesional, ocupó cargos tanto en la Junta Nacional, como en la Asociación Vasco-Navarra (OME), participando activamente en la vida asociativa.

Sanferminera por derecho, veraneante en Donostia, donde disfrutó largas temporadas con su familia y amistades, generosa y leal en todos los ámbitos de su vida.

Amiga y compañera, este es nuestro sentido recuerdo, desde el lugar donde hemos compartido aventuras, risas cómplices, proyectos ilusionantes y frustraciones, porque, como siempre nos recordabas, “la arena se lo lleva todo”, y hoy podemos decir que todo, excepto tu recuerdo.

Chaid el Hafed, noviembre de 2017

*Paz Arias García
Gijón. Asturias*

*María Eugenia Ariz
Iruña. Nafarroa*

NOTICIAS BREVES

Cesar Sanz, nuevo Presidente de la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental (AEN)

El Dr. César Sanz ha sido elegido Presidente de la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental (AEN) en las recientes Jornadas Inter-Autonómicas de Salud Mental del Norte celebradas en Gijón (2016) para un mandato de 3 años.

Piden dedicar el Centro de Tratamiento Integral de La Corredoria (Oviedo) a Javier Montejo Candosa

Ciudadanos y profesionales de Asturias están firmando una petición al Consejero de Sanidad para que el Centro de Tratamiento Integral de la Corredoria de los Servicio de Salud Mental lleve el nombre del Dr. Javier Montejo Candosa recientemente fallecido. Psiquiatra que desde 1983 estuvo comprometido con la atención pública de salud mental de Asturias, siendo uno de los impulsores de la Reforma Psiquiátrica de nuestra Comunidad Autónoma tanto en su puesto de Director del Hospital Psiquiátrico Regional como en su puesto de Gerente de los Servicios de Salud Mental. Asimismo, se destacó por un trabajo continuado en pro de una salud mental comunitaria de calidad, siendo un pilar fundamental del desarrollo de los servicios de salud mental de nuestra comunidad.

En octubre se entregaron 598 firmas con esta petición dirigidas al Consejero de Sanidad del Principado de Asturias

El Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 2 de Pontevedra da la razón a Víctor Pedreira

Según el Diario Público *“El Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 2 de Pontevedra ha ordenado repetir las oposiciones que arrebataron la plaza de Jefe de Servicio de Psiquiatría en el Complejo Hospitalario Universitario de esa ciudad (CHOP) a Víctor Pedreira Crespo, el médico que la ostentaba desde 1982 y que fue destituido tras haber ocupado un cargo institucional en la Xunta bipartita del PSOE y el BNG. Pedreira había sido comisionado del Plan Galicia contra la Droga y subdirector xeral de Drogodependencias de la Consellería de Sanidade en ese Gobierno. Cuando el PP ganó las elecciones y Pedreira fue destituido de ese puesto, quiso volver al ejercicio de la medicina, pero fue rebajado a adjunto el mismo día en que regresó al hospital.*

En el caso de Pedreira, la jueza considera que el concurso-oposición que convocó la gerencia del hospital para cubrir su puesto, y al que él se presentó sin éxito, fue amañado para conceder la plaza a un médico “más afín”, el doctor Isauro Gómez Tato. Éste concurso se convocó en el 2011, pero hubo que nombrar hasta tres tribunales distintos porque la composición

de los mismos fue sucesivamente anulada por las evidencias de que favorecían a Gómez Tato, el otro candidato.”

Próximo Congreso de la AEN-PSM en 2018 en Córdoba

El próximo Congreso Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental se va a celebrar en Junio de 2018 en la ciudad de Córdoba y tiene como lema: *“Aprender del pasado. Construir el futuro”*.

La OMS edita una nueva versión del mhGAP (versión 2.0)

La OMS ha editado la versión 2.0 (2016) de la guía mhGAP (Programa para reducir la brecha en Salud Mental). La primera versión es de 2010. En esta nueva versión se revisan los módulos de psicosis, trastornos de la conducta de la infancia y la adolescencia y los trastornos por uso de sustancias. Le versión 2.0 esta disponible en ingles, pero la OPS ya esta trabajando en la versión en español.

