

Hay dos profesiones que abordan un mismo objeto: la enfermedad mental. Una de estas profesiones es la psiquiatría, una especialidad médica que por lo general considera que la enfermedad mental es consecuencia de algún desajuste en nuestro cerebro. Los psiquiatras utilizan básicamente medicamentos para regular la química de nuestro cerebro. La otra profesión son los psicólogos clínicos que consideran que la enfermedad mental es explicable en términos de procesos psicológicos (estrés excesivo, aprendizajes, acontecimientos traumáticos,...). Lo psicólogos utilizan tratamientos psicológicos para resolver los trastornos mentales, pero no están autorizados para utilizar fármacos.

Richard P. Bentall es psicólogo clínico y profesor de la universidad de Bangor. Su posición es contraria a la psiquiatría, demarcándose en el “movimiento antipsiquiátrico” que en las décadas de los sesenta y setenta lideraron algunos psiquiatras al plantearse duras críticas sobre la propia profesión. Bentall se opone a la psiquiatría por tres razones fundamentales: en primer lugar, porque cuestiona la tesis biologicista de la enfermedad mental; en segundo lugar, porque considera que los tratamientos utilizados por la psiquiatría convencional –los fármacos– no han tenido éxito a la hora de ayudar a las personas que sufren de un trastorno mental; y en tercer lugar, porque la psiquiatría olvida la importancia de la relación terapéutica como clave para el éxito de la atención a los enfermos mentales.

Fue Kraepelin quien proporcionó las bases de la psiquiatría moderna y planteó la tesis biologicista de la enfermedad mental. Su pretensión básica era descubrir un sistema diagnóstico que describiera las enfermedades mentales. Creía firmemente que la investigación demostraría que cada diagnóstico corresponde con una patología específica del cerebro y además tendría una etiología propia. La esquizofrenia, una de sus aportaciones más significativas a la psiquiatría moderna, tenía su origen en una autointoxicación procedente de las gónadas y que generaba un proceso mórbido del cerebro que afectaba

RICHARD P. BENTALL, *Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?*, traducción de Nuria Cañete Colmena, Herder, Barcelona, 2011, 528 p. ISBN: 978-84-254-2699-5 (*Doctoring the Mind*, 2009)



Palabras clave:
psiquiatría
psicología
enfermedad mental
psicoterapia



a diferentes funciones cerebrales como la atención o la memoria. En la misma época que Kraepelin construía su teoría, Henry Cotton en New Jersey State Hospital utilizaba la cirugía para eliminar todos los posibles agentes infecciosos del cuerpo que producían la enfermedad mental: primero los dientes, si no funcionaba, las amígdalas, las gónadas, la vesícula biliar e incluso el colon. Ugo Cerletti, en la Universidad de Roma, desarrolló el uso de la electricidad —el electroshock— para paliar algunos síntomas en enfermedades mentales graves. En la actualidad se sigue utilizando el mismo método, aunque más refinado, con la denominación de terapia electroconvulsiva (TEC). Los trabajos de Egas Moniz sobre el procedimiento quirúrgico de la leucotomía prefrontal, por el cual recibió el Premio Nobel, también tuvieron mucha repercusión en aquella época en pacientes emocionalmente perturbados o rebeldes. Por último, la terapia del coma insulínico desarrollada por Sakel para enfermos mentales generaba una mortandad entre el 1 y el 10 por ciento de los pacientes. La idea fundamental que une a todas estas técnicas terapéuticas es pensar, tal y como defendía Kraepelin, que el trastorno psiquiátrico son enfermedades del cerebro y los pacientes son portadores de síntomas, sin dar ninguna importancia a la historia y las experiencias de esas personas enfermas. Estos hechos y algún otro escribirían la escalofriante historia de la infamia de la psiquiatría moderna que trascurrió fundamentalmente tras los gruesos muros de los manicomios.

