

# ¿Hacia un nuevo paradigma en Psiquiatría?

## *Towards a new paradigm in Psychiatry?*

Jose García-Valdecasas Campelo (1), Amaia Vispe Astola (2),  
Vicente G. García-Valdecasas Campelo (3), Miguel Hernández González (1)

1. Psiquiatra. Hospital Universitario de Canarias. Servicio Canario de Salud.
2. Enfermera especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Servicio Canario de Salud.
3. Enfermero especialista en Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Casanova. Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra.

**Resumen:** Desarrollaremos en este trabajo una visión crítica del paradigma biologicista dominante en la Psiquiatría actual, deteniéndonos en sus aspectos científicos, tecnológicos y sociales. Partiendo del modelo de ciencia de Thomas Kuhn, defenderemos la tesis de que la actual situación puede ser una crisis que desemboque en un nuevo paradigma, esperamos que más centrado en aspectos psicológicos y sobre todo sociales. Este nuevo paradigma debería ser, y es lo fundamental, más útil para nuestros pacientes y menos perjudicial tanto para ellos como para toda la sociedad.

**Palabras clave:** paradigma, ciencia, tecnología, sociedad, iatrogenia.

**Abstract:** In this paper, we will develop a critical point of view of the biological paradigm which is dominant in Psychiatry of our days and we will focus on its scientific, technological and social issues. Basing in Thomas Kuhn's science model, we will defend our thesis that current situation could be a crisis to create a new paradigm, hope more focused in psychological and, above all, social issues. This new paradigm should be, and it is fundamental, more useful for our patients and less harmful for them and for the society.

**Key words:** paradigm, science, technology, society, iatrogenia.

### **Paradigmas y Psiquiatría: evolución y situación actual**

Nos proponemos en este trabajo desarrollar la idea de que tal vez estemos ya asistiendo a los primeros momentos de un cambio de paradigma en el campo de la Psiquiatría y la Salud Mental. Thomas S. Kuhn (1) fue un historiador y filósofo cuyas ideas han influido de forma innegable en la visión de la ciencia y su funcionamiento.

Siguiendo a Luque y Villagrán (2), podemos decir que Kuhn plantea que la ciencia pasa por momentos de *ciencia inmadura*, en que existen diversas tendencias o escuelas. Cuando una se impone al resto, por motivos que muchas veces no son –o no son sólo– de índole científico-tecnológica sino también socio-cultural, se establece un paradigma o matriz teórica que proporciona un marco conceptual de los fenómenos estu-

diados en esa disciplina. Para Kuhn, las teorías que aparecen en dicho marco conceptual no son precisas como para los positivistas, sino más bien esquemas confusos e imprecisos acerca de cómo actúa la naturaleza que requieren verificación. La finalidad de la ciencia no sería confirmar o refutar teorías, sino adecuarlas a la realidad. Una vez determinado el paradigma, se entra en un periodo de *ciencia normal*, donde se empieza a progresar en la investigación, dentro del susodicho paradigma. Cuando se van acumulando los problemas que no se resuelven en esa matriz teórica, se detiene el progreso, y se llega a una situación de crisis que acarrea la sustitución del paradigma por otro alternativo. Este es el periodo de *ciencia revolucionaria*, en el que se entabla la lucha entre paradigmas enfrentados. La elección entre paradigmas se basa en criterios extralógicos como la persuasión, la popularidad o la capacidad para progresar o resolver cuestiones inmediatas. O tal vez, añadiríamos nosotros, la capacidad de proporcionar financiación o prestigio a los profesionales del campo (en relación a esto, ya hablamos en su día (3) acerca de la relación entre la industria farmacéutica y la psiquiatría). Una vez elegido un nuevo paradigma, se entra en un periodo de resolución que conduce a una nueva etapa de *ciencia normal*.

