



## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº 22 – Invierno 2018

### **SOBRE EVIDENCIAS, GUIAS, PROTOCOLOS Y OTRAS TENDENCIAS EN SALUD MENTAL<sup>1</sup>**

Antonio Tarí<sup>2</sup>

*“La salvaguarda de lo negativo se ha vuelto una urgencia  
institucional absoluta”*

*(Edgar Morin)*

Dado el título de la mesa “Afrontando crisis en salud mental” he querido en esta presentación aproximar a nuestras tierras debates y cuestionamientos, que, aunque no con la frecuencia que debiera, se producen en otras latitudes de nuestro estado. Para ello me he limitado a revisar algunos aspectos emergentes de la salud mental actual, que considerados como “obvios”, contribuyen a consolidar el fenómeno que se ha dado en llamar la desaparición de la subjetividad en el campo de la asistencia.

Cada uno de los aspectos tratados necesitaría de una exposición más amplia y profunda y, sobre todo, y este es el objetivo de la presentación, de una profunda discusión.

---

<sup>1</sup> Ponencia presentada en la I Jornadas de la Sociedad Aragonesa de Psicología Clínica, titulada “Crisis y retos en salud mental” celebrada el 28 de octubre de 2010 en Zaragoza.

<sup>2</sup> Antonio Tarí, psiquiatra. Zaragoza.

## 1. (D) ENUNCIANDO UN PELIGRO

Esta presentación intenta reflexionar sobre un fenómeno, a mi parecer central de la situación asistencial actual en salud mental, consistente en la tendencia a la eliminación de la subjetividad en los discursos (también en la enseñanza y la formación de los profesionales) y sobre todo en la práctica asistencial actual.

Hablamos de subjetividad amenazada como el intento de eliminar la reflexión subjetiva sobre el propio malestar, sobre los propios conflictos, sobre el propio dolor psíquico, sobre la relación de dicho dolor con la historia del individuo y con el contexto (micro y macrosocial) en el que uno vive. Y cuando hablamos de subjetividad, no solo nos referimos a los individuos, sino a todos aquellos sujetos de enunciación, individuos, grupos, familias, instituciones, comunidades...

## 2. EXPLORANDO RELACIONES (EL CONTEXTO)

Asumiendo el riesgo de repetir algo muchas veces enunciado, planteo que dicho fenómeno es el emergente de una cultura psiquiátrica y sanitaria hegemónica en la asistencia en salud mental en nuestro país y también (con diferencias) en el mundo desarrollado.

Dicha cultura que podríamos caracterizar como fundamentada en el reduccionismo biológico y el positivismo, ha ido evolucionando, adquiriendo nuevas características y confluyendo en ella intereses diversos. Hoy podríamos decir que los intereses de la industria farmacéutica, los gestores y la mayor parte de los sectores académicos confluyen en la formación de esta nueva cultura hegemónica.

Me centraré en varios puntos que merecen ser interrogados:

- 2.1. No todo es cuerpo
- 2.2. Hay vida más allá de la evidencia.
- 2.3. Sobre costes, calidad y protocolos o cuando la burocratización se convierte en la respuesta.
- 2.4. ¿Más allá de la queja por la masificación de la demanda?
- 2.5. Sobre familias y asociaciones

## 2.1. No todo es cuerpo

Es obvio que la biomedicina ha posibilitado avances espectaculares precisamente en parte, por la eliminación del sujeto, pero junto a estos avances, también existe un lado oscuro que conviene explicitar y que consiste en un abandono de la experiencia del enfermar, de la historia subjetiva, de los contextos, en definitiva, del sufrimiento del sujeto concreto.

En la actualidad, desde el enfoque biomédico y científico, la mirada se centra en los fenómenos objetivos y hay muchas dificultades para incorporar las cuestiones subjetivas a la teoría y a la asistencia. Aparece como un ideal la descripción de los fenómenos observados en términos cuantitativos.

