

Ciencia y antipsiquiatría en en siglo XXI

Iria Veiga

Psiquiatra. ARP-Sociedad para el Avance del Pensamiento Crítico

De tesis revolucionarias a teoría de la conspiración

En los últimos años estamos asistiendo a un nuevo auge de posiciones contrarias a la medicalización de la salud mental, en un amplio abanico que va desde las críticas parciales a la excesiva prescripción de psicofármacos o la patologización de los problemas de la vida cotidiana hasta enmiendas a la totalidad de la psiquiatría en cuanto disciplina. A esto contribuyen el desconocimiento acerca de qué es y cómo funciona la psiquiatría, y el estigma que gravita sobre todo lo relacionado con las patologías mentales, fundamentalmente sobre los pacientes y usuarios, pero también sobre los profesionales.

1. La psiquiatría como disciplina

La psiquiatría es una de las especialidades médicas de más reciente aparición. La primera vez que se emplea este término con su significado actual es en la obra del alemán Johann Christian Reil *Sobre la medicina y sus ramas, con especial consideración sobre la psiquiatría*, en el año 1808¹. Reil fue, también, uno de los primeros catedráticos de esta rama de la medicina. Sin embargo, la enfermedad mental se conoce desde la Antigüedad. Tanto Hipócrates² como Areteo de Capadocia³, en el mundo clásico, incluyen en sus obras médicas descripciones de entidades conocidas hoy en día, especialmente la *melancolía* (depresión endógena) y la enfermedad maniaco-depresiva (trastorno bipolar). Se asumía que la enfermedad mental era un padecimiento del cerebro, si bien la etiopatogenia se buscaba en la teoría humoral imperante en este para-

digma médico, según el cual sería el desequilibrio de los distintos fluidos corporales o humores el que desencadenaría las enfermedades. Así, un exceso de bilis negra afectaría al cerebro provocando melancolía, mientras que un exceso de bilis amarilla produciría un estado colérico que podríamos identificar con un episodio maniaco.

Al margen de lo erróneo de la premisa, similar en muchos puntos a la filosofía oriental del *yin* y el *yang*, es interesante destacar la búsqueda del origen de la enfermedad en procesos orgánicos y naturales, sin recurrir a explicaciones de índole sobrenatural o divina. Por otro lado, en el mundo clásico tampoco se descartan los factores ambientales como causa de las enfermedades mentales, identificando tanto estresores psicológicos como circunstancias relacionadas con la dieta, calidad de las aguas, etc.

Es en el siglo XIX cuando finalmente la disciplina se separa de la neurología, por un lado, y de la institución asilar con carácter de régimen meramente reclusivo, por otro, para postularse como rama propia de la medicina, con sus propias entidades nosológicas y cuadros clínicos característicos. Es en este contexto en el que Kraepelin describe su *demencia precoz*⁴, que hoy llamaríamos esquizofrenia, y Falret y Baillaguer aíslan entidades a las que denominan *locuras circulares* o *locuras de doble forma*⁵, que corresponderían al actual diagnóstico de trastorno bipolar. Kraepelin, particularmente, pone de relieve la importancia del curso evolutivo de la enfermedad, y diferencia ca-



teóricamente estos dos cuadros (demencia precoz y enfermedad maniaco-depresiva o locura circular), fundando así el inicio de la moderna nosología psiquiátrica.

2. El psicoanálisis y sus derivados

Paralelamente a la irrupción de la psiquiatría como disciplina médica, el psicoanálisis comienza a ganar predicamento como tratamiento de los trastornos mentales. Cabe introducir varias salvedades en esta dicotomía. Por un lado, el tipo de pacientes de los asilos de Kraepelin y de la consulta de Sigmund Freud eran esencialmente diferentes. Si bien este último se aventuró tentativamente en el análisis psicoanalítico de las psicosis⁶, su teoría está orientada al tratamiento de lo que podríamos clasificar como *neurosis*: cuadros en los que el síntoma fundamental es el sufrimiento psíquico en forma de ansiedad, fobias o tristeza, y que no comprometen el razonamiento ni las funciones superiores. Así, Kraepelin realiza su clasificación sobre cuadros severos, que limitan gravemente la funcionalidad y la supervivencia de quien los padece, mientras Freud se centra en aquellos estados que podríamos considerar una variante del sufrimiento psíquico normal. Una excepción podría ser la extravagante presentación de la histeria (hoy fragmentada en la clasificación de cuadros conversivos y disociativos), que al remedar signos del orden de lo neurológico (parálisis, amnesias...), se encontraba en tierra de nadie entre ambas especialidades emergentes. De esta dicotomía

neurosis/psicosis se extrae fácilmente la comprensión de ambos abordajes teóricos. Por otro lado, Freud procedía de la neurología y se había formado con Charcot, el gran anatomista del cerebro. Su visión psicoanalítica, por tanto, tenía pretensión de conocimiento científico falsable, si bien posteriormente su teoría no fue corroborada en estos términos.