En nuestra opinión, no está claro que la Psiquiatría haya estado nunca realmente en un período de “ciencia normal”, es decir, que haya predominado un paradigma de forma tan completa que no haya habido voces discordantes de consideración, a la manera, por ejemplo, a como impera el paradigma biomédico en, por ejemplo, cardiología. En Psiquiatría, por el contrario, ha habido un constante movimiento pendular a lo largo de la Historia entre, por decirlo así, somaticistas y psicologicistas, con distintos vaivenes. Hasta los años 50 aproximadamente del pasado siglo fue predominante el psicoanálisis para luego, con el más que mencionado advenimiento de la clorpromazina, irse instaurando un paradigma biológico que distó mucho, en aquellos momentos, de ser hegemónico. No olvidemos que fue sobre los años 60 cuando hicieron acto de presencia las orientaciones, sistémica o cognitiva, sin que eso significara la muerte del psicoanálisis, tantas veces anunciada y nunca certificada. Creemos que puede decirse que es posteriormente, hacia los

años 80 y 90, cuando el paradigma biológico va haciéndose predominante, tomando como ejemplo la publicación del DSM-III y el DSM-III-R y en clara relación temporal con la aparición de los psicofármacos de elevado precio (primero los antidepresivos ISRS y, posteriormente, los antipsicóticos denominados atípicos). Parece coincidir con esos momentos que el paradigma biológico inicia su supremacía, pese a la cual, resisten las otras orientaciones psicologicistas citadas, aunque más bien en ámbitos psicológicos, sociológicos o filosóficos, más que psiquiátricos. Este paradigma biológico se va convirtiendo cada vez más en *biocomercial*, como se ha denunciado desde diversos ámbitos y trabajos (4, 5).

La cuestión es que en las últimas décadas y en nuestro entorno, el paradigma biológico devino hegemónico y marcó el desarrollo de la actividad clínica e investigadora, así como la formación a los nuevos profesionales, los mensajes transmitidos a los pacientes y la visión global que la sociedad tiene de la enfermedad mental y del sufrimiento, como algo explicable (y solucionable) en términos neuroquímicos (como dijimos más de una vez (6), una neuroquímica rampolna y cortoplacista, negligente hacia los efectos secundarios de los remedios que emplea para solucionar desequilibrios químicos que nadie ha demostrado).

Pero el caso es que pensamos, tal vez con optimismo excesivo, que podemos estar ante el inicio de un cambio. Creemos que, siguiendo los términos de Kuhn, hace tiempo que el progreso dentro del paradigma actual se ha detenido (¿cuántos años o décadas hace del último descubrimiento realmente importante, en el aspecto farmacológico o neuroquímico-genético?) y que, a la vez, los problemas empiezan a acumularse (los efectos primarios de los fármacos parecen más pobres (7, 8) y los efectos secundarios más graves (9, 10) de lo que nos aseguraron y nos creímos...).

Todavía tenemos reciente la llegada del DSM-5. Sin entrar a valorar su contenido, nos llama la atención el aluvión de críticas que ha recibido incluso desde años antes de salir. Son famosas las de Allen Frances, que aludió en un escrito (11) que ha corrido como la pólvora por la Red, a la naturaleza de *caja de Pandora* de dicho libro. Re-



cordemos que Frances fue nada menos que Jefe de Tareas del DSM-IV. En relación al DSM-IV, no vimos reacciones semejantes a las que hemos presenciado estos últimos años, con críticas más constructivas o más feroces al DSM-5 desde distintos congresos y jornadas o, incluso, desde la prensa generalista. El DSM-IV fue criticado tal vez más desde entornos psicoanalíticos pero no de una forma tan extendida. Y nos parece aún más llamativo el hecho de que, en nuestra opinión, no creemos que el DSM-IV fuera esencialmente mejor. No creemos que la diferencia en las obras, que no obstante existe, justifique la diferencia en el ataque sin tener en cuenta algo más. Y ese algo pensamos que son los más de 15 años transcurridos entre uno y otro y todas las promesas incumplidas del paradigma biomédico en ese lapso de tiempo, tanto en lo referente a conocimiento sobre las causas como a mejora de los remedios.

