

NIKOLAS ROSE

NUESTRO
FUTURO
PSIQUIÁTRICO



Morata

Nikolas Rose

Nuestro futuro psiquiátrico

Las políticas de la salud mental



Ediciones Morata S.L.

Fundada en 1920

Comunidad de Andalucía, 59. Bloque 3, 3.º C

28231 Las Rozas - Madrid - España

morata@edmorata.es - www.edmorata.es

Título original de la obra:

Our Psychiatric Future. The Politics of Mental Health

© 2019 Polity Press

This edition is published by arrangement with Polity Press Ltd., Cambridge. All Rights Reserved

© 2019 Nikolas Rose

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o 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) si necesita fotocopiar, escanear o hacer copias digitales de algún fragmento de esta obra.

Todas las direcciones de Internet que se dan en este libro son válidas en el momento en que fueron consultadas. Sin embargo, debido a la naturaleza dinámica de la red, algunas direcciones o páginas pueden haber cambiado o no existir. El autor y la editorial sienten los inconvenientes que esto pueda acarrear a los lectores, pero no asumen ninguna responsabilidad por tales cambios.

Equipo editorial:

Paulo Cosín Fernández

Carmen Sánchez Mascaraque

Ana Peláez Sanz

© EDICIONES MORATA, S. L. (2020)

Comunidad de Andalucía, 59. Bloque 3, 3.º C

28231 Las Rozas (Madrid. España)

www.edmorata.es-morata@edmorata.es

Derechos reservados

ISBNpapel: 978-84-18381-12-6

ISBNebook: 978-84-18381-13-3

Depósito legal: M-28.839-2020

Compuesto por: MyP

Printed in Spain — Impreso en España

Imprime: ELECE Industrias Gráficas, S. L. Algete (Madrid)

Diseño de la cubierta: Equipo Táramo con imagen de Michael Gaida. Pixabay.

Nota de la editorial

En Ediciones Morata estamos comprometidos con la innovación y tenemos el compromiso de ofrecer cada vez mayor número de títulos de nuestro catálogo en formato digital.

Consideramos fundamental ofrecerle un producto de calidad y que su experiencia de lectura sea agradable así como que el proceso de compra sea sencillo.

Por eso le pedimos que sea responsable, somos una editorial independiente que lleva desde 1920 en el sector y busca poder continuar su tarea en un futuro. Para ello dependemos de que gente como usted respete nuestros contenidos y haga un buen uso de los mismos.

Bienvenido a nuestro universo digital, ¡ayúdenos a construirlo juntos!

Si quiere hacernos alguna sugerencia o comentario, estaremos encantados de atenderle en comercial@edmorata.es o por teléfono en el 91 4480926.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

1. ¿QUÉ ES LA PSIQUIATRÍA?

Nuestra vida psiquiátrica

Los pequeños ayudantes de cada uno

Múltiples psiquiatrías

La psiquiatría define los límites

¿Qué es un trastorno mental?

La psiquiatría como ciencia política

La política de la psiquiatría

La psiquiatría crítica actual

Lo que sigue...

2. ¿HAY REALMENTE UNA “EPIDEMIA” DE TRASTORNO MENTAL?

“La carga de los trastornos cerebrales”

El cálculo de los costes

La carga en la actualidad

De los “trastornos mentales” a los “trastornos cerebrales”

¿Hay, pues, una epidemia?

3. ¿ES TODO CULPA DEL CAPITALISMO NEOLIBERAL?

El desdichado presente

La fábrica de infelicidad

El capital social

La soledad

El estrés

¿Es, pues, todo culpa del capitalismo neoliberal?

4. SI LOS TRASTORNOS MENTALES EXISTEN, ¿CÓMO LOS VAMOS A RECONOCER?

La diagnosis como problema social

Solución uno: definir el fenotipo

Solución dos: encontrar el biomarcador

Solución tres: directo al cerebro

Solución cuatro: más allá de la diagnosis

Del diagnóstico a la formulación

5. ¿LOS TRASTORNOS MENTALES SON “TRASTORNOS CEREBRALES”?

¿Así lo demuestran los psicofármacos?

¿Se han descubierto en los genes?

¿Son visibles en las imágenes cerebrales?

¿Los trastornos mentales son, pues, trastornos cerebrales?

6. ¿TIENE FUTURO LA PSICOFARMACOLOGÍA?

¿Cómo hemos llegado hasta aquí?

No es que los fármacos no hagan nada, pero...

¡Se ha secado la fuente!

¿Más allá de la psicofarmacología?

7. ¿QUIÉN NECESITA LA SALUD MENTAL GLOBAL?

El gran reto: ¿no hay salud sin salud mental?

El debate

¿Más allá del conflicto?

¿Todos nuestros futuros?

8. ¿EXPERTOS POR EXPERIENCIA?

Los movimientos de pacientes mentales

Del “nosotros solos” al “nada sobre nosotros sin nosotros”

La política de la recuperación

Una nueva epistemología de la angustia mental

¿Hemos superado el monólogo?

9. ¿ES POSIBLE OTRA PSIQUIATRÍA?