3. La antipsiquiatría de los años sesenta y setenta

Tras la II Guerra Mundial, el paradigma psicoanalítico era el imperante en el tratamiento de la enfermedad mental en el mundo occidental. Los pacientes graves, recluidos en manicomios, eran tratados con una serie de técnicas inspiradas en el modelo médico, pero de escasa eficacia, como la insulino-terapia o las «curas de sueño». Continuaban en vigor también las lobotomías y la terapia electroconvulsiva, que si bien se emplea hoy en día con buenos resultados⁷, era utilizada sin una indicación clara y sin procedimiento anestésico previo, lo que la convertía en extremadamente peligrosa y dolorosa.

En este contexto, ocurren dos hechos que modifican completamente la práctica psiquiátrica, y cuyas interrelaciones son múltiples y complejas, prestándose a numerosas interpretaciones. En primer lugar, en 1952 se sintetiza el primer fármaco con efecto antipsicótico, la clorpromazina⁸. Desarrollado en primera instancia como antihistamínico y anestésico, posteriormente se descubren sus propiedades antipsicóticas, particularmente sobre los llamados síntomas positivos: aluci-

naciones y delirios. Previamente, en 1949, se habían descrito los efectos de las sales de litio en el trastorno bipolar, siendo hoy en día el estabilizador del ánimo más eficaz conocido.

Paralelamente, en los años sesenta surge una fuerte crítica a la psiquiatría entendida como especialidad médica que trata los padecimientos mentales como enfermedades biológicas, causadas por desequilibrios bioquímicos.

El primero en acuñar el término *antipsiquiatría* fue David Cooper⁹ en 1967. Este psiquiatra sudafricano y su colaborador, Ronald Laing, que se convirtió posteriormente en la figura más destacada del movimiento antipsiquiátrico, postulan que el origen de la enfermedad mental radica en la sociedad en la que está inserto el paciente y en las relaciones disfuncionales que este establece con su familia en la primera infancia. Thomas Szas, otro de los más famosos representantes de esta corriente, afirma que la enfermedad mental no existe en cuanto tal, sino que es una forma de «etiquetar» y por tanto neutralizar a individuos socialmente inadaptados o disidentes. Esta corriente de pensamiento se enmarca dentro de movimientos como el que da lugar a las revueltas estudiantiles del Mayo francés, y muchos de los pensadores de este período participan de ambos movimientos, siendo particularmente relevante la obra de Michel Foucault, *Historia de la Locura*¹⁰, y las aportaciones de Jacques Lacan¹¹.

4. Dos discursos entrecruzados: moral y evidencia científica

En el argumentario de la antipsiquiatría coexisten cuestiones de órdenes diferentes, y esta es parte de la dificultad inherente para analizarlo. Por un lado, en el momento en el que se genera existe una corriente de opinión en contra del trato que reciben los pacientes psiquiátricos, privados de derechos y en muchas ocasiones en condiciones de total indefensión y sin que se respete la dignidad básica de las personas, tanto en cuanto a entorno material como a cuestiones de inti-

midad, poder de decisión, etc. Además, los regímenes fascistas italiano y español emplearon los manicomios y a los psiquiatras afectos al régimen como parte de la maquinaria represiva contra los disidentes políticos¹². De esta manera, la antipsiquiatría abanderó el movimiento de la desinstitucionalización psiquiátrica, que, bajo el lema «el paciente en la comunidad», trata de acabar con los grandes centros de reclusión psiquiátrica y devolver a los pacientes a sus hogares o a otro tipo de dispositivos que no supusieran su aislamiento. Cabe decir que, no por casualidad, este movimiento acontece en el momento en el que comienzan a existir psicofármacos eficaces para controlar los síntomas más disruptivos, de manera que esta reintegración en la sociedad se hace posible en muchos casos.

