

Concepto actual de locura y las nuevas formas de tratamiento

Enrique Gonzalez Duro

Psiquiatra
Hospital G. Marañón. Madrid

Hubo un tiempo demasiado lejano -o no tan lejano- en que un grupo de jóvenes psiquiatras, los que militábamos en la llamada corriente antipsiquiátrica, reivindicábamos de un modo un tanto provocador el uso de la noción y la palabra locura. Una palabra de amplio uso popular, ambigua y de múltiples acepciones, que se aplicaba sin ningún rigor, pero con la mayor naturalidad. Definir la locura era casi imposible, pero tampoco era necesario, porque no se trataba de un concepto científico-técnico sobre el que únicamente el “sabio” especialista podría pontificar. Era una concepción enteramente popular, que todo el mundo conocía, entendía y podía oponerse, precisamente por su ambigüedad y fácil revocabilidad. Ciertamente, llamar loco a alguien porque incordiaba a los demás, podía resultarle fastidioso o denigratorio, pero nunca le significaba un calificativo definitivo y mucho menos definitivo, justamente por no estar avalado por un diagnóstico psiquiátrico. En cambio, diagnosticarle de demente, de esquizofrénico, de psicópata o simplemente de histérico le suponía casi automáticamente un estigma social negativo y el correspondiente tratamiento correctivo.

Con el diagnóstico psiquiátrico, el loco reconvertido en enfermo mental y sometido a tratamiento, incluso en contra de su voluntad. Porque la psiquiatría de entonces era omnipotente frente al loco o enfermo mental, cuyo discurso negaba por incoherente y cuya palabra solo servía para verificar un diagnóstico. Le era muy fácil

diagnosticarle, tratarle y curarle, lo que a menudo suponía corregir su conducta, reeducarlo y domesticarlo. Lo curioso era que muchos enfermos curados de este modo, debían pasar larguísimos años en el manicomio. Entonces se decía que los enfermos mentales eran incurables, o que podían recaer si eran dados de alta... Y sin embargo, la psiquiatría creía tener suficientes “armas terapéuticas” para curar a los locos, aunque para ello tuviera que encerrarlos y tratarlos coercitivamente: choques biológicos, abscesos de fijación, contención mecánica, celdas de aislamiento, lobotomías, altas dosis de psicofármacos, etc. Y de hecho, la psiquiatría curaba, tal vez demasiado, a unos enfermos que no se consideraban enfermos y que no deseaban ser curados, al menos de aquellos modos y maneras.

Con el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, el loco perdía gran parte de su condición humana y adquiría la categoría de enfermo, de simple portador de síntomas de una extraña enfermedad, que debían ser eliminados a toda costa. Porque el loco era peligroso, o podía serlo en cualquier momento, y por eso era preciso detectarlo precozmente, internarlo, tratarlo y curarlo... Frente a esta noción de enfermedad mental como algo incomprendible, de origen misterioso y con riesgo imprevisible de peligrosidad social, nosotros preferíamos la noción popular de la locura, que se presentaba como un fenómeno inclusivo de la condición humana, que surgía en un determinado contexto socio-familiar, como el

* Texto íntegro de la conferencia de clausura del I Encuentro Estatal sobre “Perspectivas Críticas en Psicología y Psiquiatría” Málaga, Octubre 2001.

subproducto de un proceso contradictorio que había pesado sobre el sujeto a lo largo de toda su vida. Para nosotros, la locura era un discurso, extraño, pero susceptible de ser analizado y comprendido en términos de dinámica interactiva, de la propia biografía, etc. Un discurso que, en el fondo, expresaba las contradicciones de la familia y de una sociedad racionalista en exceso, aunque alienada en cuanto a la verdadera satisfacción de las necesidades humanas. De una sociedad que, al no poder integrar “felizmente” a todos sus miembros excluía a los que no se adaptaban a la realidad normativa. Esa función excluyente y clasificadora la asumía la psiquiatría oficial.

La psiquiatría quiso apropiarse de la locura de un modo monopolista. Y la desenraizó del contexto en que emergía, la desocializó y la vació de contenidos personales, convirtiéndola en enfermedad mental, una categoría abstracta análoga a la verificada empíricamente en la enfermedad somática. La enfermedad mental fue considerada como un “desorden interior” de quien la padecía, que podía producir “desorden exterior”, en la familia, en el trabajo, en la sociedad. Por eso era preciso corregir ese “desorden interior,” sobre todo para normalizar la conducta desviada y restablecer el orden natural de las cosas. Claramente se deducía la ideología conservadora e incluso reaccionaria de aquella psiquiatría, que desempeñaba una importante misión de “defensa social,” aunque utilizando un hábil disfraz médico. Catalogando a los perturbados o perturbadores mentales como enfermos, y tratándolos como tales, los colocaba en una posición de inferioridad social y dependencia a la familia, al psiquiatra o al manicomio, se les negaba el derecho de gobernarse a sí mismos, incapacitándolos “de facto”