Manifiestos para el futuro

Siete respuestas a siete preguntas difíciles

Otra psiquiatría, otra biopolítica

Del diagnóstico a la formulación

Empezar la investigación en la persona en su medio

Una nueva función para los profesionales de la psiquiatría

Es posible otra biopolítica

BIBLIOGRAFÍA

ÍNDICE ANALÍTICO

Para Diana

AGRADECIMIENTOS

Desde mis años de estudiante universitario en los pasados años sesenta, llevo reflexionando sobre las cuestiones que plantea este libro. Me sorprendía el contraste entre la imagen de la psiquiatría que se daba en el curso sobre psicología anormal, y las experiencias de amigos míos a quienes habían diagnosticado una grave enfermedad mental y seguían un tratamiento con fármacos antipsicóticos. Más adelante participé en el movimiento de la psiquiatría crítica y en el trabajo de la “casas conceptuales” como las que dirigía la Richmond Fellowship, y, además, impartía clases vespertinas con Peter MILLER sobre los poderes de la psiquiatría, unas clases de las que nació el libro editado por ambos *The Power of Psychiatry*, publicado por Polity en 1986. En la década de 1980, en la Universidad Brunel, elaboré un programa exclusivo de diplomatura en sociología y psicología que cualificaba también para el ejercicio de la enfermería psiquiátrica —las clases a los excelentes estudiantes y visitantes en las salas de los Hospitales de Maudsley y Bethlem me pusieron cara a cara con los problemas a los que se enfrentaban los entregados profesionales de la psiquiatría, y me dieron una idea más clara de la vida de quienes intentaban ocuparse—.

En años posteriores, he ido conociendo a muchos profesionales de la salud mental comprometidos y reflexivos, dolorosamente conscientes de los problemas que se les plantean al intentar ayudar a personas angustiadas, normalmente por razones que no están en sus cabezas, sino en las condiciones sociales en que se encuentran. He dedicado tiempo a visitar instituciones mentales en el Reino Unido y en otros varios países. He participado en estos asuntos con mi trabajo con el Nuffield Council of

Bioethics (Consejo Nuffield sobre Bioética), el Science Policy Committee (Comisión de Política Científica) de la Royal Society y otras organizaciones similares, y mis estudios en la División Social y Ética del Proyecto Cerebro Humano.¹ He tenido la suerte de contar con amigos que conocen de primera mano el funcionamiento del sistema de salud mental, y que han trabajado colectivamente en la búsqueda de nuevas formas de entender el desasosiego mental y su tratamiento. Y llevo más de cuarenta años viviendo con una persona con diagnóstico de un trastorno psiquiátrico severo y duradero. Este libro es fruto de esta relación, de una historia y unos debates demasiado numerosos para poderlos relacionar todos. Muchas personas me han ayudado a desarrollar mis tesis, pero yo soy el único culpable de ellas.

Me he ocupado en otros sitios de cuestiones que trato en este libro —en particular en *The Politics of Life Itself*, publicado en 2007, y en *Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind*— y he procurado no repetirme; algunos temas de los que aquí me ocupo brevemente están tratados con mayor amplitud en esos libros anteriores. La mayor parte de los capítulos que siguen son fruto de conferencias que he dado desde 2010. Quiero dar las gracias de modo especial al Dr. Franco ROTELLI de Trieste por convencerme para que diera la lección inaugural de la Conferencia Internacional de 2010 en homenaje a la vida y la obra de Franco BASAGLIA. Dicha lección —“Todo en el cerebro”— se metamorfoseó en otra un tanto distinta titulada “¿Qué es la enfermedad mental hoy: cinco preguntas difíciles”, que di por primera vez en la Universidad de Nottingham en 2013; doy las gracias a Hugh MIDDLETONE. Consecuencia de esa relación, Nick MANNING pasó a ser colega mío en el King’s College de Londres, circunstancia de la que han derivado muchas

colaboraciones fructíferas sobre las cuestiones de las que hablo en este libro; ambos compartimos la idea de que la sociología es una ciencia fundamental para comprender la mala salud mental. Hace algunos años trabajé estrechamente con Ilina SINGH sobre “las promesas y los peligros” de los biomarcadores, y aprovecho aquí ideas desarrolladas en esa colaboración. Des FITZGERALD e Ilina SINGH trabajaron conmigo en un proyecto similar —el Urban Brain Project (Proyecto Cerebro Urbano)— que me ayudó a desarrollar una serie de ideas que se recogen en diversas partes de este libro. El proyecto dio origen también a un libro con Des titulado *Vital City: Metropolitan Life, Mental Health and the Urban Brain*, pendiente de publicación por Princeton University Press, algunas de cuyas reflexiones se incluyen aquí en el último capítulo. También he aprovechado las colaboraciones con Ayo WAHLBERG iniciadas en Copenhague hace muchos años, y que después continuaron en el BIOS Centre de la London School of Economics, se extendieron a nuestro trabajo en China, y hoy a sus investigaciones de nuevo en Copenhague —Ayo ha tenido la gentileza de autorizarme a exponer en el Capítulo 2 de este libro ideas de nuestro artículo conjunto, “The Governmentalization of Living: Calculating Global Health”, publicado en *Economy and Society* en 2015—. He aprendido mucho de los abundantes estudios históricos sobre medicina, psiquiatría y la locura de Roy PORTER: su voz se echa mucho en falta en los debates actuales. En temas generales de “la política de la vida”, me he servido en buen grado de la obra de Didier FASSIN, aunque es posible que él no lo sepa. Este libro es, en muchos sentidos, fruto de la investigación sobre la genealogía de la neurociencia que realicé con Joelle ABI-RACHED para *Neuro*, y le doy las gracias por ser la más extraordinaria compañera de ese viaje a la historia del presente de la neurociencia.