Frances comparó la aprobación del DSM-5 con la apertura de la caja de Pandora que, como sin duda sabrán, contenía todos los males del mundo. Y, desde luego, algo se ha abierto y va circulando por ahí cada vez con mayor intensidad. El tiempo habrá de juzgar si es para mal o para bien. Por citar sólo algunos ejemplos recientes, el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental) americano rechaza (12) primero el DSM-5, buscando desarrollar sus propios criterios dentro de un enfoque marcadamente biologicista. En la respuesta a la posición del NIMH, autores del DSM-5 llegan a reconocer que los marcadores biológicos que llevan prometiendo desde los años 70 aún no han aparecido (pero siguen buscándolos). Finalmente, se llegó a una cierta reconciliación (13). Por otro lado, la Asociación Psicológica Británica publica un documento (14) en el que abogan directamente por un cambio de paradigma en el campo de la Salud Mental, sin negar la importancia de la biología en el mismo, pero centrando el enfoque en los aspectos psicológicos y sociales. Y aunque hay quien ha querido verlo como una nueva batalla de la no siempre incruenta pero inevitablemente aburrida guerra psicólogos-psiquiatras, parte de este último colectivo se ha posicionado también contra el paradigma biológico encarnado en la nueva edición del DSM, como por ejemplo muestra un reciente escrito de Sami Timimi (15), apoyado por

muchos profesionales. Son sólo unos ejemplos de la contestación que ha recibido la *Biblia* de la Psiquiatría, pero podríamos citar muchos otros. Y, como es sabido, una vez abierta la caja de Pandora ya no se puede cerrar, y las críticas van más allá del manual diagnóstico y apuntan contra el paradigma biologicista que le da cuerpo.

### **Paradigma biologicista en Psiquiatría: aspectos científicos, tecnológicos y sociales**

Creemos evidente que existe una preponderancia absoluta en nuestro entorno del paradigma que se ha denominado médico, biológico, biomédico, neurobiológico o biologicista en Psiquiatría, al menos hasta ahora. Se trata del paradigma médico aplicado al campo de la Psiquiatría, por lo que postula la existencia de una lesión biológica (a nivel de estructura genética, neurotransmisión, neurodesarrollo, neurodegeneración o conceptos similares) que provoca un determinado conjunto de síntomas por un determinado mecanismo fisiopatológico y que, a su vez, cuenta con un pronóstico esperable y para el que, idealmente, puede desarrollarse un tratamiento. El paradigma biologicista actual triunfa coincidiendo con la aparición y auge de los fármacos psiquiátricos hoy utilizados: neurolépticos, antidepresivos, benzodiacepinas, etc. Y este triunfo, desde nuestro punto de vista, tiene aspectos a nivel científico (como teorías en busca de un saber), a nivel tecnológico (como prácticas en busca de una utilidad) y desde luego a nivel social, que iremos desgranando.

Desde el punto de vista científico-teórico, proporcionó una explicación hipotética de los trastornos psiquiátricos como basados en alteraciones bioquímicas a nivel de exceso o déficit de determinados neurotransmisores, según los mecanismos de acción de los distintos psicofármacos (que realmente provocan alteraciones neuroquímicas en el cerebro en lugar de corregir supuestas alteraciones previas; aunque otra cosa es que dichas alteraciones provocadas puedan ser útiles a nivel sintomatológico en determinados momentos). Esta explicación hipotética no sólo no se confirmó nunca (nadie ha demostrado el déficit de serotonina en la depresión o el exceso de dopamina en la psicosis), sino que además, curiosamente, la mayoría de profesionales adscritos a este paradigma la dan por ya

demostrada. Que la investigación, la docencia y la formación psiquiátrica en general estén en gran medida en manos de empresas farmacéuticas cuyas cuentas de beneficios dependen de tales explicaciones hipotéticas no probadas, tal vez tenga que ver con esta situación.

Desde el punto de vista tecnológico-práctico, el paradigma biologicista ofrecía nada menos que la cura o el alivio para los trastornos mentales. Muchos de sus defensores afirman que los antipsicóticos vaciaron los manicomios (aunque ocultan que el movimiento de desinstitucionalización de los pacientes ingresados había comenzado antes de los años 50, cuando no existían neurolépticos) y que los antidepresivos y ansiolíticos ayudaron a aliviar o curar casos y más casos de trastornos depresivos y ansiosos que décadas atrás no habían existido (infradiagnóstico lo llaman algunos, aunque eso nos llevaría a pensar que antes de la aparición de los antidepresivos la gente era más infeliz o, por ejemplo, se suicidaba más, y no conocemos datos que avalen semejante idea).