A nivel práctico observamos cómo es erradicada cualquier inclusión de dicho malestar en la historia del sujeto. La historia del sujeto no deja de ser anecdótica en la recolección de información del paciente, muchas veces, una vez hecha la anamnesis, no se toma en consideración nunca más y eso a pesar de la aceptación casi generalizada de la teoría de la vulnerabilidad. Del malestar se excluye, no siempre teóricamente pero casi siempre en la práctica, la interacción sujeto-historia y sujeto-contexto.

Y sin embargo no podemos dejar de tomar en consideración lo siguiente:

No es posible pensar un enfermar que solo esté atravesado por la biología y que no tenga en cuenta que el cuerpo está marcado por el lenguaje y la cultura. Considero que la enfermedad es inseparable del ámbito de lo humano. Nuestro campo de trabajo no está solo en el orden de la biología ni de las enfermedades animales sino en lo que ocurre en un organismo que es más que eso. Se requiere una visión del ser humano que reconozca su particular realidad más allá del modelo de la máquina y del animal. Se trata de un ser hablante cuya entrada en el lenguaje y la cultura lo diferencia radicalmente del animal, complejizando todas sus vivencias y experiencias.

El modo en que un sujeto se relaciona con su enfermedad es fundamental en la comprensión y tratamiento de la misma. Como dice José Lázaro “tenemos una profunda tendencia (los seres humanos) a dar sentido a lo que nos afecta y para ello parece que hemos de darle forma narrativa. Toda experiencia realmente importante exige ser contada”.

El hecho de enfermar es también un suceso existencial que suscita preguntas y hay que poder escuchar lo que está en juego en el malestar más allá de una respuesta inmediata desde la farmacología u otras disciplinas. “La atención a los problemas creados por la enfermedad en la vida del enfermo es la cuestión principal” (Kleinman, A., 1988:253)

Un elemento más para la necesaria toma en consideración de la experiencia de enfermar, especialmente en el campo de la salud mental es, como nos recordaba Canguilhem, la dificultad de restituir un estado previo de salud, lo cual implica que entre los objetivos de la asistencia estaría a veces en primer plano el establecimiento de un nuevo estado con la menor renuncia posible, ayudando a los sujetos a construir una nueva forma de estar en la vida que sea soportable, vivible. Esto es algo que solo se puede hacer teniendo en cuenta la particularidad de cada sujeto.

Pero este enfoque no solo hace desaparecer la subjetividad del paciente, sino que también y al mismo tiempo hace desaparecer la subjetividad del profesional necesaria como instrumento de aproximación clínica, como único medio de acercamiento empático al sufrimiento del paciente, como único modo de acoger dentro de una relación del tipo Yo-Tú (en contraposición Yo-El) de la que nos hablaba Martin Buber, el significado y la experiencia del enfermar. Es dentro de un campo delimitado por la relación profesional-paciente que se podrán desarrollar procesos terapéuticos en los que se puedan incluir aquellas técnicas probadas y tomar decisiones discriminadas para las personas que sufren trastornos.

## 2.2. Hay vida más allá de la evidencia

Quisiera tratar aquí de un desarrollo de este modelo biomédico que se ha dado en llamar erróneamente MBE, dada la difusión masiva (casi como una moda) en nuestro campo, a la que contribuye seguramente este temor que sentimos los profesionales de salud mental de poder ser considerados poco científicos.

Como todos sabéis, la MBE tendría como objetivo la superación de la incertidumbre en la toma de decisiones clínicas, y de planificación y gestión. Como señala Sackett, el ensayo clínico aleatorizado, especialmente la revisión sistemática de varios ensayos clínicos aleatorizados o metaanálisis, es el “patrón oro” para juzgar si un tratamiento causa o no beneficio o daño.

Diversos autores (Berrios, Desviat, Tizón...) han señalado ya algunos sesgos, limitaciones y peligros de la psiquiatría basada en la evidencia (las pruebas son hechos que tienen que ser interpretados, las objeciones éticas de los EAC, los valores previos a las preguntas, la validez externa, la complejidad de la práctica clínica no susceptible de ser recogida por los EAC, los intereses económicos y de poder presentes en la difusión de la metodología...)