La presión del movimiento antipsiquiátrico y el descubrimiento de los primeros fármacos como la *clorpromazina* o la *imipramina* permitió el surgimiento de la nueva psiquiatría biológica y el cierre de los manicomios. “Los investigadores pensaban que, entendiendo la forma de funcionar de estos fármacos, sería posible identificar qué iba mal en el cerebro de los pacientes enfermos mentales. Éste fue el origen de la teoría del desequilibrio químico para explicar la enfermedad mental” (p. 160). Esta teoría fue adquiriendo relevancia con el descubrimiento de la relación entre el neurotransmisor dopamina y la es-

“Richard P. Bentall es psicólogo clínico y profesor de la universidad de Bangor. Su posición es contraria a la psiquiatría”

quizofrenia –teoría dopaminérgica de la esquizofrenia- : se observó que el exceso de dopamina en nuestro cerebro causa esquizofrenia mientras que el bloqueo de los receptores de la dopamina permite la recuperación de los síntomas vinculados con dicha enfermedad. Sin embargo, en la actualidad existen pruebas que determinan que el sistema dopaminérgico es anormal solo durante las crisis psicóticas y no antes o después. Además sabemos que el sistema de la dopamina puede verse afectado por acontecimientos vitales desagradables y por la previsión de amenazas.

El uso del TAC para observar el cerebro de los pacientes esquizofrénicos descubrió que sus ventrículos eran más grandes que los de los adultos sanos. Al hilo de estos descubrimientos se fue forjando en EEUU un grupo de investigadores neo-kraepelianos con influencia directa en la tercera edición del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico) y en la prestigiosa revista *American Journal of Psychiatry*. Para estos autores como Robert Spitzer, Samuel Guze, Nancy Andreasen y Gerald Klerman, la psicoterapia debería desempeñar un papel secundario en el tratamiento de la enfermedad mental. El psicoterapeuta tan solo debería ayudar a los pacientes a afrontar sus problemas mientras el tratamiento médico surte efecto. Para ellos la curación se consigue manipulando neurotransmisores y no comprendiendo los sentimientos de los pacientes o interpretando sus pensamientos.

Según Bentall, se utilizan los diagnósticos para seleccionar y definir a los pacientes estudiados. No obstante, “los conceptos diagnósticos utilizados hoy en día para describir a los pacientes psiquiátricos fueron inventados, no descubiertos” (p. 190). Fue Kraepelin, una vez más, quien consideró necesario para el progreso científico de la psiquiatría una descripción ordenada y clara de los síntomas observados. Comenzó con la esquizofrenia, después el trastorno bipolar y sucesivamente se fueron describiendo las diferentes patologías. Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados en esta línea, no existen medidas objetivas que permitan un diagnóstico psiquiátrico

con garantías. Ni tan siquiera los test psicológicos son absolutamente fiables, por lo que al final el diagnóstico acaba basándose en un criterio subjetivo. Los primeros intentos por desarrollar diagnósticos objetivos parten de la Asociación Americana de Psiquiatría con la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-III) elaborado por autores neo-kraepelianos. Estos autores estaban preocupados por la falta de acuerdo sobre el diagnóstico, ya que un mismo paciente podía tener un diagnóstico diferente dependiendo del psiquiatra que le tocara trabajar ese día. La especificación de unos criterios diagnósticos claros y universales buscaba paliar este problema. Sin embargo, el DSM no es el único manual diagnóstico disponible para los psiquiatras, sino que también se utiliza el “CIE-10”, lo que genera una variación entre ambos muy clara. “En un estudio más reciente de más de 700 británicos diagnosticados utilizando los sistemas CDI, DSM-III-R y CIE-10, el número de afectados con esquizofrenia variaba entre 268 y 387, y el de pacientes con trastorno bipolar entre seis y 66” (p. 199). Pero, además, una persona diagnosticada de una enfermedad mental tan solo en raras ocasiones debería cumplir otros diagnósticos psiquiátricos y esto no es así. Lo propio en psiquiatría es la “comorbilidad”, es decir, que los pacientes son susceptibles de ser diagnosticados de dos o más enfermedades mentales. Además, en la actualidad se sabe que los fármacos antipsicóticos funcionan tanto en pacientes que sufren esquizofrenia como en los que padecen trastorno bipolar. Algunos estudios muestran que las alucinaciones en sí no son las que causan angustia, sino las interpretaciones negativas que hacemos de ellas.