Desde el punto de vista social, sin duda el paradigma biologicista funcionaba a la perfección para conseguir que los psiquiatras, antes marginados como *carceleros* o *charlatanes*, de repente gozaran de todo el respeto profesional que la clase médica brinda a sus miembros, con las implicaciones que ello tiene a múltiples niveles. Y a la hora de recibir financiación para investigación, docencia o *diversos* tipos de formación, por parte de las empresas que comercializan los remedios a partir de los cuales se instauró el paradigma, resulta que los psiquiatras se colocan a la cabeza del colectivo médico en cuanto a cobros, sin duda en relación con que nuestros fármacos se colocan en los primeros puestos en cuanto a gasto farmacéutico.

Pero resulta que al paradigma biologicista se le empiezan a acumular problemas que no es capaz de solucionar.

### **Paradigma biologicista en Psiquiatría: cuestionamientos**

A nivel científico-teórico, no se ha encontrado la causa de ningún trastorno mental en el ámbito biológico. Seguimos esperando los marcadores

biológicos que definan los trastornos en base a su etiología, patogenia y fisiopatología desde el punto de vista del paradigma biologicista. Salvo que uno se deje atrapar en la trampa habitual de hablar del Alzheimer, el Parkinson o la neurosífilis, no hay datos concluyentes a nivel genético, bioquímico, funcional o estructural que sean específicos de ningún trastorno psiquiátrico. Sí abundantes correlaciones con hallazgos somáticos, muchas de las cuales (como parece demostrado para la atrofia cerebral en la esquizofrenia) se plantea cada vez más si no son debidas a los tratamientos que usamos más que a los trastornos que queremos curar. Los modelos simplistas basados en la neurotransmisión no responden a gran parte de las cuestiones (¿por qué fármacos con perfil receptorial diferente logran las mismas cifras de eficacia?, ¿por qué el mismo fármaco acaba estando indicado en trastornos diferentes?). Existe además un problema básico a nivel teórico en lo referente al paradigma biologicista: no parece posible desarrollar una fisiopatología de la enfermedad mental sin contar con una fisiología del funcionamiento mental digna de ese nombre. Es decir, ¿cómo podemos encontrar el mecanismo en términos neuronales o de conectividad de un afecto o un pensamiento definido como patológico si no tenemos la menor idea de cómo funciona a nivel neuronal o de conectividad el afecto o el pensamiento normal?. Las descripciones clínicas se realizan en base a los conceptos psicopatológicos de las facultades clásicas: pensamiento, afecto, voluntad. Pero es que no hay nada ni remotamente parecido a un modelo biologicista del funcionamiento de la mente normal. Que la Psiquiatría sea reducible a las neurociencias no es más que un deseo futuro expresado con mayor o menor fe, pero no es en absoluto posible en este momento (y que algo sea imposible hoy no significa necesariamente que vaya a ser posible mañana). Recordemos que el paradigma biologicista en, por ejemplo, cardiología, implica un conocimiento amplio del funcionamiento cardíaco en condiciones normales a nivel de inervación e irrigación, por ejemplo, a partir del cual se pueden describir distintas afecciones que aparecen ante el mal funcionamiento de alguna de sus estructuras. Los únicos que hacen algo así con el cerebro humano son los neurólogos. Pero ellos no tratan los males que tratamos nosotros.



A nivel tecnológico-práctico, se hace cada vez mayor la acumulación de evidencia bibliográfica que muestra que nuestro arsenal terapéutico supuestamente seguro y eficaz, cuenta con más sombras que luces. Estudios que revelan que los antidepresivos son inútiles ante las depresiones leves y moderadas, y presentan riesgos reales de dependencia o disforia tardía (16). Estudios que revelan que las supuestas ventajas de los antipsicóticos atípicos frente a los clásicos no eran sino una patraña para aumentar beneficios (17), contando con riesgos como los clásicos a nivel de efectos secundarios como la disminución de tejido cerebral. O que sus ventajas en, por ejemplo, síndrome extrapiramidal quedan contrarrestadas con el riesgo de alteraciones metabólicas (18). También se preguntan cada vez más autores (19) cómo es posible que ante el hecho de que cada vez se empleen más los fármacos antidepresivos, las cifras de depresión no cesan de aumentar, en una espiral de iatrogenia y consumo de recursos que parece no tener fin. Históricamente, cuando aparecía un fármaco útil frente a alguna enfermedad, dicha enfermedad mejoraba su pronóstico drásticamente (enfermedades infecciosas con los antibióticos, SIDA con los antirretrovirales, muchas enfermedades tumorales con los antineoplásicos cada vez más eficaces, etc.). Sin embargo, con los antidepresivos cada vez hay más gente deprimida y, lo que es más curioso, cada vez el pronóstico es peor. Lo que hace unas décadas se consideraba un trastorno poco frecuente que tendía a la recuperación en unos meses, ahora se ha convertido en un trastorno crónico y recurrente, con unas cifras de resistencia cada vez mayores.