Dicha herramienta adquiere su legitimidad y desarrollo dentro de un contexto de hegemonía del modelo biomédico en la atención en salud mental, contribuyendo a la construcción de

dicha hegemonía, siendo utilizado muchas veces inquisitorialmente para eliminar otros modos, otros enfoques, otros modelos como los que reivindicamos en esta presentación. Asistimos a un resultado de lo que los institucionalistas llamaban el efecto Barbier, que en resumen designaría el hecho de que algunas teorías pueden encontrarse olvidadas, dejadas de lado, aunque sean operativas en un campo específico, y como resultado de esta ignorancia y de una posición de fuerza ser excluidas del campo en cuestión.

Desviat lo plantea claramente: “sería un intento más de una técnica de resultados parciales y de eventual utilización, si no fuera porque en el momento actual parece querer ir más allá, convirtiéndose en la punta de lanza de una estrategia de los actuales *poderes* para reducir la teoría y la práctica psiquiátrica a una colección de hechos donde efectivamente se excluye a la persona del proceso terapéutico y el técnico es fácilmente controlable por las agencias de “evidenciólogos”.

Desde esta misma perspectiva estratégica de la PBE que plantea Desviat, asistimos a la difusión de la aseveración de la inexistencia de estudios experimentales sobre las psicoterapias dinámicas y sistémicas. Para aquellos interesados en contrastar dicha visión remito, solo, a dos documentos: “Asistencia basada en pruebas y psicoterapia ¿es evidente la evidencia? De J.L. Tizón y al Documento del Servei Català de Salut “La Psicoterapia en la xarxa pública de salut mental”.

No menos sorprendente es la aparente paradoja que se produce cuando la PBE contradice los modelos imperantes de asistencia propagados por la Psiquiatría Biológica (Estudio CATIE, Estudio CUtLASS, Revisión de Rosenheck) y que no parece afectar a la práctica clínica psiquiátrica de aquellos que sostienen dicho modelo. Pero creo que de este tema va a hablar otro de los participantes de esta mesa.

### 2.3. Sobre costes, calidad y protocolos o cuando la burocratización se convierte en la respuesta (el discurso de la gestión)

Así como a hoy en día se presenta la crisis y las medidas a tomar como consecuencia inevitable de unas “naturales” leyes del mercado, así también se presenta la reducción de costes y sus declinaciones asistenciales (reducción del tiempo de estancia, terapias ultra breves, utilización de fármacos o intervenciones que disminuyen los costes...) en el campo de la salud como un a priori naturalizado hacia el que deberían converger todo los dispositivos y organizaciones asistenciales.

Del mismo modo que la reflexión individual es dejada de tener en cuenta en la investigación y en el tratamiento de los problemas individuales, asistimos a la desaparición de la reflexión

de los equipos, organizaciones e instituciones sobre los problemas, obstáculos y resistencias que se encuentran en el desarrollo de su tarea. Dicha reflexión es sustituida por un discurso de la gestión basado en la metodología de la calidad, donde la protocolización de la metodología ahoga la profundización de las preguntas, así como la intervención de los actores implicados.

Muchas veces dichos estudios actúan como factor de legitimación del discurso institucional en el sentido lampedussiano de “que todo cambie para que todo siga igual”, instalándose un “como si” realmente se estuvieran abordando los problemas institucionales. Uno tiene la impresión que en vez de una maraña de estudios de este tipo, bastaría una libre reunión y discusión de los actores implicados para desvelar la naturaleza de los auténticos problemas que el dispositivo presenta y las alternativas que podrían mejorar la cuestión.