“Para defender la tesis biologicista los investigadores han exagerado desde el inicio de la psiquiatría el origen genético de la enfermedad mental y, por el contrario, han restado importancia a las posibles influencias ambientales”

Para defender la tesis biologicista los investigadores han exagerado desde el inicio de la psiquiatría el origen genético de la enfermedad mental y, por el contrario, han restado importancia a las posibles influencias ambientales. En la actualidad sabemos que muchos pacientes diagnosticados de esquizofrenia cumplen los criterios diagnósticos de estrés postraumático. Además muchas personas que han sufrido abusos sexuales en la infancia

desarrollan trastornos psicóticos. También sabemos que las personas que han sido victimizadas durante la infancia tienen más probabilidad de desarrollar delirios paranoides. Existe mucha literatura basada en estudios de casos que prueban que las relaciones familiares influyen en el curso de la psicosis. Se relaciona, así mismo, la “comunicación desviada” –una forma de discurso vago, fragmentado y lleno de contradicciones por parte de los padres con los hijos- con padecer trastornos del pensamiento. Por último, en muchos estudios en auge en la actualidad se ha visto que cuando los niños que deberían crear un vínculo emocional con sus padres –denominado apego seguro- no lo crean, sino que crean un apego inseguro, son más propensos a padecer enfermedades mentales. Por contra, los recurrentes anuncios sobre el gen de la esquizofrenia o de la psicosis no parecen tener ningún resultado esperanzador. Al autor no le parece sensato gastar tantos recursos para intentar descubrir el origen genético de la enfermedad mental, mientras que se dejan de lado los estudios sobre el origen social y los factores ambientales.

¿Las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro? Kraepelin consideraba que el cerebro de los enfermos mentales era anormal. En la actualidad con los avances tecnológicos aplicados a la neurología podemos observar con claridad las diferencias entre los cerebros de enfermos mentales y de sujetos sanos. Las técnicas de neuroimagen han mostrado que los ventrículos laterales son más grandes en los esquizofrénicos. También se ha observado un volumen menor del hipocampo en personas deprimidas y un ventrículo lateral derecho mayor en pacientes bipolares. Ahora bien, no sabemos de qué manera esas anormalidades del cerebro se traducen en problemas funcionales que sufren los pacientes. Tampoco se ha tenido en cuenta las experiencias vitales de los pacientes examinados: cuántos han sufrido traumas o victimización o han sido separados de sus padres a edad temprana. En la actualidad sabemos que el cerebro de

“El modelo biológico de la enfermedad mental no solo no ha proporcionado beneficios a los pacientes sino que tampoco ha dado una explicación creíble de la enfermedad mental”

las personas que han sufrido abusos sexuales en la infancia posee un hipocampo y un cuerpo calloso menor que aquellos que no han sufrido esa experiencia.

El modelo biológico de la enfermedad mental no solo no ha proporcionado beneficios a los pacientes sino que tampoco ha dado una explicación creíble de la enfermedad mental, por lo que el autor apuesta por un nuevo enfoque de la enfermedad mental bio-psico-social, alternativo al sistema neo-kraepeliano. Este modelo alternativo en lugar de basarse en el diagnóstico psiquiátrico tradicional buscaría comprender los mecanismos que subyacen a los síntomas o dolencias.

Los tratamientos que utiliza la psiquiatría para la esquizofrenia provocan que los pacientes estén peor que si no recibieran ningún tratamiento. En estudios de recuperación de pacientes con esquizofrenia u otras enfermedades graves se da un resultado sorprendente. Aquellos países más ricos, que disponen de más recursos en psiquiatría, obtienen peores resultados en la recuperación de las enfermedades mentales graves. Por el contrario, los pacientes de países en vías de desarrollo, que apenas disponen de recursos materiales ni humanos, obtienen mejores resultados. Esta paradoja supone un cuestionamiento claro de la psiquiatría moderna y de su contribución al bienestar humano.