Otras de las personas que me han invitado a hablar de estos temas, y cuyas complejas preguntas han contribuido a los capítulos que siguen, a veces sin que quienes me las formularon sean conscientes de ello, son Sergio CARVALHO, Tulio GIRALDI, Ilpo HELEN, Lochlann JAIN, Uffe JUUL Jensen, Pat O'MALLEY, Francisco ORTEGA, Andreas ROEPSTORFF, George SZMUKLER, Mariana VALVERDE, Catherine WALDBY, Simon WESSLEY y Elizabeth WILSON. Quiero reconocer también la continuada influencia en mis reflexiones de los estudiantes que siguieron mis cursos sobre psiquiatría y salud mental en la Universidad Brunel, en particular Hilary ALLEN, Edana MINGHELLA, Helen GRIFFIN, Ben THOMAS y Rob TUNMORE. Gracias también a todos los alumnos y becarios de postdoctorado que han debatido estos temas conmigo a lo largo de más de treinta años, muchos de los cuales ocupan hoy puestos académicos séniores. No puedo mencionar a todos, pero quiero dar las gracias en especial a Lisa BLACKMAN, Des FITZGERALD, Angela FILIPE, Ian HODGES, Linsey McGOEY, Sam McLEAN, Léonie MOL, Tara MAHFOUD, Sebastián ROJAS NAVARRO, Carlos NOVAS, Scott VRECKO y Ayo WAHLBERG.

Por mi trabajo con alumnos de grado, posgrado e investigación, y por mi experiencia en muchos hospitales, salas y clínicas psiquiátricos, me he dado cuenta de que, sea lo que sea que uno pueda encontrar en los miles de textos sobre psiquiatría y salud mental, cualesquiera que sean los estilos de pensamiento dominantes, y se disponga de las tecnologías de intervención de que se disponga, hay muchos profesionales entregados trabajando en nuestro sistema de salud mental que, pese a todos los problemas y dificultades con que se encuentran, y cualquiera que sea su orientación conceptual, son, sencillamente, unos médicos extraordinarios. Quiero dar aquí las gracias en especial a la Dra. Nadia DAVIS.

En todo este medio siglo de encuentros con la psiquiatría, he aprendido mucho de personas que viven con la etiqueta de pacientes de algún trastorno mental grave y duradero. Su amistad me ha permitido conocer la salud mental y la política de la psiquiatría mejor de lo que jamás hubiera imaginado. Pero también he llegado a la conclusión de que el cambio más importante en el poder de la psiquiatría procederá, no del descubrimiento de la base genética o neurobiológica de la enfermedad mental, sino del progresivo reconocimiento de que las personas que reciben asistencia psiquiátrica, supuestamente beneficiosa para ellas, tengan cada vez más voz y mayor poder en el cuestionamiento de los modos en que se las trata; tomar en serio tal realidad exige reconsiderar radicalmente la profesión psiquiátrica, la organización de los servicios destinados a quienes padecen problemas mentales, y las relaciones de poder que operan en estos servicios. Quiero manifestar de modo especial mi reconocimiento a Peter CAMPBELL, Alison FAULKNER y Louise PEMBROKE, cuyo trabajo en este campo ha abierto muchos caminos.

Por último, no hubiera escrito este libro de no ser por mi relación con quien es mi pareja desde hace más de cuarenta años, Diana Rose, que me ha enseñado más de lo que nunca podría saber sobre la psiquiatría, la locura, el compromiso, la vida y el amor. A ella se lo dedico.

[1](#) Financiado con el convenio 720270 del Programa de Innovación Horizonte 2020 de la Unión Europea.

1

¿QUÉ ES LA PSIQUIATRÍA?

Este libro trata de psiquiatría, del papel que hoy representa en la vida de muchas personas de todo el mundo, y de las difíciles preguntas que su omnipresencia plantea sobre la angustia mental, sobre las promesas y los poderes de la psiquiatría y sobre la propia normalidad. ¿Por qué centrarnos en la psiquiatría y no en la salud mental o enfermedad mental? En realidad, claro está, las dos son inextricables: la propia idea de locura, manía, melancolía y más entendidas como *enfermedades* es, en gran medida, una función de la historia y la realidad de la psiquiatría, porque ha determinado lo que hemos llegado a saber de estas condiciones, cómo nos referimos a ellas y cómo intentamos tratarlas. Por consiguiente, pensar en enfermedad mental, incluso emplear la expresión cada vez más común de “problemas de salud mental”, nos sitúa inevitablemente en relación con la psiquiatría. Esta relación, nuestra relación con la psiquiatría, es el objetivo de este libro.¹

¿Pero qué es la psiquiatría? Parece una pregunta sencilla: según el diccionario, la psiquiatría es la rama de la medicina que se ocupa de las causas, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la enfermedad mental.² Pero basta una mínima reflexión para darse cuenta de que la psiquiatría es una “rama” muy especial de la medicina, entre otras razones porque parece que ha pasado a formar parte de la vida de todos los que vivimos en democracias liberales avanzadas y, cada vez más, de la de algunas personas de los países en vías de desarrollo.³ Empecemos, pues, por explorar el “territorio” actual de la psiquiatría.