Por todo ello, nosotros preferíamos tratar más con locos que con enfermos mentales. A los locos no podía vérselos como seres inferiores, tarados o deficitarios, sino como gente que sentía, y sentía mucho, que sufría más de lo que se podía imaginar y que sí, a veces, se mostraba de un modo poco inteligible, era por su propia dificultad de comunicación, por su aislamiento y por el rechazo e incompreensión de quienes les atendían. Como locos, podíamos verlos como personas si sabíamos acercarnos lo más posible y comunicarnos con ellos. Y

cuando realmente lo hicimos, cuando acortamos la “distancia” que nos separaba de ellos, pudimos percatarnos de que no eran tan “diferentes,” que era posible la compasión, el sentir como ellos, el identificarnos con ellos. La locura de los otros podía servirnos como espejo más o menos deformante de nuestra realidad psíquica, de nuestra propia locura reprimida. Por eso la locura asustaba y tendía a proyectarse en otros, pero también atraía, fascinaba y contaminaba. La locura podía ser asimilada como un fenómeno colectivo, y redistribuida dentro de una misma comunidad, para que unos no fueran tan loco, ni otros tan normales. Y así todos seríamos más felices y más libres.

¿Fue aquello una utopía?. Parcialmente, no. Se avanzó mucho, aunque también se regresó bastante. Se criticó eficazmente la función de la psiquiatría llamada científica, y se luchó duramente contra la Bastilla que representaba el manicomio. Se cuestionó la medicalización de la locura y se abrió la posibilidad de intervención de otros profesionales, potenciándose métodos terapéuticos más comprensivos, más compasivos, más suaves: la psicoterapia, la terapia de grupo, la comunidad terapéutica, la terapia de familia, y los psicofármacos, cada vez más eficaces y con menos efectos secundarios, se usaron con moderación. La psiquiatría tradicional hubo de recular y replantearse muchas cosas, aunque esperaba mejores tiempos, como lo que en parte ya han vuelto. Sucesivamente se pusieron en marcha ambiciosos proyectos de reforma psiquiátrica en el sector público: la Psiquiatría Social en Gran Bretaña, la Psiquiatría Comunitaria en Estados Unidos y Canadá, la Psiquiatría de Sector en Francia y Suiza, la Reforma Italiana, la tímida y tardía Reforma Psiquiátrica en España, etc. Se progresó mucho en poco tiempo, pero surgieron importantes contradicciones que se resolvieron mal. Y vinieron los fracasos con respecto a los objetivos planteados, los frenazos administrativos, la resistencia de los intereses creados, estancamiento, parálisis y hasta miedo a represalias. Luego sobrevino ese híbrido de la llamada salud mental, cuyas políticas han sido diseñadas por gestores y no profesionales. Pese a sus bellos proyectos preventivos y comunitarios, la salud mental se ha insertado admi-



nistrativamente en el sistema de salud general, posibilitando la remedicalización, el retorno del objetivismo médico y de la psiquiatría biológica y la reconversión definitiva de la locura en enfermedad mental. No obstante y con respecto a tiempos pasados, la situación de los enfermos mentales en la sociedad ha mejorado notablemente. La vida en la mayoría de los servicios de salud mental se ha humanizado, tienden a reconocerse los derechos humanos de los pacientes, y su organización como centros de servicio público se ha acercado a las crecientes demandas de buena parte de la población. Pero, sin duda, lo más novedoso ha sido que, al cabo de los siglos, los locos están dejando de ser considerados como peligrosos sociales. Están siendo sustituidos en el imaginario colectivo de los horrores por otros chivos expiatorios: delincuentes, drogadictos, terroristas, inmigrantes o talibanes. Para la psiquiatría clásica, la peligrosidad del enfermo mental era una noción bastante misteriosa y profundamente paradójica, puesto que implicaba al mismo tiempo la afirmación de una cualidad inmanente en el loco (ser peligroso) y una simple probabilidad, de la que podría cometer una acción violenta. En realidad, era sólo una hipótesis nunca verificada en la mayoría de los casos: todos los locos, aún lo más inofensivos, eran misteriosos portadores de una amenaza violenta, aunque la realización de esa amenaza era aleatoria y escasamente probable.

En caso de duda, el psiquiatra prescribía la reclusión manicomial del loco, o no la daba de alta aunque estuviese clínicamente "curado". A menudo, el encierro se perpetuaba simplemente como una brutal medida preventiva, y ese encierro indefinido del loco evidenciaba tautológicamente su peligrosidad social. Pero era una prevención en gran parte inaplicable, porque no se podía encerrar a gran cantidad de gente por una simple sospecha de peligrosidad, aunque sólo fuera porque el coste de esta operación sería enormemente desproporcionado. Aún así, los manicomios, por numerosos y grandes que fueran, siempre estaban repletos de internos, en pésimas condiciones de vida. Y los límites del encierro se hicieron cada vez más evidentes, a medida que la peligrosidad del loco era una noción cada vez más extensa y poliva-

lente. ¿Qué se podía hacer entonces?. Al cabo de muchísimo tiempo se vio que no había otra salida que la humanización del enfermo. La popularización de la antipsiquiatría, allá por los años 60 y 70, derumbó el secreto de la institución psiquiátrica, y la miseria humana que albergaba conmovió a la opinión pública, que se fue convenciendo de la escasa peligrosidad del loco y la injustificable crueldad de su encierro. Fue el comienzo del manicomio, y el comienzo de la "salida del armario" del loco a la calle. La gente le fue perdiendo el miedo al loco, y el loco se lo fue perdiendo al psiquiatra, n cuanto se percató de que éste podía atenderlo sin privarlo de su libertad. Y el psiquiatra dejó de sentirse guardián del orden público, social o familiar.