A finales del siglo XX algunos investigadores realizaron una reflexión crítica sobre la importancia de la medicina en los cambios de la salud de los individuos. Los resultados fueron bastante escépticos. Por ejemplo, para Thomas McKeows los beneficios de la salud en los últimos siglos no se debían al avance de la medicina, sino a las mejoras en la nutrición y la higiene. A partir de estas críticas se elaboró la “medicina basada en pruebas”, que era el intento de utilizar aquellos tratamientos o terapéuticos que se haya demostrado mediante ensayos controlados aleatorios (ECA) que pretenden ser los más eficaces, los más efectivos y los más rentables. Esta “medicina basada en pruebas” exigía una metodología experimental con una investigación realizada en laboratorio en con-

diciones muy estrictas. Este tipo de medicina adquirió rápidamente gran aceptación por parte de las autoridades que gestionan la salud de los Estados más prósperos.

Sin embargo, muchos de los ensayos de esta “medicina basada en pruebas” que utilizan una metodología experimental rigurosa, con un gran número de pacientes elegidos aleatoriamente, grupos bien equilibrados, máximo control de las variables que intervienen, con grupos de control y con doble enmascaramiento, cometen errores que desvirtúan los resultados. Algunos de estos estudios tan solo hacen un seguimiento de los pacientes durante unas pocas semanas, evitando así los resultados adversos de los pacientes que tienen recaídas, y además no contabilizan a aquellos sujetos experimentales que rechazan el tratamiento. Por otra parte, el análisis de los datos de una investigación experimental puede hacerse con diferentes métodos, variando las conclusiones en función de los intereses del investigador y de la publicación del estudio. Asimismo, los fármacos tienen efectos secundarios que no siempre son publicados. En determinadas situaciones experimentales se administra un placebo a pacientes que por la enfermedad que padecen puede peligrar su vida, lo que cuestiona la pertinencia ética de esta medida experimental. Pero, sin duda, el escollo fundamental que nos encontramos es que la mayoría de los ensayos experimentales de fármacos son subvencionados por empresas farmacéuticas que esperan comercializar esos mismos productos y que no dudan en defender sus intereses.

Hay que tener presente que la industria farmacéutica lo que busca fundamentalmente es generar beneficios a los accionistas y parece que lo hacen muy bien, pues son las empresas más rentables del mundo. Además la industria farmacéutica no pretende básicamente desarrollar nuevos fármacos con valor terapéutico, sino copiar los de las empresas rivales, modificándolos lo suficiente para conseguir una patente. De hecho solo se gastan un 11% en investigación y de manera sorprendente un 36% en marketing. La enorme cantidad de dinero destinada al marketing se distribuye entre las revistas especializa-

“La mayoría de los ensayos experimentales de fármacos son subvencionados por empresas farmacéuticas que esperan comercializar esos mismos productos y que no dudan en defender sus intereses”

das que reciben subvenciones a cambio de anuncios o publicidad encubierta de sus productos, subvencionando encuentros aparentemente científicos para publicitar sus productos o mediante regalos directos para aquellas personas que luego van a “recomendar” sus productos en las consultas.