Nuestra vida psiquiátrica

Esta sensación de que nuestra vida cotidiana está entrelazada con la psiquiatría adquiere aún mayor fuerza si aceptamos el campo que le atribuyen y al que se refieren hoy la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros muchos organismos. Para estos, en especial cuando recopilan sus estimaciones sobre la prevalencia de los trastornos mentales, el territorio de la psiquiatría no comprende solo estados familiares como la depresión y la esquizofrenia, sino que también abarca trastornos degenerativos como la enfermedad de Alzheimer, incluye afecciones como la ansiedad y el pánico, se extiende a diagnósticos relativamente nuevos como la dislexia, y a condiciones como la adicción, el abuso de sustancias y la obesidad, que algunos quizás no considerarían en modo alguno trastornos mentales. En conjunto, los cálculos sitúan la prevalencia de esta amplia diversidad de condiciones en más del 25% de la población adulta de la Unión Europea al año, cualquiera que este sea, y en el 50% a lo largo de la vida, porcentajes más o menos iguales que los de Estados Unidos.⁴ En efecto, según los cálculos más citados sobre Europa, más de un tercio de la población europea padece cada año un “trastorno cerebral” potencialmente diagnosticable, aunque muchas de estas personas nunca acuden al psiquiatra ni reciben tratamiento (WITCHEN *et al.*, 2011, pág. 843). Si psiquiatría es el nombre con que englobamos a esos diversos especialistas y prácticas que se ocupan de estas condiciones, es evidente que deja de ser motivo de preocupación o interés exclusivos para unas pocas almas desafortunadas: a lo largo de la vida, casi todos somos casos potencialmente casos clínicos.

Pero aquí precisamente es donde se plantea la polémica. ¿*Debemos* aceptar estos cálculos? ¿Quién los hizo y cómo? Se observa en ellos mucha imprecisión —enfermedad mental, trastorno mental, trastorno cerebral—: ¿no deberíamos ser más exactos? ¿Es realmente posible que estas condiciones nos afecten a uno de cada cuatro, y hasta a uno de cada tres, todos los años? ¿Y qué implica poner todos estos estados en el mismo saco —es evidente que la ansiedad y el alzhéimer son cosas completamente distintas—? ¿Y en qué sentido son “trastornos cerebrales”? Aparte del hecho banal de que toda actividad mental tiene correlatos neuronales, ¿ocurre realmente que estos diferentes problemas comparten unos mismos mecanismos en el cerebro? ¿Algunas de estas cosas son, efectivamente, “trastornos”? La obesidad, que en los últimos cincuenta años ha aumentado considerablemente en muchos países, es, sin duda, una cuestión de estilo de vida, no un trastorno, y mucho menos un trastorno cerebral. ¿No se puede decir lo mismo de todos estos problemas de salud mental que al parecer casi todos padecemos en algún momento —depresión o ansiedad leves— y hasta algunas condiciones más graves, como el trastorno por estrés postraumático, que van en aumento, particularmente entre las mujeres? ¿No es mejor entenderlos como problemas fundamentalmente *sociales*, agravados por el estrés y la presión de la vida diaria en nuestra sociedad 24/7, con el constante bombardeo de los medios sociales y demás?⁵ Etcétera. Vamos a dejar de lado ahora estas reflexiones, porque nos ocuparemos de ellas de nuevo en capítulos posteriores.

De momento, hemos establecido una cosa importante: sea lo que sea de lo que se ocupe, o quiera ocuparse, la psiquiatría, no es algo marginal.⁶ Si el lector y yo no estamos entre el número de los directamente afectados, es

muy probable que lo esté algún miembro de la familia —el cónyuge, un hijo, un pariente—. En efecto, en lo que a los niños se refiere, observamos en todo el mundo un aumento de los diagnósticos de problemas de conducta, de atención o de capacidad que se consideran psiquiátricos o, al menos, que podrían beneficiarse de la atención del psiquiatra o algún profesional afín de la salud. Los números varían mucho entre los distintos países, pero una estimación reciente sobre el Reino Unido es que uno de cada diez niños o jóvenes padecerá algún estado de salud mental diagnosticable, con una creciente cantidad de niños y adolescentes a los que se les ha diagnosticado depresión o autolesiones, lo cual ha llevado a introducir en los centros educativos programas de salud mental que incluyen *mindfulness* y “clases de felicidad”.⁷ Y todo sin contar a los diagnosticados con trastorno de déficit de atención con hiperactividad, cuya cantidad en países como Estados Unidos ha sido objeto de mucha polémica. Y dados los cambios demográficos, entre ellos la mayor esperanza de vida, en el otro extremo de la vida hay demencias que ya no siguen “en la sombra” sino que se habla de ellas ampliamente y que hoy consideramos probable que nos vayan a afectar a muchos, a nuestros parientes y amigos, a medida que envejecemos.⁸

Hubo tiempos en que era posible considerar la psiquiatría como algo esotérico, practicado por médicos y personal de enfermería casi tan raros como sus pacientes, y que se ocupaban sobre todo de gente encerrada en manicomios, y que, fuera de las paredes del hospital psiquiátrico, solo atendían a algunas personas ensimismadas que recibían algún tipo de psicoterapia. Es la imagen que transmiten películas de los años cuarenta a setenta, desde *Recuerda y Nido de víboras* a *Alguien voló sobre el nido del cuco* o *Morgan, un caso clínico*. Hoy, en cambio, parece que la

psiquiatría es parte integral de nuestras vidas, en muchos casos, literalmente integral. Es decir, la psiquiatría, a medida que su lenguaje y sus diagnósticos impregnan nuestras formas de entender y resolver nuestros problemas y de pensar en los de nuestros hijos y familiares, y nuestra trayectoria vital, configura la propia experiencia de vivir.