La desinstitucionalización era un proceso necesario y moralmente inapelable, y la antipsiquiatría siempre tendrá el honor de haber elegido el bando correcto, mientras que mucha de la psiquiatría supuestamente científica se atrincheraba en posiciones de poder que hoy nos parecen indefendibles. Por lo tanto, esta postura parte de una aproximación apriorísticamente más ética y más cercana a los derechos de los pacientes.

Sin embargo, es posible, como decía Sartre, hacer lo correcto por motivos equivocados. Si bien la visión de tratar al sujeto con enfermedad mental como persona íntegra, con dignidad y poseedor de derechos, es una máxima inapelable en la práctica médica actual (con todas las salvedades individuales que se quieran objetar, y que en todo caso serían punibles por ley), la tesis de la que parte, la de la enfermedad mental como producto de la sociedad, y a veces de la propia institucionalización, resulta hoy indefendible. Desde los años setenta, la evidencia científica acumulada a favor de una base biológica del trastorno mental grave, siguiendo un modelo de diátesis-estrés, en el que sobre una vulnerabilidad biológica se suma el efecto de factores ambientales, es difícilmente rebatible¹³. Especialmente, desde 2004, con el Proyecto Genoma

En los años sesenta surge una fuerte crítica a la psiquiatría entendida como especialidad médica que trata los padecimientos mentales como enfermedades biológicas, causadas por desequilibrios bioquímicos.



Humano, y en los últimos años en los que son posibles secuenciaciones masivas de genes con escaso coste (estudios GWAS)¹⁴, la carga genética de entidades como la esquizofrenia o el trastorno bipolar se cifra en torno a un 80 %¹⁵.

Por otro lado, la desinstitucionalización tuvo resultados irregulares, dependiendo en muchos casos de la administración que la aplicara y con qué criterio. En el Estado español, aún hoy persisten grandes centros psiquiátricos de corte manicomial, con enfermos de larga estancia; no se llegó a crear nunca la completa red de asistencia comunitaria que permitiese realmente atender al paciente en su comunidad, aunque hay grandes diferencias entre comunidades autónomas. Es fácil pensar que, para una administración que quiere recortar gasto sanitario, las tesis antipsiquiátricas son un argumento extraordinariamente útil: si estas personas no son enfermas, sino socialmente inadaptadas, no es necesario tampoco que sean atendidas dentro del sistema público de salud. Aunque no se enuncie de esta manera, la idea inconsciente que está detrás de muchas actuaciones en cuanto a planificación sanitaria es que ni las enfermedades mentales son verdaderas enfermedades, ni los enfermos mentales son verdaderos enfermos.

5. Negacionismo y conspiranoia: por qué creemos en cosas raras

Sin embargo, la mayor parte de los ataques a la psiquiatría que vemos en el momento actual no par-

ten de posiciones abiertamente antipsiquiátricas en el sentido de la desinstitucionalización y la lucha por los derechos de los pacientes. Este paradigma estaba conformado en su mayor parte por profesionales de la salud mental con un conocimiento profundo de su campo que, si bien a día de hoy ha sido superado con mucho por las modernas investigaciones, era coherente con su época y el «estado del arte» en ese momento histórico. Lo que nos encontramos hoy en día es más bien un *totum revolutum* de posiciones anticientíficas en las que se aúnan antivacunas, negacionistas del sida y conspiranoicos de la industria farmacéutica. Se niega la enfermedad mental no desde una posición filosófica, sino desde la desinformación. De hecho, es frecuente que las personas que niegan el origen biológico de la enfermedad mental sostengan además otras ideas erróneas sobre la salud, como por ejemplo la asociación entre autismo y vacunas. No se trata, por lo tanto, de la postura antipsiquiátrica clásica, sino más bien de la fascinación que provocan las teorías de la conspiración en el público contemporáneo.

Como toda buena conspiración, algún elemento de verdad permite cimentar mejor la mentira. Las críticas a la industria farmacéutica por sus intentos de influir en el diagnóstico y el tratamiento, que en ocasiones ha producido problemas de sobrediagnóstico (véase el TDAH, pero también el asma bronquial en la década de los ochenta y noventa), no quiere decir que estas entidades patológicas sean inexistentes.

Por otro lado, en los argumentos de quien sostiene que existe una enorme conspiración de la industria farmacéutica para vender psicofármacos subyace un profundo desconocimiento de cómo funciona el sistema nacional de salud español, bastante restrictivo con los fármacos que se aprueban y que concede al clínico una amplia autonomía como prescriptor, primando incluso la no prescripción o la mínima posible. Al tratarse de un sistema público y universal, su lógica es la opuesta de la de los sistemas de seguros de Estados Unidos o países de su entorno, en los que las compañías aseguradoras y farmacéuticas tienen mucha más capacidad para influir sobre los clínicos.