Con la ayuda de los psicofármacos y el trato humano, y a veces psicoterapéutico, de los profesionales de la salud mental, resultó que los locos estaban menos locos de lo que todos imaginaban. Muchos aceptaron el status de enfermos, porque socialmente era más respetable y porque así podían ser escuchados, recibir consejo y medicinas y obtener alguna pensión o ayuda económica. Otros no se sometieron a ningún control y rechazaron las migajas que se le ofrecían, y sobre todo los que habían sido "salvajemente" desinstitucionalizados de los manicomios y abandonados a su suerte, se convirtieron en vagabundos callejeros. Hubo gente, los buenos ciudadanos de siempre, que se escandalizó y protestó en los periódicos del "bochornoso" espectáculo de la miseria en la vía pública. en Nueva York la municipalidad tomó cartas en el asunto, y el psiquiatra español Rojas Marcos puso en marcha un programa para eliminar de las calles de Manhattan a los enfermos mentales sin hogar y someterlos a tratamiento coercitivo. Diariamente, las ambulancias llevaban al Hospital Psiquiátrico de Bellevue a decenas de personas sin hogar presuntamente necesitadas de internamiento inmediato y potencialmente peligrosas. El Dr. Rojas Marcos declaró en 1987: "Este es el comienzo del renacimiento de la necesidad de los asilos o manicomios." Sin embargo, una de estas personas, la Sita. Brown, desafió el derecho del municipio a internarla y tratarla en contra de su voluntad, y finalmente logró ser liberada. De modo que

aún persiste el perjuicio de la peligrosidad del enfermo mental, incluso en países como Estados Unidos. Tan es así que el abogado de un reo para el que se pide la pena de muerte cometerá un grave error si alega enfermedad mental, porque el jurado creerá que el acusado, aunque no fuese el autor de ningún crimen, podría cometerlo en el futuro.

Pese a todo, ese concepto de la peligrosidad del enfermo mental está en franca regresión. Diversos investigadores han demostrado que muchos de los llamados síntomas psiquiátricos pueden interpretarse como intentos de adaptación del sujeto ante una situación vivida como intolerable, cumpliendo funciones positivas. En especial, en el caso de las mujeres, entre quienes el reconocimiento de síntomas psiquiátricos no se toma como una forma de debilidad, tal vez porque esos síntomas no se apartan demasiado del estereotipo tradicional del comportamiento femenino, es muy probable que la enfermedad sea un intento positivo de afrontar una situación insostenible y de obtener apoyo de los demás. Esto se ve claramente en la depresión, en la que el enfermo o la enferma obtienen ventajas que de otro modo no tendría: apoyo y afecto de la familia, evitación de responsabilidades y exigencias cotidianas, atención médica o psicológica, etc. De modo que el diagnóstico de enfermedad puede ser ventajoso para ciertos grupos sociales que carecen de recursos para manejar su vida de otra forma, sin dejar por ello de ser iatrogénico y encubridor de la problemática de base. El tratamiento médico puede aliviar los síntomas del paciente, pero si no se desentraña esa problemática, la enfermedad que la enmascara puede cronificarse y requerir la toma indefinida de medicamentos. Lo malo es cuando el paciente entrevé que su problemática es difícil o insoluble, porque entonces preferirá aliviar sus síntomas con medicamentos, aunque sea por tiempo indefinido.

Aunque la mayoría de las personas consideraría que la estancia en un hospital o unidad psiquiátrica como una experiencia que ha de ser evitada a toda costa, hay individuos que creen obtener beneficios de su estancia hospitalaria: puede sacarles temporalmente de una situación particular-

mente tensa y difícil proporcionándoles una tregua en la que pueden mejorar su relación con los demás. Corren, sin embargo, el riesgo del hospitalismo, por el cual creen que no pueden vivir sin la protección permanente del hospital. Las estadísticas revelan el hecho de que las mujeres, los pobres y aislados, los desempleados, los "sin hogar" y las personas de edad avanzada tienen más probabilidades de ser hospitalizados que los otros grupos sociales, precisamente por su carencia de otros recursos. No obstante, para la mayoría de la gente el ser clasificado como enfermo mental sigue siendo un estigma social negativo, que puede ser definitivo y que finalmente puede llevarle a la incapacidad civil. Ello no impide que haya grupos de autoayuda que utilizan deliberadamente la clasificación estigmatizante, no por rebeldía o para intensificar su desviación social, sino para lograr un comportamiento más adaptado a la sociedad. El ejemplo más definido es el de Alcohólicos Anónimos, cuyos miembros son forzados a declararse alcohólicos, como si el beber fuese un pecado original contra el que han de luchar de por vida. De este modo, se crea el extraño concepto del alcohólico que no bebe nunca, tra el convencimiento de que puesto que se es alcohólico por y para siempre, no se puede beber. Y con mucho voluntarismo, con la ayuda mutua y predicando con el ejemplo, el enfermo puede dejar de beber, pero no se cura, ya que es incurable y como es incurable, no precisa médico.