A nivel social, cada vez está siendo más denunciado (20, 21) que el motor que mueve y mantiene gran parte de este entramado son ciertos manejos de la industria farmacéutica. Evidentemente, la industria ha encontrado fármacos muy útiles que han salvado muchas vidas y aliviado muchos sufrimientos, y es una parte imprescindible de la Medicina. Nadie en su sano juicio discutiría eso y, desde luego, nosotros no lo hacemos. El problema es que eso no da carta blanca para muchas malas prácticas que se vienen realizando desde hace décadas: ocultamiento de datos de ensayos clínicos cuando no son positivos para sus productos, con el consiguiente sesgo inevitable

que hace que los médicos no prescribamos los mejores tratamientos a los pacientes, porque nos falta gran parte de la información; manipulación más o menos hábil de gran parte de los estudios que sí publican, incluyendo redacción completa de artículos por parte de “autores fantasma” cuyos nombres son sustituidos luego por los de supuestos “expertos” en la materia; sometimiento –voluntario, eso sí– de gran parte de la clase médica a las líneas de investigación y formación que marca la industria, colaborando con ella en aumentar los diagnósticos, incluyendo la creación y promoción de enfermedades, y tratando muchas condiciones que posiblemente no sería necesario tratar, con un exceso preventivista y terapéutico que olvida de forma temeraria los riesgos e iatrogenias posibles de toda intervención sanitaria.

Como venimos desarrollando, nuestro planteamiento es que al paradigma biologicista actualmente imperante se le acumulan los problemas que no está siendo capaz de resolver, tanto a nivel científico-teórico como tecnológico-práctico o social. Sobre el aspecto social, se hace evidente que la actual forma de relación entre industria farmacéutica, administraciones sanitarias y profesionales, es insostenible desde cualquier código ético digno de ese nombre y, lo que es peor, tiene directas consecuencias en que los médicos no puedan recetar lo mejor a sus pacientes (porque carecen de la información adecuada y sin sesgos y porque, evidentemente, la industria invierte lo que invierte en marketing porque sabe que le sale rentable, porque modifica la prescripción médica en la dirección que le interesa). En esta época de crisis que nos atraviesa, es y será cada vez más amplio el cuestionamiento de muchas cosas que dábamos por sentadas y en las que confiábamos y el colectivo médico y su dependencia de intereses comerciales no dejará de ser cuestionado y deberá responder. No tardarán en llegar los pacientes que nos pregunten abiertamente qué hemos aceptado exactamente de la empresa que comercializa el fármaco que les estamos recetando. Sobre el aspecto práctico, no se trata de acabar con los psicofármacos y su uso, o por lo menos no es para nada nuestra posición, sino emplearlos con criterio, siendo conscientes de sus limitaciones y de sus peligros, y valorando siempre de forma responsable su balance de riesgos y beneficios.

A nivel social, el paradigma biologicista ya está siendo cuestionado por su absoluta dependencia de los intereses comerciales de la industria. A nivel práctico, ya está siendo cuestionado porque la curación que prometían sus fármacos queda reducida a un cierto alivio y sus efectos secundarios no podrán ser minusvalorados por más tiempo. ¿Pero qué ocurre a nivel teórico? Ahí, a pesar de la falta de pruebas encontradas, sigue defendiéndose la idea de que en la biología del cerebro humano está el origen de los trastornos mentales y que eso supone, *per se*, el triunfo del paradigma biologicista como tal y por tanto, de una manera más o menos adaptada, la pervivencia de sus aspectos prácticos y sociales. Desarrollaremos este punto.