El problema de la excesiva medicalización de la vida cotidiana es otro argumento clásico de las teorías antipsiquiátricas. De nuevo, un poquito de verdad alinea bien una mentira. Si bien es cierto que la tendencia a tratar con medicamentos estados afectivos normales (el duelo por la muerte de un ser querido, el estrés...) es un problema que todos los profesionales de la salud mental reconocemos, esto no quiere decir que los estados depresivos graves no existan o que la esquizofrenia sea simplemente una reacción al estrés. De hecho, en muchos casos la tendencia a medicalizar esos procesos normales satura las consultas de salud mental e impide que se atienda correctamente los casos de verdadera patología.

Bibliografía:

- 1- Marneros, A. (2008) Psychiatry's 200th birthday. *Br. J. Psychiatry*, Jul 1;193(1):1-3
- 2- Sadeghfard, A.; Bozorgi, A.R.; Ahmadi, S. & Shojaei, M. (2016) The History of Melancholia Disease. *Iran. J. Med. Sci.*, 41(3):S75
- 3- Angst, J. & Marneros, A. (2001) Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J. Affect. Disord.*, 67(1-3):3-19
- 4- Kendler, K.S. (1986) Kraepelin and the differential diagnosis of dementia praecox and manic-depressive insanity. *Compr. Psychiatry*, 27(6):549-58
- 5- Azorin, J.-M.; Kaladjian, A.; Besnier, N.; Adida, M.; Hantouche, E.-G.; Lancrenon, S. et al. (2011) "Folie circulaire" vs "Folie à double forme": contribution from a French national study. *Eur. Psychiatry. J. Assoc. Eur. Psychiatr.*, 26(6):375-80 Pichot, P. (2004) Circular insanity, 150 years on. *Bull. Acad. Natl. Med.*, 188(2):275-84
- 6- Freud, S.; Strachey, J.; Freud, A.; Rothgeb, C.L. & Etcheverry, J.L. (1986) *Scientific Literature Corporation. Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- 7- Stern, T.A.; Fava, M.; Wilens, T.E. & Rosenbaum, J.F. (2016) Massachusetts General Hospital psychopharmacology and neurotherapeutics [Internet]. [cited 2016 Dec 30].
- 8- Ban, T.A. (2007) Fifty years chlorpromazine: a historical perspective. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, 3(4):495
- 9- Desviat, M. (2006) La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. Norte Salud Ment [Internet]. [cited 2016 Nov 8];6(25)
- 10- Foucault, M. (2015) *Historia de la locura en la época clásica II*. México, D.F.: FCE - Fondo de Cultura Económica; [cited 2016 Oct 23].
- 11- Lacan, J. (2008) *1901-1981*, Segovia T. Escritos. Buenos Aires: Siglo XXI. Lacan, J.; Segovia, T.; Suárez, A. y Nasio, J.-D. (2013) *Escritos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- 12- Postel, J. y Quérel, C. (1987) *Historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.
- 13- Doherty, J.L. & Owen, M.J. (2014) Genomic insights into the overlap between psychiatric disorders: implications for research and clinical practice. *Genome Med.*, 6(4).
- Caspi, A. & Moffitt, T.E. (2006) Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nat. Rev. Neurosci.*, 7(7):583-90
- 14- Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2013). Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *The Lancet*, 381(9875):1371-9
- 15- Craddock, N. & Sklar, P. (2013) Genetics of bipolar disorder. *The Lancet*, 381(9878):1654-1662
- Purcell, S.M.; Wray, N.R.; Stone, J.L.; Visscher, P.M.; O'Donovan, M.C.; Sullivan, P.F. et al. (2009) Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature* [Internet]. 2009 Jul 1 [cited 2014 Dec 23].
- Lee, S.H.; Ripke, S.; Neale, B.M.; Faraone, S.V.; Purcell, S.M.; Perlis, R.H. et al. (2013) Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nat. Genet.*, 45(9):984-94.

Con el Proyecto Genoma Humano, y en los últimos años en los que son posibles secuenciaciones masivas de genes con escaso coste, la carga genética de entidades como la esquizofrenia o el trastorno bipolar se cifra en torno a un 80%.