En el caso de los deficientes mentales, el rótulo se lo ponen los padres, tras los oportunos exámenes médicos y las evaluaciones psicológicas pertinentes. Con el rótulo de deficiente, los sujetos concernidos son enviados a circuitos especiales no médicos: escuelas especiales, talleres protegidos, centros de ayuda para el trabajo, etc., donde son invitados a trabajar de un modo no competitivo y escasamente productivo. El deficiente no será curado, entre otras cosas porque no es considerado enfermo, pero ni tan siquiera será rehabilitado o resocializado, y vivirá sobreprotegido por una familia angustiada que le impedirá el contacto con gente normal de su edad por miedo a que sea abusado. De ahí que los padres del deficiente hayan conseguido poder esterilizarlos en contra de su volun-



tad, pero legalmente. Un camino similar parecen haber emprendido las asociaciones de familiares de enfermos esquizofrénicos, que dicen luchar por la rehabilitación de sus hijos al tiempo que solicitan su incapacitación, o sea su muerte civil, y que en Estados Unidos han pedido que la esquizofrenia sea declarada una enfermedad puramente biológica, recomendando a sus miembros que no sigan terapias familiares. ¿Y qué decir de las familias autoorganizadas de las supuestas anoréxicas?. En muchos casos, son esas familias las que han forzado el diagnóstico de la anorexia, multiplicando su número de tal modo que parece haberse producido una epidemia, al margen de cualquier control sanitario. ¿Quién está más loco?. ¿Quién es más peligroso?. La psiquiatría está en crisis, y no sabe qué decir. ¿Y la salud mental?. Con el neoliberalismo imperante, el Estado se inhibe y sólo presta los servicios mínimos a los más necesitados. El que quiera salud, que se la pague y que elija entre las muchas ofertas del supermercado de lo "psi". Es el modelo americano.

Desde hace unos veinte años la psiquiatría se encuentra ante la dificultosa tarea de responder a la imparable demanda de mucha gente que tiende a psiquiatrizar o psicologizar el sufrimiento que le genera la dificultad de vivir, la frustración de su afán de éxito, la sensación de haber fracasado o el miedo al fracaso, la imposibilidad de amar o ser amado, la soledad, el aislamiento, la carencia de raíces, la difusión de la propia identidad, etc., y que busca una solución rápida y efectiva para sus vidas. Desconectada de su pasado inmediato y con un futuro incierto, precisa de felicidad aquí y ahora, sin drogarse, sin beber, sin fumar y sin transgredir ninguna norma, y la busca en quien se la ofrezca.

En la medida en que los psiquiatras no quisieron o no pudieron despsiquiatrizar esos problemas, descodificando la demanda y ofreciendo vías de solución grupales o colectivas, mucha gente reorientó su demanda hacia otros profesionales o consejeros. Cayó el umbral de lo que la gente consideraba como enfermedad psíquica aumentando el volumen total de esas enfermedades, de lo que se beneficiaban los psicólogos, los trabajadores sociales y demás profesionales de la salud mental.

Para los psiquiatras cuyos ingresos provenían fundamentalmente de la práctica privada, fue preocupante esa potencial pérdida de clientela. Por eso tuvieron un claro interés en patologizar cualquier comportamiento más o menos anómalo o doliente, trivializando la patología psiquiátrica. Y así por ejemplo, ya en los años 60 los psiquiatras americanos no tuvieron inconveniente en definir como patológica la conducta rebelde de muchos jóvenes. Primero hablaron de una "disritmia cerebral difusa" y cuando este diagnóstico quedó descartado, se pensó en la "hiperactividad y falta de atención de los escolares". En 1980 se reconvirtió en "trastorno de déficit de atención con hiperactividad", incluso en el famoso DSM-III. Nunca se llegó a saber ciertamente si los muchos escolares diagnosticados de "hipercinéticos" tuvieron efectivamente un trastorno orgánico verdadero, pero la cuestión era que esos jóvenes debían ser objeto de tratamiento médico o no. Y lo fueron: en 1995 los médicos americanos hicieron seis millones de recetas de "Ritalin", y dos millones y medio de escolares americanos tomaron dicho fármaco. Era una forma de mantener la cuota de mercado, frente a otros profesionales que no podían prescribir medicamentos.

Asimismo, los límites de lo que constituía una depresión se fueron aumentando extraordinariamente, tornándose en disforia o distimia, sinónimo de infelicidad, con pérdida de apetito e insomnio. De este modo, la depresión se fue convirtiendo en el trastorno por excelencia de la práctica psiquiátrica, que disponía de antidepresivos cada vez más eficaces. Los médicos preferían diagnosticar lo que podían tratar fácilmente con fármacos. Por otra parte, los "trastornos de personalidad" aumentaron considerablemente, convirtiéndose en el cajón de sastre de la psiquiatría. Los llamados "trastornos de la personalidad múltiple" irrumpieron desde la oscuridad en los años 80 y se transformaron en casi una epidemia, que ya ha desaparecido tan misteriosamente como apareció; y de los "trastornos de la personalidad antisocial" podría decirse algo parecido. En muchos casos, estos y otros trastornos de personalidad no son sino una acentuación de los rasgos característicos de determinadas personalidades. Y dar categoría de enfermos a gente porque resulta problemático o

difícil a otras personas no puede significar otra cosas que patologizar una conducta esencialmente normal, aunque molesta o inquietante. Con tales diagnósticos, se rebaja el umbral de los individuos que se consideran enfermos, y en consecuencia, aumenta el número de enfermos mentales. Y más aún, el número de pre-pacientes, con síntomas del “nivel subumbral” o con pródomos poco apreciables a simple vista.