Los pequeños ayudantes de cada uno

Otra dimensión fundamental de esta reconfiguración psiquiátrica de nuestra propia vida es el alcance global de la intervención psiquiátrica más habitual: los psicofármacos. Las cifras varían entre los distintos países, pero se calcula que, en los de la OCDE, a una de cada diez personas, en un momento u otro, se le prescribe algún tipo de fármaco para la depresión, la ansiedad o algún otro problema mental; en el caso de las mujeres, la estimación es de casi una de cada seis.⁹ Pero, de nuevo, inmediatamente entramos en un terreno polémico. ¿Cómo se explica el aumento del consumo de este tipo de medicamentos —no solo de los ansiolíticos que en su día fueron el centro de la atención cultural, “los pequeños ayudantes de la madre”,¹⁰ sino los actuales antidepresivos, con Prozac a la cabeza—?¹¹ En la mayor parte de los países de los que se tienen datos, el consumo de estos fármacos antidepresivos se duplicó en la década de 2000, y su mayor consumo fue en Islandia, Australia, Canadá, Dinamarca y Suecia.¹² Y estos fármacos, acogidos con júbilo en sus inicios por ser específicos para la depresión, hoy se recetan para una multitud de trastornos, incluidos los de pánico y de ansiedad, la timidez y la fobia social. En ningún país se ha reducido su consumo. ¿A qué se debe este aumento en todo el mundo? ¿Por qué hay tantas

diferencias entre unos países y otros? Desde luego no a que la prevalencia de las propias dolencias muestre diferencias tan grandes. ¿Es que los psiquiatras se han enganchado de tal modo a la prescripción de estos fármacos porque parece que les sirven de auténticos tratamientos y, por tanto, demuestran el carácter científico de su práctica profesional y los suman al resto de la medicina?¹³ ¿Son fármacos eficaces o simples “placebos”? ¿No estaremos medicalizando problemas propios de la vida, con psiquiatras de algunos países más dispuestos que otros a hacerlo? Porque, aunque algunas personas, no solo de hospitales psiquiátricos sino también de las que viven en la comunidad, no tienen más remedio que tomar estos medicamentos, la mayoría no lo hacen por obligación sino porque piensan que, de algún modo, las van a ayudar. Aparquemos de nuevo estas reflexiones, porque volveremos a ellas en capítulos posteriores.

Pero de momento déjeme el lector que vuelva a esa simple definición del diccionario como respuesta de la pregunta de qué es la psiquiatría. Es una definición engañosa por muchas razones —en realidad, lo es la propia pregunta—. Permítaseme una lista de cuatro conjuntos de razones de por qué, lamentablemente, tenemos que complicar las cosas.

Múltiples psiquiatrías

En primer lugar, evidentemente no hay una sola “psiquiatría”: la psiquiatría es heterogénea, con muchas concepciones diferentes y a veces incompatibles del trastorno mental, y muchos tratamientos distintos. Es verdad que hoy domina la psiquiatría biológica, al menos en el campo de la investigación euroamericana, y que los tratamientos biológicos, en especial los fármacos, abarcan

la mayor parte de todas las intervenciones psiquiátricas, pero muchos psiquiatras en ejercicio en clínicas y hospitales, aunque consideran que los medicamentos son fundamentales para su trabajo, no son estrictamente “biológicos” en su modo de entender, diagnosticar y tratar los trastornos.

En este libro, dedicaremos cierto tiempo a considerar la tesis de algunos investigadores neurobiológicos, y también parte del principio en que se basan los generosamente financiados “proyectos cerebrales” que se han puesto en marcha en Europa, Estados Unidos, China, Japón y muchos otros países: el principio de que los trastornos mentales deben ser considerados enfermedades del cerebro.¹⁴ Pero también hemos de reconocer que muchos psiquiatras, aunque acepten la premisa de que los problemas de que se ocupan tienen sus raíces en el cerebro, centran su atención diagnóstica y terapéutica en cuestiones que normalmente se consideran mentales más que cerebrales, es decir, en patrones de pensamiento desordenados o repetitivos que pueden tener o no una base biológica, pero se pueden mejorar con terapias cognitivas de diversos tipos. En efecto, muchos recomiendan la *mindfulness*, que se ha metamorfoseado rápidamente de algo asociado a prácticas esotéricas del budismo en una práctica normal cuyo objetivo es cambiar cómo sentimos las experiencias estresantes,¹⁵ y ha pasado a ser una opción de la caja de herramientas de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales —y en realidad de cualquiera que disponga de acceso a internet o un teléfono inteligente—. Los responsables de establecer las directrices políticas, como el National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Instituto Nacional de Salud y Excelencia Asistencial) del Reino Unido, abogan a menudo por actuaciones no médicas para el primer episodio de determinadas condiciones o en

casos leves, por ejemplo, cambiar el estilo de vida, seguidas, si no son efectivas, de intervenciones psicosociales —aunque en muchos países los fármacos siguen siendo el primer recurso, no el último—.