La Junta General del Principado de Asturias rechaza el Plan de Salud Mental de Asturias 2015-2020

La Junta General del Principado de Asturias aprobó, con los votos de la oposición, devolver el texto del Plan de Salud Mental al ejecutivo y le solicitó uno nuevo con una memoria económica actualizada.

Día Mundial de la Salud 2017 (7 de abril) dedicado a la Depresión

Este año la OMS ha dedicado el Día Mundial de la Salud al tema de la Depresión. Hay que remontarse a 2001 para encontrar de nuevo a la salud mental en el foco del Día Mundial de la Salud. Ese año se realizó el conocido Informe Mundial de Salud Mental. En 2017, se toma como tema la DEPRESIÓN que es el problema de Salud Mental mas prevalente y también el que genera más carga de enfermedad. La OMS ya había incluido este tema como una de las 8 condiciones prioritarias en el mhGAP (programa para reducir la brecha en salud mental).

Día Mundial de la Salud Mental 2017

La Federación Mundial de Salud Mental ha lanzado el lema para el Día Mundial de 2016 (10 de Octubre): *“Dignidad en Salud Mental: primera ayuda psicológica y de salud mental para todos”*.

La Asamblea Mundial de la Salud eligió a Tedros Ghebreyesus como nuevo Director General de la OMS

Según la WEB de OMS el Dr. Tedros *“prestó servicio en Etiopía como Ministro de Relaciones Exteriores de 2012 a 2016 y como Ministro de Salud de 2005 a 2012. Asimismo, ha sido Presidente del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria;*

Presidente de la Junta de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo; y Copresidente de la Junta de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño.

En calidad de Ministro de Salud de Etiopía, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus dirigió una iniciativa de reforma integral del sistema de salud del país, que incluyó la expansión de la infraestructura sanitaria, la creación de 3500 centros de salud y 16 000 puestos de salud; reforzó el personal de salud con 38 000 agentes de extensión sanitaria; y puso en marcha mecanismos de financiación para ampliar la cobertura de los seguros de enfermedad”.

Homenaje a Valentín Barenblit

En el marco del 6º Congreso Catalán de Salud Mental, el 31 de mayo de 2017, se ha celebrado en Barcelona un homenaje al psicoanalista Valentín Barenblit por su historia de compromiso, tanto en Argentina como en España en pro de una salud mental de calidad.

REUNIONES CIENTÍFICAS

- **Jornadas de Salud Mental Perinatal (AASM-AEN)**
17-18 noviembre 2017
Hospital de Cabueñes (Gijón)
aenasturias@gmail.com
- **26 Congreso Europeo de Psiquiatría**
3-6 marzo 2018
Niza (Francia)
http://www.euopsy.net
- **XXXII Congreso Centroamericano y del Caribe de Psiquiatría**
Marzo 2018
Costa Rica
http://asocopsi.org
- **Congreso Nacional AEN-Profesionales de Salud Mental**
“Aprender del pasado. Construir el futuro”.
1 -3 de junio de 2018
Córdoba (España)
www.aen.es
- **XIII Congreso Mundial de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial**
“Recuperación, Ciudadanía, Derechos Humanos”
5-7 Julio 2018
Madrid
http://www.wapr.org
- **XXIII Curso Anual de Esquizofrenia**
Noviembre 2018
Madrid
cursoesquizofreniamadrid@barcelocongresos.com

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 1, 2003



**ANTROPOLOGIA Y SALUD
MENTAL**

José Filgueira Lois
Ignacio López Fernández
(Compilados)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 2, 2003



**SALUD MENTAL Y
POBLACIÓN SIN HOGAR**

Mónica Trinchero Ramos
Víctor Aparicio Basauri
(Compilados)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 1, 2004



SOBRE VIOLENCIAS

Andrés Cabero Álvarez
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 2, 2004



**LA ESQUIZOFRENIA:
DÉFICITS Y TRATAMIENTO**

Berta Moreno Küster
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 1, 2005



**SALUD MENTAL Y MEDICINA
BASADA EN LA EVIDENCIA**

César Luis Sanz de la Garza
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 2, 2005