Últimamente presenciamos la publicación de múltiples guías, protocolos, planes de actuación que contrastan con una asistencia cada vez más cronificada. No parece que la aparición bienintencionada de numerosos protocolos modifique una asistencia cada vez más masificada, más uniforme, menos respetuosa con las necesidades de las personas concretas. Me refiero a una especie de espejismo en el que la protocolización de la asistencia diera lugar per se a un cambio real en la asistencia a los pacientes, más cercana, más rehabilitadora, más recuperadora. Dicha mejora tecnificada no revierte el proceso de deshumanización de la asistencia. Asistimos por ejemplo a excelentes programas sobre el papel del trastorno mental grave mientras paralelamente se mantienen intervenciones marcadas exageradamente por el reduccionismo biológico y una gestión absolutamente instrumental de los pacientes graves, y lo más sorprendente es que estas dos realidades pueden coexistir sin que genere un problema en la buena conciencia de los profesionales.

#### 2.4. ¿Más allá de la queja por la masificación de la demanda?

Cuando oigo hablar a mis compañeros quejándose justificadamente de la masificación de la demanda no puedo dejar de pensar en aquella tesis basagliana que planteaba que en la demanda está implícita la oferta asistencial. Considero que la oferta asistencial actual contribuye a la desaparición de la subjetividad, o quizás sería más propio hablar de desaparición de una subjetividad reflexiva y la configuración de otra subjetividad que se caracterizaría básicamente por la heteronomía, la pasividad, la queja, la cosificación del malestar.

Si atendemos no sólo a la cantidad sino también a la calidad de esas demandas, observamos que está teñida por la cultura de la queja caracterizada por una posición de pasividad a la espera de una solución inmediata, y completa, donde el dolor psíquico no es experimentado

ni contemplado como algo consustancial al ser humano sino una molestia que debe ser erradicada técnicamente.

Si bien la “realidad de un mundo sin duelos” es permanentemente difundida socialmente configurando el imaginario social, una asistencia empobrecida que oferta permanentemente que va a haber algo que va a sustituir las pérdidas y que va a completar al sujeto inmediatamente, en la que cada queja, es leída como un empeoramiento que se resuelve generalmente con un más de lo mismo, un incremento de la medicación o la promesa no siempre explícita de un remedio, como forma vana de acallar el síntoma, contribuirá a impedir la necesaria elaboración de los duelos y las pérdidas más allá de las dificultades singulares de cada uno para hacerlo, realimentando la cultura de la queja.

Este es uno de los efectos de sostener a ultranza la “supuesta neutralidad” del profesional o no poder estudiar lo que sucede en el campo de la relación médico-paciente, donde las diferentes técnicas sean tramitadas en función de lo que sucede en dicho campo.

## 2.5. Sobre familias y Asociaciones

También en el ámbito de las familias, y como consecuencia de la oferta asistencial vemos desaparecer la posibilidad de reflexión sobre los conflictos, obstáculos, disfunciones o enfermedades en los miembros de su seno. Read y Mosher refieren que cuando algo va mal en nosotros o con nuestros hijos o hijas, para la mayoría de nosotros nuestra primera reacción es preguntarnos qué hemos podido hacer mal. Lo que se necesita a menudo es una discusión honesta basada en nuestras propias circunstancias y sentimientos, no una negación de los problemas. No deja de ser contradictorio para muchas familias en algunos tipos de programas educacionales que planteen su perplejidad ante el mensaje de "No es en absoluto su responsabilidad, pero queremos que cambie su comportamiento para que no ocurra de nuevo". Es muy poco tranquilizador a largo plazo para una familia, el hecho de que la posibilidad de que puedan haber jugado un papel en la aparición del problema es tan horrible que no puede hablarse de ello. Read y Mosher, concluyen que debemos discutir cómo un enfoque tan obvio y de sentido común se ha convertido en un tabú.

No deja de ser preocupante a nivel del asociacionismo, como se interioriza el discurso objetivante o antisubjetivante que la cultura psiquiátrica promueve, como la subjetividad es subsumida en la identidad enferma, impidiendo encontrar en los otros sufrientes psíquicos, compañeros con los que agruparse para lanzar las reivindicaciones, sino por el contrario exaltando las pequeñas diferencias agrupándose para proyectar una queja. Qué lejos están estas posiciones del espíritu de aquel lema de la reforma psiquiátrica italiana y brasileña que decía “De cerca ninguno es normal”.