Así, se diluye el concepto de enfermedad, aunque resulta altamente rentable para muchos. Aunque no era sólo el interés económico, porque desde los años 60 y 70 la psiquiatría americana no quería quedarse rezagada con respecto a la psicoterapia, que por entonces de demandaba crecientemente y que el tratamiento psicoanalítico sólo podía cubrir en muy escasa proporción. Mientras la psiquiatría, medicalizándose, trataba de aumentar su cuota de mercado, la competencia en el mercado de la psicoterapia iba en aumento, porque mucha gente no se conformaba con medicamentos, y quería hablar, desahogarse, ser aconsejada... El desafío inicial le había venido de la asistencia social, cuyos profesionales, tras la Segunda Guerra Mundial, comenzaron a hacer psicoterapia en grupos pequeños y entre familiares de enfermos. Los psicólogos entraron en el mercado de la psicoterapia a partir de 1951, cuando Carl G. Rogers publicó su libro “Terapia centrada en el cliente.” La psicoterapia de Rogers no requería el dominio de un sistema terapéutico tan complejo como el freudiano, pues bastaba con la creencia en los buenos sentimientos para que el paciente pudiera reconstruirse a sí mismo. Según Rogers, “el individuo tiene dentro de sí mismo amplios recursos para la comprensión, para alterar el concepto de sí mismo, sus actitudes y su conducta autodirigida”, y estos recursos podía utilizarlos si se le proporcionaba un clima de “actitudes psicológicas facilitadoras.” O sea, era una psicoterapia simple que fácilmente podían realizar los psicólogos. Luego llegaron los conductistas, dando soluciones prácticas para muchos problemas psicológicos y psiquiátricos, incluida la homosexualidad. Inicialmente los psiquiatras reaccionaron contra el intrusismo de todas estas psicoterapias no médicas, pero finalmente ganaron los psicólogos, aunque solo fuera por

su mayor número. Y la psicoterapia no médica se convirtió en una actividad en expansión, atendiendo inicialmente la demanda de gente descontenta de sus vidas, que no sufrían de síntomas característicos de enfermedades psíquicas, aunque podrían haber sido catalogados como pacientes. La psiquiatría se venía abajo porque iba perdiendo su sitio. Los psiquiatras habían sido preparados para tratar enfermedades psíquicas más o menos severas, pero en sus consultorios privados atendían sobre todo las psiconeurosis más leves y lucrativas. Al hacerlo así, se vieron compitiendo con los psicólogos y otros profesionales de la salud mental. Y para no perder su cuota de mercado, continuaron ampliando la definición de enfermedad, con objeto de incluir conductas y síntomas considerados pre-clínicos y atender a la gran demanda del público americano de una psicoterapia para atender sus problemas cotidianos.

El riesgo de errar por el desierto aumentó cuando la psiquiatría optó por el diagnóstico medicalizante. Porque no era fácil para la psiquiatría, donde, a diferencia de la medicina somática, la etiología era desconocida en la mayoría de los casos, y la enfermedad mental era clasificada sobre la base de los síntomas y no de las causas. Otro riesgo eran las distintas tradiciones nacionales en los criterios clasificatorios de las presuntas enfermedades mentales. Nadie utilizó tanto el diagnóstico de esquizofrenia como los psiquiatras americanos. Y contaban además con la resistencia de muchos psiquiatras de inspiración psicoanalítica, que daban mayor importancia a las claves psicodinámicas de los pacientes que a su diagnóstico psiquiátrico. Con todo, la psiquiatría comenzó pronto a plantearse la necesidad de obtener un diagnóstico correcto para el tratamiento de las enfermedades mentales. La disponibilidad de medicamentos específicos para la psicosis y la depresión hizo del diagnóstico médico una necesidad práctica.

En 1948 la Asociación Psiquiátrica Americana nombró un comité de nomenclatura que se puso a trabajar para elaborar un solo sistema de clasificación de enfermedades, y en 1952 se publicó el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales,” más conocido como el DSM-I.



Dicho Manual refleja el saber del comité que lo había elaborado, de inspiración psicoanalítica en la mayoría de sus miembros, aunque seguía admitiendo el término de "reacción" (reacción esquizofrénica, reacción antisocial, etc.) como reconocimiento al pionero de la psiquiatría americana, Adolph Meyer. El auge del Psicoanálisis de los años 60 en la psiquiatría americana se reflejó aún más claramente en el DSM-II, que apareció en 1968. El término "reacción" fue sustituido por el de "neurosis" y el tradicional clásico término freudiano "histeria" apareció reemplazando a la "reacción de conversión" y a la "reacción disociativa." Entre los que habían redactado el DSM-II figuraba el psicoanalista Robert Spitzer, que luego renegó del psicoanálisis y decidió llevar el diagnóstico psiquiátrico en dirección contraria, en el sentido de que el diagnóstico fuese lo más preciso posible y que se correspondiese con lo que presumiblemente eran "entidades naturales" de la enfermedad; era lo que el alemán Kraepelin había comenzado a hacer a principios del siglo XX. Había que crear criterios operativos para determinar exactamente qué síntomas habían de estar presentes para que un médico pudiera hacer un diagnóstico.