### Paradigma biologicista en Psiquiatría y concepto de enfermedad

El paradigma biológico a nivel teórico se sostiene, en nuestra opinión en un aparentemente sencillo argumento, que podríamos expresar así: tenemos personas con determinadas características (delirios, alucinaciones, hipotimia, insomnio, etc.) de las que decimos que padecen la enfermedad mental X. Estudiamos si las personas con dichas características tienen algún rasgo biológico determinado (un gen, un neurotransmisor aumentado o disminuido, etc.) que no aparece en otras personas sin estas características. Si encontramos dicho rasgo biológico (o si creemos con la suficiente fe que aunque no lo hayamos encontrado, estamos a punto de hacerlo), consideramos entonces que la enfermedad mental X es de naturaleza biológica. A grandes rasgos, éste sería el esquema básico de funcionamiento a nivel teórico del paradigma biológico en Psiquiatría. No entraremos ahora en la cuestión de que no se ha descubierto causa biológica alguna (si por causa entendemos causa y no correlación) de, por ejemplo, la esquizofrenia, la depresión o la ansiedad, ni tampoco en que a veces, para algunos estudios (22), esos rasgos biológicos distintivos aparecen sólo a nivel estadístico (por ejemplo, el 10% de los “enfermos” tienen el rasgo y sólo lo presentan el 5% de los “sanos”; por muy estadísticamente significativo que resulte, no parece muy revelador...). Pero en lo que sí vamos a entrar es en insistir en que dicho argumento es tramposo.

Y lo es porque en el camino desde las características que se etiquetan como la enfermedad X hasta el hallazgo biológico que determina dichas características y que culmina en el reconocimiento de dicha enfermedad X como causada biológicamente, nadie ha demostrado en absoluto que esas características sean realmente una enfermedad. Y esto es porque muchas características del ser humano vienen sin duda condicionadas biológicamente, pero el hecho de considerar algunas de ellas como una enfermedad o no es una cuestión social que lleva a cabo una determinada sociedad, con una determinada cultura y en un determinado momento, dentro del marco de unos paradigmas que marcan qué es enfermedad y qué no.

Es decir, por poner un ejemplo fácil, ser pelirrojo es una característica biológica determinada genéticamente, es decir, con una base biológica indudable. Pero no es una enfermedad. O, para ser correctos, no lo es en nuestra cultura, porque tal vez en una cultura donde se considerara el ser pelirrojo como un defecto o una malformación horrible al gusto estético de la mayoría, sí podría ser considerada una “enfermedad”. Pero sería una consideración social quien marcaría el carácter de enfermedad del hecho de ser pelirrojo, no su biología que es la misma en todas las culturas.

En nuestra opinión, el ser humano está determinado en gran medida biológicamente. Nuestros genes *reparten las cartas* que tenemos cada uno, aunque luego el ambiente físico y social en el que nos movemos, marcará a nivel epigenético cómo se expresan dichos genes y, saltando sin red entre niveles epistemológicos, luego toda esta genética y epigenética se enfrentará a una educación en el seno de una ambiente sociocultural y familiar concreto que sin duda determinará en gran medida comportamientos, sentimientos y pensamientos de esa persona. Ahora, que la base es biológica es indudable a nivel científico, porque si uno quiere ponerse a hablar de espíritus o almas de alguna manera algo más que metafórica, entonces ya no estamos en un nivel científico sino religioso y ahí ya estamos en otro juego. Es decir, que posiblemente gran parte de lo que solemos llamar “síntomas psiquiátricos” aparezca en un ser humano de acuerdo a una cierta correlación biológica. Una alucinación



auditiva muy probablemente implicará un determinado funcionamiento cerebral. ¿Significa eso que la causa de la alucinación es biológica? Pues podría significarlo si ocurre primero la alteración y luego la voz (porque no debemos olvidar que para hablar de causalidad hay que estar seguro de que la causa precede al efecto, no vaya a ser que pensemos que la secreción de las glándulas lacrimales es causa de la tristeza) y si dicha voz no aparece sin dicha alteración biológica. Pero aunque consigamos encontrar la alteración y asegurar su carácter causal respecto a la alucinación, en ningún momento de este razonamiento y trabajo investigador ha aparecido nada que demuestre que la alucinación es un síntoma o una enfermedad mental. Para nuestra cultura, sí lo es, pero para otra podría ser un signo de superioridad personal o un rasgo sobrenatural o, incluso, una diferencia individual (como ser pelirrojo, por ejemplo).