No parece ajena a esta situación de atomización de las asociaciones en función de diagnósticos específicos (bipolares, fibromialgias, anorexia, trastornos límite...) reclamando cada una para sí (un sí mismo identificado con el diagnóstico) servicios especiales, unidades monográficas... cierta sintonía con determinadas tendencias de dispositivos generalmente hospitalarios a crear dispositivos desgajados de los dispositivos comunitarios, y también el impulso de las propias casas farmacéuticas en plena campaña de marketing de un nuevo fármaco para una nueva patología. No puedo dejar de nombrar cierta pérdida de la capacidad reivindicativa favorecida desde mi punto de vista por el acceso a la gestión de dispositivos propios, lo que las hace entrar en la dinámica del mercado de la salud.

#### A MODO DE (IN) CONCLUSION

Si bien la presentación tiene un cierto carácter nihilista, mi intención fundamental ha sido focalizar la atención en ciertos aspectos de la cultura psiquiátrica en la que estamos insertos, con el objetivo como decía al inicio de que dejen de ser obvias y pasen a ser cuestiones de las que podemos y necesitamos hablar y discutir. Convendría releer a Foucault cuando plantea que, detrás de la verdad, universalidad, objetividad y neutralidad axiológica, hay una dimensión de poder y de fuerza.

No se trata de negar la utilidad de un diagnóstico bien complejizado, tratamientos biológicos respetuosos, proyectos de calidad y protocolos que mejoren la organización, pruebas empíricas que muestren la efectividad de los tratamientos, familias y asociaciones comprometidas con los tratamientos y la salud mental, sino que podamos también como dice Morin contemplar los aspectos negativos también de estas formas de lo instituido, sobre todo cuando se absolutizan y se convierten fundamentalmente en una ideología dirigida más a erradicar del campo discursivo y asistencial otro modo de salud mental que contemple en primer lugar la subjetividad de individuos, grupos e instituciones. Otra salud mental posible solo se puede establecer a partir de esta salvaguarda de lo negativo.

#### BIBLIOGRAFIA

Morin Edgard (1976): *“La dialéctica y la acción”* en AA. VV (eds): *Marxisme, revisionisme meta-marxisme*. Arguments 2 10/18 Union Generale d’ Editions.

Kleinman, A. (1988): *The Illness Narratives, Suffering, Healing &The Human condition*, New York, Basic Books.

Lázaro José (2003): *“Entre pruebas y narraciones: objetividad y subjetividad en psiquiatría”*, en Baca, E., Lázaro, J. (eds.): Hechos y valores en Psiquiatría. Madrid. Editorial Triacastela.

Desviat Manuel (2003) *“Psiquiatría y evidencia: los límites de la función del clínico”*, en Baca, E., Lázaro, J. (eds.): Hechos y valores en Psiquiatría. Madrid. Editorial Triacastela.

Desviat M. (2009) *“De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental”*. Viento Sur nº 104:91-98.

Berrios, G.E. (2010) *“Sobre la Medicina basada en la evidencia”* Editorial de la Revista Psicoevidencias. <http://www.psicoevidencias.es>

Tizón, J.L. (2009) *“Asistencia basada en pruebas y psicoterapia ¿Es evidente la evidencia? Monogràfic de la Jornada “Evidència o evidències científiques i bones pràctiques: parlem-ne”*: 8- 41.

García-Valdecasas Campelo, J. et al (2009) De la (curiosísima) relación entre la Medicina Basada en la Evidencia y la práctica psiquiátrica en nuestro entorno. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XXIX, nº 104, pp. 405-421.

Read, J., Seymour, F. y Mosher, L. R. (2006) *“Familias infelices”*. En Read, Mosher y Bentall, Modelos de locura. Barcelona: Herder.

Jasiner G. Los dispositivos grupales: un modo de trabajar los duelos. Instituto de Investigaciones Grupales.