ESTADOS LÍMITE

Pedro Marina González
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 1, 2006



**TRATAMIENTO AMBULATORIO
INVOLUNTARIO**

Ana Esther Sánchez Gutiérrez
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 2, 2006



CLÍNICA DE LA HISTERIA

Tiburcio Angosto Saura
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 1, 2007



**PSICOTERAPIAS EN LOS
SERVICIOS PÚBLICOS**

Paz Arias García
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 2, 2007



**REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL**

José Juan Uriarte Uriarte
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 1, 2008



ARTE Y PSIQUIATRÍA

Oscar Martínez Azumendi
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 2, 2008



SALUD MENTAL INFANTIL

Purificación Ripollas Eiroa
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 1, 2009



**ADHERENCIA
TERAPÉUTICA**

José Luis Hernández Pineda
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 2, 2009



**LA SALUD MENTAL EN
CENTROAMÉRICA Y R. DOMINICANA**

Víctor Aparicio Basauri
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 1, 2010



**SALUD MENTAL Y
EMERGENCIA HUMANITARIA**

Víctor Aparicio Basauri y Paz Arias García
(Compilados)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 2, 2010



CLÍNICA LITERARIA

Ramón Esteban Anzáiz
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012



Cárcel y Salud Mental

I. Márquez, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Barakda,
M. Hernández, M. B. Longoria, M. M. López, C.
Mancoske, C. Raposo, J. N. Sánchez

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 11, número 1, 2012



**SALUD MENTAL COMUNITARIA:
EL MODELO DE GIRONA**

Cristina Gualeny y Jordi Gid
(Compilados)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012



Cárcel y Salud Mental

I. Márquez, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Barakda,
M. Hernández, M. B. Longoria, M. M. López, C.
Mancoske, C. Raposo, J. N. Sánchez

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2014



Cárcel y Salud Mental

Félix Muñoz
(Compilador)

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA

COMUNITARIA

Vol. 13 número 1, 2015



Automatismo Mental

José María Álvarez y Fernando Colino
Coordinadores

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presentación:El automatismo mental. Seis aspectos de actualidad
José María Álvarez y Fernando Colina..... 7

**El hombre hablado. A propósito del automatismo mental
y la subjetividad moderna**
José María Álvarez 11

Lenguaje y automatismo
Kepa Matilla 35

Atrapados en el automatismo
Iria María Prieto Payo 45

Cuerpo y automatismo mental (o el cuerpo en la psicosis)
Antonio González Herrera 51

Futuro del automatismo mental
Fernando Colina 61

INFORMES
Declaración de Atocha 2016 71

RESEÑAS
Aproximación a Freud: una lectura actual 79
Trabajo vivo en acto. Clínica de los encierros 82
Volviendo a la normalidad:La invención del TDAH y el Trastorno Bipolar Infantil 87

IN MEMORIAM
Michelle Tansella 91

NOTICIAS BREVES 93

REUNIONES CIENTÍFICAS 97

NORMAS DE PUBLICACIÓN 105

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de “**La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.**” (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental”.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menendez de Llano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Junta Directiva:

- Presidente: César Luis Sanz de la Garza.
- Vicepresidenta: Isabel Barrera Salas.
- Secretario General: Pendiente de sustitución*
- Vicesecretario: Celina Padierna Sánchez.
- Tesorera: María Rosa Díaz Galán.
- Vocales: Aida González Suarez, Rocío Bouza Fustes y Jaime Ramón López Fernández.

Miembros de honor:

Franco Rotelli (Trieste-Italia), José Luis Montoya Rico (Alicante)(+), Federico Menéndez Osorio (A Coruña) e Iñaki Markez (Bilbao).

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
aenasturias@hotmail.com
www.aenasturias.es

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

profesional de la Salud Mental, con título de

que desempeña en (centro de trabajo)

y con domicilio en c/

Población D. P. Provincia

Tel. e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

Dirección

BANCO/CAJA DE AHORROS

N.º CUENTA IBAN

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índex Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3. 1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3. 2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3. 4. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3. 4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver): se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá *et al.*, poniendo el (los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábicas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