Spitzer conectó con un grupo de psiquiatras que trabajaban en Saint-Louis con intereses similares a los suyos: química cerebral, biología y clasificación, temas por entonces pasados muy de moda. Formaron el grupo de los "neokraepelinianos", famosos por sus trabajos de investigación biológica en las enfermedades mentales. En 1972 este grupo, dirigido por Feighner, publicó la primera serie de criterios rigurosos para realizar el diagnóstico. Así, para diagnosticar un paciente depresivo, éste debía tener: a) un estado de ánimo disfórico; b) por lo menos cinco de una lista de ocho criterios, incluyendo el escaso apetito, los sentimientos de culpa; c) que la enfermedad durara por los menos un mes antes de que el paciente buscara ayuda. Y se anunciaron un conjunto de criterios para una completa gama de trastornos psiquiátricos. Los "criterios de Feighner" permitieron la estandarización del diagnóstico de una clínica a otra, de una universidad a otra, de un país a otro. Y fueron plenamente asumidos por Spitzer.

En 1974 el director médico de la Asociación

Psiquiátrica Americana se reunió con Spitzer y con el psicólogo Theodore Millón, y de esa reunión salió el equipo encargado de elaborar el DSM-III, dirigido por el propio Spitzer y cuyos miembros se decantaban mayoritariamente por la psiquiatría biológica. El DSM-III se publicó en 1980, siendo recibido como una victoria de la ciencia. Y a partir del asentamiento presuntamente científico de este tercer Manual, la psiquiatría americana regresó al mundo de la medicina, aplicando el modelo médico al diagnóstico psiquiátrico y minimizando el modelo "biopsicosocial" de la llamada salud mental. Tal reposicionamiento de la psiquiatría americana tuvo un gran impacto en todas partes. A principios de los 90, el DSM-II, o la versión revisada del que apareció en 1987 (DSM-III-R) se había traducido a veinte idiomas, convirtiéndose en el libro básico para la formación académica de los psiquiatras de todo el mundo, que pasaba la página al enfoque psicoanalítico o psicodinámico. Se había vuelto a los principios positivistas del siglo XIX, rechazándose de plano cualquier planteamiento antipsiquiátrico.

Sin embargo, la psiquiatría al estilo del DSM-III, parecía dirigirse, de algún modo, al desierto, porque, lejos del rigor diagnóstico que se pretendía, el vaso de lo patológico seguía bajando. Y así, de los 180 trastornos mentales descritos en el DSM-II se pasó a los 265 del DSM-III y a los 297 del DSM-IV, publicado en 1994. ¿Podía verdaderamente dividirse la "naturaleza psiquiátrica" en 297 partes?. El interminable desfile de síntomas y trastornos causaba la impresión de que podría irse de las manos. Realmente, ya se había ido de las manos, porque el equipo que redactó el DSM-III tuvo que hacer concesiones a las muchas presiones ideológicas que recibió. En primer lugar, tuvo que eliminar de sus listas a la homosexualidad, porque los grupos autoorganizados de homosexuales fueron muy activos y se negaron en rotundo a ser considerados como entes patológicos: felizmente. Por contra, los psicoanalistas no tuvieron ningún éxito al oponerse a la desaparición del término "neurosis" del DSM-IV, con lo que Freud quedaba eliminado de un plumazo.

Otro caso curioso fue la invención del llamado "trastorno de stress postraumático." En los años 70 los veteranos del Vietnam,

constituidos en un poderoso grupo de presión, creían que sus dificultades para reintegrarse en la sociedad eran de carácter psiquiátrico y podían explicarse como resultado del trauma de la guerra: el “trauma masivo retardado” podía producir posterior “culpa, rabia, la sensación de ser un chivo expiatorio, torpeza y alienación.” Hubo una fortísima campaña nacional, y el “trastorno del stress postraumático” fue una realidad clínica, y como tal, incluida en el DSM-III. Como alguien dijo, “el trastorno del stress postraumático está en el DSM-III porque un grupo de psiquiatras y veteranos trabajaron consciente y deliberadamente durante años para ponerlo ahí. Estos, por fin, tuvieron éxito porque estaban mejor organizados, más políticamente activos y tuvieron más suerte que sus opositores.” La experiencia de los homosexuales y de los veteranos del Vietnam dejaba claro que el diagnóstico psiquiátrico, o el no diagnóstico, era para quien se lo trabajaba.

El “trastorno de stress postraumático” ha sido considerablemente ampliado en el DSM-IV, aplicándosele secundariamente a los más diversos acontecimientos traumáticos: ataques personales violentos (agresiones sexuales y físicas), atracos, robos de propiedades, ser secuestrado, ser tomado como rehén, ser torturado, encarcelamiento como prisionero de guerra o en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, diagnóstico de enfermedades potencialmente graves, constancia de que el propio hijo padece una enfermedad muy grave, etc, etc. Si bien transformar a las víctimas de todos estos traumas en pacientes ha permitido la consecución de pensiones o ayudas, también ha tenido consecuencias alienantes o encubridoras. El significado político y moral de un trauma como consecuencia de la violencia política o doméstica ha sido totalmente eufemizado o evitado. En su lugar, la violencia ha sido tratada como un trastorno autónomo y propio del sujeto afectado, susceptible de alguna terapia por haber sido apaleado, violado o por haber visto como asesinaban a sus familiares o amigos.