Uno de los casos más significativos de la manipulación de la industria farmacéutica es el surgimiento del Prozac (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina “ISRS”) que vio la luz en el mercado con un gran despliegue publicitario y con un aumento desorbitado de las ventas de antidepresivos. Sin embargo, muchos estudios indican que sus resultados no mejoran los de fármacos antidepresivos anteriores, sino que se deben al efecto placebo. Además, a partir del caso de Joseph Wesbecker quien, estando en tratamiento con Prozac, cometió una masacre en el Estado de Kentucky, se comenzó a plantear el efecto de agitación y conducta agresiva que induce este fármaco. Se descubrió que en los ensayos clínicos dicho efecto había sido ocultado mediante la administración de un sedante junto con el antidepresivo. David Healy, psiquiatra y psicofarmacólogo irlandés, testificó en el juicio sobre Wesbecker reconociendo que el Prozac puede provocar en algunos casos suicidios u homicidios. Unos años después le ofrecieron a Healy la cátedra del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Toronto, pero como dicho departamento recibía una cuantiosa subvención de la industria farmacéutica le retiraron misteriosamente la oferta laboral.

Los beneficios de los antipsicóticos a corto plazo no ofrecen ninguna duda. Algunos pacientes experimentan un alivio muy rápido de los síntomas más deslumbrantes como las alucinaciones y los delirios. Ahora bien, no todos los pacientes experimentan los mismos beneficios. Entre un cuarto y un tercio de las personas que toman antipsicóticos no responden al tratamiento y sabemos que estos pacientes tendrán el mismo resultado con cu-

alquiera de los fármacos antipsicóticos, tanto de primera como de segunda generación. Por tanto, estos pacientes no deberían tomarlos.

Por otra parte, todos los antipsicóticos tienen efectos secundarios muy importantes. Entre éstos están los efectos extrapiramidales que alteran una red de neuronas implicadas en la coordinación y el movimiento. Además, la eficacia de la medicación antipsicótica es similar a dosis bajas como a dosis altas, siendo más probable la aparición de efectos secundarios a dosis altas. Aun así, cuando algunos pacientes no responden al fármaco o lo hacen de manera insuficiente, muchos psiquiatras tienden a aumentar la dosis de forma irracional. Otros efectos secundarios de los antipsicóticos como el incremento de la prolactina con hinchazón de los pechos en los hombres, la pérdida del deseo sexual, erupciones cutáneas o el aumento de peso, son efectos muy estigmatizantes para muchas personas. Además se sabe que las personas que toman más de un antipsicótico reducen la esperanza de vida. El autor considera que la gravedad de los efectos secundarios debe ser valorada a la hora de iniciar un tratamiento. Muchos pacientes podrían arreglárselas sin tener que pasar por las situaciones personales tan infames debido a los efectos secundarios de los fármacos que toman. Sin embargo, lo que ocurre es lo contrario. Muchos psiquiatras consideran que si un paciente rechaza un tratamiento es una indicación de que precisa un tratamiento más agresivo.

Tampoco es cierto que los fármacos antipsicóticos de segunda generación sean más efectivos que los de la primera generación y mejoren la calidad de vida de los pacientes. Los estudios demuestran que los efectos terapéuticos de los antipsicóticos de la primera generación son similares a los de la segunda generación. Por tanto, el incremento de hasta diez veces el precio de los antipsicóticos de segunda generación se justifica exclusivamente por los gastos promocionales y el aumento de beneficios de los accionistas de las empresas farmacéuticas.

Muchos psiquiatras, con la complacencia de la industria farmacéutica, utilizan los antipsicóticos de forma desconsiderada y abusiva. En EEUU y Gran Bretaña se ha comenzado a recetar antipsicóticos a niños que muestran los primeros signos de psicosis. Lo que se busca es controlar la conducta de niños diagnosticados de autismo, trastorno de déficit de atención o “trastorno de conducta disruptiva”; una nueva categoría psicopatológica que ha adquirido reconocimiento firme gracias a la última versión del manual diagnóstico DSM-5 y que supone en la práctica patologizar a los niños más irritables sin preocuparse por las circunstancias ambientales en las que viven. Además la utilización de los antipsicóticos en niños no está teniendo en cuenta los posibles efectos sobre el desarrollo cerebral de estos niños.

Hay algo en la psicoterapia que problematiza la utilización de la metodología experimental como modelo científico: la relación terapéutica. En psicoterapia la calidez y la confianza que se establece entre el psicoterapeuta y el paciente son fundamentales para que se dé la cura. Debido a que este tipo de variable no es objetivable, la metodología experimental no puede contemplarlo, por lo que se convierte en un efecto no deseado.