Evidentemente, las directrices sobre diagnóstico y tratamiento para profesionales de la medicina y la psiquiatría —donde las hay— varían de un país a otro, cambian con el tiempo y no todo el mundo las sigue. En realidad, y esto es algo que siempre se debería tener en cuenta, el diagnóstico y tratamiento de los problemas mentales leves no suelen llegar al psiquiatra. La mayor parte de las experiencias de angustia mental la gestionan las familias; lo que los profesionales denominan “atención primaria” en realidad es atención secundaria. Además, cuando esa angustia llega a la consideración del profesional médico—un proceso muy estudiado por los sociólogos (para un estudio clásico, véase SMITH, 1978)— lo habitual es que se ocupe del caso el médico generalista en el hospital, donde al paciente aquejado de estado de ánimo o sentimientos problemáticos se le recetan fármacos proactivos, porque es la opción más al alcance y porque las listas de espera para consultas con el especialista e intervenciones psicológicas son largas incluso en los países donde existen, salvo para quienes pueden pagarlas. En algunos países, en los casos graves, y sin duda debido en parte a los crecientes costes del tratamiento hospitalario y la presión sobre la disponibilidad de camas, se fomentan las intervenciones “sociales”, de modo que la persona recibe tratamiento en su propia casa y un equipo multidisciplinar controla que “sigue” la medicación —la psiquiatría actual tiende a considerar que las personas que no toman los medicamentos que se les recetan son un problema grave.¹⁶ En algunos casos —pocos, lamentablemente— un “equipo de tratamiento doméstico”

intenta mitigar algunas de las presiones sociales, por ejemplo, la situación económica, los problemas de vivienda o la violencia doméstica, que puedan agravar la angustia mental del paciente.¹⁷ Fuera de los hospitales y los consultorios clínicos prospera una serie de prácticas menos médicas, desde los centros de día a las casas de recuperación, donde los enfoques biomédicos desempeñan un papel mínimo y las intervenciones se basan en otras formas de entender la naturaleza del problema en cuestión. Si apartamos el foco de atención del “Norte Global” para ponerlo en la India, China, el sudeste asiático y las zonas rurales de Latinoamérica y muchos países africanos donde escasean los profesionales médicos de todo tipo, las cosas se complican aún más, y para la mayoría de la gente el “cuidado” —o su opuesto— tiene lugar fuera de cualquier enclave médico formal.¹⁸ Así pues, aunque en este libro me centro en la “psiquiatría” y en algunos casos utilizaré este término para abarcar todas estas diferentes prácticas destinadas a tratar los “trastornos mentales”, es necesario considerar con sumo cuidado toda afirmación que implique una determinada psiquiatría (incluida la mía).

La psiquiatría define los límites

En segundo lugar, la psiquiatría no solo interpreta y trata: también define y delimita. Es decir, las categorías y prácticas diagnósticas de la psiquiatría ayudan a fijar (y a menudo desdibujan) los límites de quién es o no es un caso clínico (y de qué clase). Gran parte del debate sobre este tema en los últimos años se ha centrado en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la American Psychiatric Association (APA, Asociación

Psiquiátrica Americana), que publicó su muy esperada quinta edición en 2013. Cada nueva edición del *DSM* incluye más categorías de trastorno, en la que parece ser una ampliación sin fin de los tipos de estados que requieren clasificación e intervención psiquiátricas. En Estados Unidos, el diagnóstico del *DSM* tiene importantes consecuencias prácticas —por ejemplo, para que las compañías aseguradoras reembolsen los gastos de tratamiento, el paciente debe tener un diagnóstico del *DSM*—. Además, hasta hace muy poco, los investigadores de la psiquiatría, si querían conseguir financiación y publicidad en las revistas científicas, estaban obligados a utilizar los diagnósticos del *DSM* en su solicitud de ayuda, seleccionando los temas de su estudio y presentando sus conclusiones.¹⁹ De modo que, en cierta medida, estos manuales definen los límites del terreno del trastorno mental.

Así pues, especialmente en Estados Unidos, muchos autores críticos con las que consideran tendencias expansionistas de la psiquiatría han puesto el foco en la proliferación de categorías de trastornos del *DSM* y el modo en que se enmarca el diagnóstico: un sistema de lista de comprobación con la que a la persona se le diagnostica una particular condición si muestra cierto número de comportamientos durante un tiempo determinado.²⁰ Los críticos apuntan a los juicios de valor implícitos en la aplicación de tales criterios, la falta de atención al grado real de incapacidad de la persona en determinadas situaciones, y la forma en que esta falta de precisión ensancha la red de los atrapados en “el terreno de la psiquiatría”. Sostienen que el imperialismo diagnóstico está llevando a la psiquiatrización de variaciones normales de la condición humana: de la tristeza (HORWITZ y WAKEFIELD, 2007),