En el trasfondo de la evolución de las series del DSM yacía el continuo declive del psicoanálisis. Del DSM-IV se eliminó el término “neurosis” porque un nuevo grupo de trabajo se dio cuenta de que ahora tenía suficientes votos para acabar con él. Sin embargo

irónicamente, la caída del psicoanálisis contribuyó a confundir a una psiquiatría que pretendía caminar hacia la ciencia y mantener su cuota de mercado, porque las psicoterapias no analíticas crecieron vertiginosamente de tal modo que en los años 70 se podían contar por lo menos 130 versiones: la gestaltterapia, el röfling, la bioenergética, el counselling, el análisis transaccional, el gripo primario, la hipnosis, etc. También hubo confusión y desorientación en el “ala biopsicosocial” de la psiquiatría comunitaria, y de la salud mental, cuyos planteamientos principales provenían de concepciones psicodinámicas. Sin Freud, ¿qué terapia aplicar a los pacientes?. ¿La terapia de conducta, la terapia de grupo, la terapia de familia, el psicodrama o la farmacoterapia?. Al cabo del tiempo, los psicofármacos parecen haber ganado la partida por goleada.

Entre las diversas causas que contribuyeron a la decadencia del psicoanálisis, fue importante la negativa o la resistencia de las compañías de seguros a pagar una psicoterapia tan larga como la analítica. Y el caso Osherof fue tremendamente significativo. Rafael Osherof era un médico de 42 años, que en 1979 fue ingresado en la famosa clínica psicoanalítica de Chesnut Lodge con síntomas de depresión. Durante siete meses fue tratado con cuatro sesiones de psicoterapia analítica a la semana, negándosele toda medicación pese a su requerimiento. Por fin, el paciente fue trasladado a otra clínica, donde fue tratado con medicamentos y en tres meses pudo ser dado de alta. En 1982 Osherof denunció a la Chesnut Lodge por procedimiento ilegal, basándose en que se le debería haber administrado una medicación de demostrada eficacia en lugar de dejarlo vegetar durante siete meses. Un jurado de arbitraje le compensó con 350.000 dólares. La resolución del caso dio la impresión de que tratar enfermedades psiquiátricas sólo con psicoanálisis era ilegal. Aunque ningún tribunal había fallado de forma definitiva que





los tratamientos biológicos eran imprescindibles, a partir de entonces cualquier médico que tratara a pacientes sin psicofármacos corría el riesgo de incurrir en falta grave. En la Chesnut Lodge se introdujeron los tratamientos farmacológicos, lo que no ha podido evitar su reciente cierre final, pese al enorme prestigio acumulado.

El psicoanálisis se fue desmedicalizando asimismo, evolucionando más allá de la medicina psiquiátrica, hacia un espacio étéreo de artes y letras, donde parecía no tener problemas. Y sin embargo, el volumen de las enfermedades psíquicas no cesaba de aumentar. Estudios estadísticos dijeron que en 1990 el 10,3% de todos los americanos había tenido un episodio depresivo en los 12 últimos meses; otro 20% había sufrido algún trastorno fóbico, y otro 5%, ansiedad generalizada. Dichas dolencias, por tanto, parecían ser muy comunes, y para quienes las sufrían fue una buena noticia la aparición en el mercado de una panoplia de psicofármacos eficaces para los casos leves y que apenas tenía efectos secundarios aunque no tenían éxito en las enfermedades psíquicas más severas, para las cuales ya existían los antidepresivos tricíclicos y los neurolepticos. Pero, en cierto modo, era una mala noticia para la psiquiatría, porque los pacientes comenzaron a ver a los médicos más como meros transmisores de los nuevos productos que como consejeros capaces de utilizar la propia relación con fines terapéuticos. Con la introducción de esta "psicofarmacología cosmética," la psiquiatría había cerrado un círculo.

La historia de la "psicofarmacología cosmética," el uso de las drogas con pocos efectos secundarios para eliminar la ansiedad cotidiana y la depresión leve, comenzó con la llegada del Meprobamato, la llamada "píldora de la felicidad," que salió al mercado en 1955 y cuya demanda fue muy superior a cualquier fármaco jamás vendido en Estados Unidos. Luego vino la primera benzodiazepina, el Librium, al que posteriormente suplió con mayor ventaja otra benzodiazepina, el Valium, comercializado en 1964. En 1970, una mujer de cada 5 y un hombre de cada 13 tomaba habitualmente benzodiazepinas, que los psiquiatras recetaban con mayor o menor entusiasmo en los casos leves y como alternati-

va a la psicoterapia. Pero hubo problemas, porque las benzodiazepinas resultaron ligeramente adictivas, en el sentido de que los pacientes empeoraban cuando dejaban de tomarlas, y su uso fue oficialmente restringido. Las ventas descendieron, pero los laboratorios farmacéuticos se percataron de que en los tranquilizantes menores estaban los mercados del futuro.