En la época de los setenta del siglo pasado Mary Smith y Gene Glass realizaron una serie de estudios para determinar si la psicoterapia es efectiva. En estos estudios descubrieron que la psicoterapia es extraordinariamente efectiva. Alrededor del 80% de los pacientes que no reciben psicoterapia les va peor que al paciente medio que la recibe. Pero también llegaron a otra conclusión más sorprendente todavía: estos autores no pudieron encontrar ninguna prueba que demostrase que un tipo de psicoterapia fuese más efectivo que otra. A este hecho, desde entonces, se le conoce como el veredicto del pájaro Dodo o la paradoja de la equivalencia. En realidad, un determinado tipo de psicoterapia resultaba ser más efectiva cuando los participantes creían más en ella desde el inicio. En la actualidad han proliferado las guías de práctica clínica basada en la evidencia –una copia en el

“Un determinado tipo de psicoterapia resultaba ser más efectiva cuando los participantes creían más en ella desde el inicio”

terreno de la psicología de la medicina basada en la evidencia-. Estas guías tienden a recomendar las técnicas de la terapia cognitivo conductual o de la terapia farmacológica como las más efectivas. Pero lo que realmente refleja es que la mayor parte de los ensayos experimentales que se realizan en las universidades son de terapias cognitivo-conductuales y farmacológicas. Además, sus técnicas son las únicas que se pueden ajustar a la metodología experimental, pues no tienen en cuenta factores cualitativos como la relación terapéutica. Sin embargo, el autor considera que la habilidad y la destreza del psicoterapeuta generan más efectividad que el modelo teórico del que se parte. El psicoterapeuta precisa de un enfoque más humano que ponga a la relación terapéutica en el centro de la práctica clínica. La recuperación de los pacientes no tiene tanto que ver con la eliminación de síntomas como con la mejora de la calidad de vida, la recuperación de las carreras profesionales, de las relaciones sociales y de la esperanza en el futuro. Por tanto, los sistemas de evaluación psicoterapéutica deberían incorporar la calidad de vida de los pacientes y no fijarse solo en la eliminación de síntomas.

Un enfoque de algunos servicios de atención psicopatológica es el enfoque basado en la recuperación, que pretende fomentar la autonomía de los pacientes ayudándoles a definir sus metas de tratamiento o permitiéndoles escoger entre diferentes tratamientos. Ahora bien, lo habitual en la mayoría de los servicios de atención psicopatológica es que no se les consulte a los pacientes el tratamiento, no se les informe claramente de sus efectos secundarios y se les intimide coercitivamente anunciándoles posibles sanciones (como volver a la unidad psiquiátrica cerrada) si no se adhieren al mismo. Esta forma de tratar a los pacientes se opone a los principios básicos de la deontología médica que pide respeto por la autonomía del paciente y tratarlo como un fin en sí mismo y no como un medio para un fin. La coerción debería evitarse porque desarrolla baja autoestima, paranoia y depresión;

“La habilidad y la destreza del psicoterapeuta generan más efectividad que el modelo teórico del que se parte”

por último, la coerción es mala para la relación terapéutica que, como veíamos antes, es uno de los factores que más influye en la cura.

El autor plantea la necesidad de abrirnos a la utilización de diferentes psicoterapias para solucionar problemas psicopatológicos específicos. De esta forma, no habla solo de la terapia cognitivo-conductual o la terapia de familia conductista, sino también menciona a la psicoterapia corporal y la terapia musical.

Acabamos con una cita del autor en sus últimas páginas: “El mayor pecado de la psiquiatría ha sido aplastar la esperanza de aquellos a quienes se supone que deben cuidar. Sin esperanza, la lucha por la supervivencia parece un sinsentido. Con ella, casi todo se nos antoja posible” (p. 499).

Xavier Torró Biosca