de la timidez (LANE, 2007), de la ansiedad (ORR, 2006) y mucho más.^{[21](#)}

Es verdad que el diagnóstico amplía y limita a la vez el terreno de la psiquiatría, pero, para entender este proceso, debemos ir más allá del *DSM* y en realidad más allá de cualquier manual diagnóstico. Y debemos hacerlo no en menor grado porque, pese a la atención crítica que se ha prodigado al *DSM*, a su historia y sus consecuencias, en el tormentoso mundo de la vida cotidiana las cosas son un poco más complejas que en las páginas de los manuales diagnósticos. En primer lugar, no todos los países utilizan el *DSM*. En Europa, se usa otro manual de clasificación —la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que difiere en muchos sentidos^{[22](#)}— y en muchos países europeos con algún tipo de sistema nacional de salud, la clasificación psiquiátrica formal, aunque pueda requerirse, desempeña un escaso papel en las decisiones sobre cómo tratar a una determinada persona. Y, tal vez lo más importante, el sistema formal de clasificación diagnóstica puede ser importante cuando entra en contacto con un servicio médico o psiquiátrico, pero la vía de contacto está determinada por las ideas que muchos otros tienen sobre la normalidad y la patología: las propias personas, sus familias, los profesores y trabajadores sociales, los vecinos y los empleadores. Los estudios demuestran que estas ideas varían ampliamente dentro de un mismo país y entre los diferentes países, no solo como consecuencia de unos sistemas de atención a la salud mental muy distintos y la diferente disponibilidad de profesionales debidamente formados, sino también por factores tales como la edad, la etnicidad y la clase social del “prepaciente”, la variedad de alternativas disponibles, como las medicinas herbales o la sanación por la fe, y las creencias sociales y culturales imperantes sobre la naturaleza de la condición y la eficacia

de las diversas formas de intervención (GOLDBERG y HUXLEY, 2013). No obstante, la psiquiatría y los sistemas de clasificación psiquiátrica, por su autoridad para confirmar o negar estas otras creencias, por su capacidad para dar o retirar un diagnóstico o incluso el acuerdo de que alguien necesita un tratamiento, por ayudar a determinar cuál sea la dolencia, y por gestionar todo ello dentro y fuera de instituciones médicas, desempeñan un papel importante en la configuración y comprensión de la propia normalidad.

En este sentido, estuve tentado de ser más categórico y escribir que la psiquiatría “define los límites de la normalidad”, pero hubiera sido demasiado simple. Es verdad que la psiquiatría se define a veces como el estudio de la *psicopatología*, y la vieja tesis —de que el pensamiento médico funciona mediante el establecimiento de una división entre lo normal y lo patológico— sigue siendo verdadera (CANGUILHEM, 1978). Pero cuando se trata del alcance actual de la psiquiatría, ¿podemos seguir sosteniendo la idea de que, de un modo más o menos fundamental, el diagnóstico de un trastorno mental equivale a ser clasificado como “patológico” —con todos los ecos culturales de este término cuando va unido a la enfermedad mental: compulsivo, extremo, descontrolado, irracional, peligroso, etc.—? Tal vez esta concepción de la psicopatología sigue siendo válida en los casos de trastornos mentales graves como la esquizofrenia, donde el estigma y la exclusión continúan presentes a pesar de los mejores esfuerzos de políticas y programas antiestigma destinados a convencer a la gente de que la enfermedad mental no conlleva ningún especial peligro ni desdoro y que es una enfermedad como otra cualquiera. Y sabemos, evidentemente, que la vieja idea de la psicopatología sigue desempeñando un importante papel en los discursos populares aunque la psiquiatría rechace el término y el

diagnóstico. Pero se piense lo que se piense del diagnóstico, pocos considerarían que la depresión leve, la ansiedad o los trastornos de pánico son “patológicos” aunque, en términos formales, se incluyan en los manuales de psicopatología.

¿Deberíamos, pues, partir de un marco menos peyorativo y sustituir la idea de anormalidad por la de patología, y por ello defender que la psiquiatría define la línea de separación entre lo normal y lo anormal? Es tentador. Pero si un tercio de la población es diagnosticable en cualquier momento, y la mitad lo somos a lo largo de la vida, ¿en qué sentido es “anormal” que se nos diagnostique una dolencia psiquiátrica? En realidad, casi se podría decir que es “anormal” vivir toda la vida al margen de la psiquiatría: sin tener que hablar con un profesional médico o de otro tipo sobre nuestros problemas o conflictos mentales, sin tomar alguno de los muchísimos fármacos psiquiátricos —aunque solo sea un tranquilizante— que nos ayude a dormir, sin practicar alguna de las formas paraprofesionales de autoayuda mental como la *mindfulness*, aunque sea a través de internet.

Sabemos que la idea de norma, cuando empezó a ser utilizada a finales del siglo XIX, aunaba las ideas de normalidad estadística, normalidad social y normalidad médica: la norma era la media, lo deseable, lo saludable, lo ideal, etc. Es posible que, hoy, esta versión estricta de la normalidad carezca de sentido, o tenga un sentido diferente en sociedades o sectores distintos. ¿Es anormal sentirse impotente en un mundo asediado por el hambre, el conflicto y la injusticia? ¿Es anormal sentirse culpable por pensar cosas desagradables, o por cosas que hayamos hecho o dejado de hacer? ¿Mi costumbre de sacarle brillo al grifo o alinear bien los tarros de mermelada es simplemente excéntrica, o es un comportamiento que

traspasa los límites de la normalidad? ¿Es anormal oír voces, o experimentar fuertes pensamientos que parecen proceder de fuera? ¿Es normal creer en un poder divino que determina el destino de la persona? Es evidente que la normalidad —lo que sea ser *normal*, pensar que uno es *normal*, ser considerado *normal* por los demás— plantea una serie de profundas preguntas.