Cuando las empresas altamente competitivas lanzaron al mercado productos psicotrópicos, comenzaron a deformar el sentido propia de diagnóstico psiquiátrico. Tratando de hacerse hueco en el mercado, las empresas farmacéuticas aumentaron y ampliaron las categorías de las enfermedades. La disponibilidad de un tratamiento medicamentoso conducía a un aumento de la aceptación del trastorno que podía beneficiarse de dicho tratamiento. Se puede poner el ejemplo del llamado "trastorno del pánico" descrito en 1964 por Donald Kein, desgajándolo como entidad clínica diferente del "trastorno de ansiedad." Klein logró que un laboratorio farmacéutico le financiase un estudio para demostrar que los ataques de pánico podían prevenirse con medicación, y como también formaba parte del equipo que estaba redactando el DSM-III, consiguió que el "trastorno del pánico" fuese incluido en el mismo como entidad clínica independiente en 1980. Al año siguiente la compañía Upjohn comercializó un nuevo tipo de benzodiazepina supuestamente no adictiva, el Alprazolam o Trankimazin, presentándolo como específico contra la entidad clínica recientemente creada. Pues bien, en los años 90 el Trankimazin se convirtió en uno de los fármacos más en boga, recetados por muchos psiquiatras con la esperanza de acabar con la epidemia de "pánico" que asolaba la nación americana. Hoy se sabe que el alprazolam es la benzodiazepina que más adicción produce.

Después llegó la Fluoxetina (el Prozac,...), un antidepresivo "limpio" y que no engordaba. El lanzamiento fue tal que todo el mundo quería probarlo, y si se le preguntaba al presunto paciente si estaba deprimido contestaba que ¡por supuesto que sí!. El Prozac se lanzó en 1987, y tres años después ciertos investigadores demostraron que también podía ser útil en el "trastorno de pánico" y en el "trastorno obsesivo-

compulsivo”; y que además podía transformar la personalidad en sentido positivo. Como resultado de todo ello, en 1992 casi la mitad de todas las consultas a psiquiatras americanos lo eran por trastornos de ánimo. Y no sólo eso. Con ayuda de los medios de comunicación, el Prozac se extendió entre el público como una panacea capaz de arreglar los problemas de la vida, incluso sin estar enfermo. Aquí se concentraba parte fundamental del mercado de la fluoxetina: con la promesa de una personalidad sin problemas y con menos peso, el nuevo psicofármaco despegó más rápido que ningún otro en la historia. En 1994 era el segundo de los fármacos más vendidos en todo el mundo, después del Zantac, un producto para la úlcera de estómago. El cienticismo de la psiquiatría biológica se dedicó a transformar todo un cúmulo de dificultades humanas en la escala de la depresión -considerada ahora como la enfermedad más frecuente-, haciéndolas todas curables con un fármaco milagroso. Esa transformación fue posible sólo porque la psiquiatría biológica se

había enredado ella misma con mucha fuerza en la cultura corporativa de la industria del fármaco.

A los 10 años ha caducado la patente de la fluoxetina y se ha convertido en un “fármaco genérico” que se puede vender a más bajo precio. Quienes lo habían patentado ha perdido interés en ese producto, poniendo sus energías en el lanzamiento de otro psicofármaco “limpio”, -Zyprexa-, un antipsicótico de la última generación. El nuevo producto, específico contra la esquizofrenia, ha batido el record de ventas. Concretamente en España, la Zyprexa se ha convertido en el medicamento de mayor facturación. No podrá extrañar que en los próximos años se multiplique el número de esquizofrénicos y de psicóticos en general. Los antipsicóticos y los antidepresivos se multiplican. Y por si fuera poco, los medios de comunicación no paran de lanzar nuevas enfermedades, nuevos síndromes. El último, el “síndrome postvacacional!” ¿Se estará preparando un nuevo fármaco para combatirlo?.



Bibliografía:

1. R. Castel: “De la peligrosidad al riesgo”; incluido en “Materiales de sociología crítica”, La Piqueta, Barcelona 1985.
2. F. Castel, R. Castel y A. Lovell: “La sociedad psiquiátrica avanzada”, Anagrama, Barcelona 1980
3. R. Cochrane: “La creación social de la enfermedad mental”, Nueva Visión, Buenos Aires, 1995
4. DSM-III: “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, Masson, Barcelona 1982
5. DSM-IV: “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, Masson, Barcelona 1995
6. J. Elizur y S. Minuchin: “La locura y sus instituciones”, Gedisa, Barcelona 1997
7. E. FullerTorrey: “Nowhere to go”, Harper and Row, NewYork, 1989
8. E. Galende: “De un futuro incierto”, Paidós, Buenos Aires, 1997
9. E. González Duro: “La locura y los derechos humanos”, Zero, Madrid, 1978
10. E. González Duro: “El cuerpo anoréxico”, Archivos de Psiquiatría, vol 4, nº 1, 2001
11. A. Kleiman y J. Kleiman: “Lo moral, lo político y lo médico”, incluido en “Psiquiatría transcultural!” edita AEN, Madrid, 2000
12. P. D. Kramer: “Escuchando al Prozac”, Seix Barral, Barcelona 1994
13. C. R. Rogers: “Terapias centradas en el cliente”, Kairós, Barcelona, 1979
14. T. Sloan: “Critical psychology: Voices for change”, McMillan Press, London, 2000