Probablemente deberíamos aceptar que la mejor forma de entender, hoy, la normalidad es como un término de adscripción, *performativo*, es decir, un término que como mejor se entiende es en las formas de utilizarlo.²³ De modo que, en vez de considerar que tiene un determinado significado sustantivo, siempre deberíamos preguntar quién define a quién como normal y con qué criterio, en qué tipo de prácticas y con qué consecuencias. Podríamos estar tentados de prescindir por completo del término, de no ser por el hecho de que cualquier decisión de un profesional médico, un profesor, un trabajador social, un miembro de la familia o una persona, en el sentido de que es necesario un determinado tipo de tratamiento, se basa, aunque sea implícitamente, en el juicio de que algo —una sensación física, una forma de pensar, de hablar, de sentir, de actuar— no es “normal” para una determinada persona: un hombre, una mujer, un niño o un adulto, un miembro de esta o esa generación, de este o ese grupo étnico, una persona con estas o esas experiencias, etc.²⁴

El caso es que el tema de la normalidad es aún más problemático en el pensamiento médico, pues todas las semanas aparecen nuevas tecnologías de diagnóstico —tecnologías genéticas, tecnologías de escaneado, etc.— que dicen revelar anomalías del interior antes invisible del cuerpo o el cerebro: son tecnologías que pretenden identificar “marcadores” que demuestran que una determinada persona probablemente va a desarrollar una

enfermedad mucho antes de que sienta los síntomas pertinentes. Esa persona padece una preenfermedad, está “presintomáticamente” enferma (ROSENBERG, 2006). Para algunos investigadores y responsables políticos, la identificación de estas preenfermedades representa un gran avance de la medicina, les apasiona la idea de identificar, tratar y evitar las enfermedades antes de que comiencen a afectar a la persona en cuestión. Para otros, el empeño de determinar y tratar las preenfermedades no hace sino ampliar el terreno de la medicina y la psiquiatría, sometiendo a tratamiento a personas que quizás nunca vayan a estar enfermas, simplemente porque una prueba demuestra que tienen una probabilidad —no la certeza— de desarrollar un trastorno en el futuro.²⁵ Tal vez, pues, haya que entender la normalidad como algo que tiene una función, más que positiva, negativa, en el sentido de que, para la psiquiatría y más en general, la normalidad es *aquello que no requiere intervención especializada*.²⁶ Desde esta perspectiva, pocos de los que vivimos en el Norte Global somos normales en este sentido, porque muchos escuchamos a los expertos que nos aconsejan una dieta equilibrada, que hagamos ejercicio físico, que tomemos de todo, desde vitaminas a fármacos reductores del colesterol, para seguir siendo “normales”. Retomaremos este tema de la normalidad a lo largo del libro, porque plantea multitud de retos médicos, sociales y éticos.

¿Qué es un trastorno mental?

En tercer lugar, la psiquiatría y los psiquiatras desempeñan un papel fundamental —aunque también intervengan otros muchos— en la determinación de qué es

un trastorno mental. ¿Es, como pensaban algunos en los inicios del siglo xx, una cuestión de instintos mal gestionados, de hábitos deficientemente entrenados? ¿Es una cuestión de fuerzas dinámicas del inconsciente como decían, y siguen diciendo, el psicoanálisis y muchas psicoterapias “dinámicas” afines? ¿Es una reacción comprensible y quizás incluso normal a circunstancias sociales difíciles, la pobreza, el racismo o sucesos traumáticos, como llevan defendiendo los científicos sociales desde hace mucho tiempo? ¿Es una cuestión de patrones de cognición disfuncionales que hay que corregir mediante terapia cognitiva? ¿Es el resultado del “estrés tóxico” de la infancia, que hay que contrarrestar con intervenciones específicas en familias disfuncionales? ¿O un trastorno mental es, como cada vez se defiende más, algo cerebral que en última instancia se puede entender en términos de procesos neuronales?

Muchos psiquiatras y neurocientíficos piensan que hoy el tema está zanjado: la clave para entender los trastornos mentales es reconocer que, en su raíz, son trastornos del cerebro. Ya he mencionado los proyectos cerebrales de “ciencia mayor” que están en marcha en Europa, Estados Unidos, China, Cuba, India y otros muchos países. Se espera de ellos no solo que van a “revelar... cómo interactúan en tiempo real los aproximadamente 86.000 millones de neuronas y sus billones de conexiones... [y] revolucionar nuestra forma de entender cómo pensamos, sentimos, aprendemos y recordamos”, como dice Frances COLLINS en su blog de Director de los National Institutes of Health (NIH, Institutos Nacionales de Salud) titulado “Lanzando la siguiente nave espacial de América a la Luna”;[27](#) además transformarán “los esfuerzos por ayudar a los más de mil millones de personas de todo el mundo que padecen autismo, depresión, esquizofrenia, epilepsia,