Porque sí, por ejemplo, hacemos un estudio entre personas enamoradas (con estos enamoramientos recientes que le hacen perder a uno el sueño y el apetito y le provocan todo tipo de alteraciones perceptivas sobre las características personales de la persona amada) y un grupo control de otras personas, digamos, normales, el hecho de que encontráramos un patrón biológico que correlacionara o incluso causara las características del enamoramiento, ¿significaría que el enamoramiento es una enfermedad?. En nuestra cultura no se considera así, pero a lo mejor en una cultura donde sean los padres quienes deciden las parejas de los hijos, sí se podría tener por algo patológico que – lanzamos la idea porque aquí podría haber negocio-, tal vez respondiera a antipsicóticos (ya vemos los estudios de los visitantes: el paciente con trastorno amoroso duerme más, engorda más, se escapa menos de casa y piensa menos en la persona amada desde que toma el fármaco X).

Recapitemos un poco. El problema del paradigma biologicista en Psiquiatría a nivel teórico es, por un lado, que no ha encontrado la causa biológica de nada. Pero nuestro planteamiento es que, incluso si la encontrara, eso no significaría que las llamadas “enfermedades mentales” fueran realmente “enfermedades” dentro del marco de dicho paradigma concreto. Porque, y lo repetimos porque creemos que es importante, la

consideración de algo como enfermedad es una cuestión social y no biológica.

Por ejemplo, todos estaríamos de acuerdo en considerar el sarampión como una enfermedad. Hay un virus que ataca el organismo, provoca unos síntomas, etc. ¿Podríamos decir entonces que la existencia de un agente extraño como un virus o una bacteria define una enfermedad? Pues no, porque en el organismo humano hay muchos microorganismos que viven en equilibrio sin provocar mal alguno y no se consideran enfermedades. ¿Es entonces el hecho de que haya síntomas lo que define una enfermedad? Pues nos parece que no, porque una persona puede experimentar síntomas como cefalea, ansiedad, irritabilidad o náuseas porque ha perdido su equipo de fútbol, y no lo consideramos enfermedad. ¿O tal vez hace falta que el malestar sea intenso, prolongado y potencialmente peligroso para considerarlo enfermedad? Pues también nos parece que no, porque la pobreza es la causa de malestar más intenso, prolongado y peligroso que hay y nadie la consideraría una enfermedad en sí dentro del paradigma médico. ¿Tal vez sea la aparición de una lesión lo que determina la existencia de una enfermedad? Pues tampoco lo creemos, porque la cirugía funciona a base de provocar lesiones y es una técnica para curar y no para enfermar. Una cesárea es una lesión grave y no es una enfermedad sino un remedio. No terminamos de encontrar una definición de lo que es o no es enfermedad en términos biológicos. Y no lo encontramos porque el constructo enfermedad no funciona en términos biológicos.

El síndrome de Down, por ejemplo, es un evento biológico claro, pero cada vez más personas que lo presentan y familiares de estas personas rechazan considerarlo una enfermedad, sino más bien una variante de la normalidad. Nada tiene que ver la biología con que dicha reclamación sea o no atendida. Los correlatos o, en ocasiones, causas biológicas son inevitables. Pero el considerar algo como enfermedad es una decisión. Y serán aspectos sociales, culturales y políticos los que determinarán dicha decisión. Hasta no hace mucho, la homosexualidad se consideraba una enfermedad. Nada tuvo que ver la biología en que se diera tal consideración ni en que dejara de darse. ¿Será tal vez la diferencia con la norma lo que determina que algo sea enfermo? Según

eso y aplicando el DSM-5, lo enfermo sería estar sano mentalmente, ya que hay ya probablemente más personas con trastornos mentales (definidos según el DSM-5) en el mundo que sin ellos.

Pero una vez que el argumento nos ha llevado al absurdo, hay que emprender el camino de vuelta. Que la definición de enfermedad sea social, no significa que, en una determinada sociedad, no haya un acuerdo casi absoluto sobre que determinados constructos son enfermedades. Todos estaríamos de acuerdo en que la tuberculosis, la apendicitis o el cáncer de mama son enfermedades. Y todos estaríamos de acuerdo en que el paro, el enamoramiento o la pasión futbolística no son enfermedades. Pero como es algo que se decide a nivel social, no es tan difícil *colarnos* como enfermedades entidades que antes no lo eran, como los niños traviesos, los adultos tristes, las personas gruesas o los bebés pequeños... ¿Cuál debe ser, pues, el criterio para considerar un conjunto de características que aparecen en una persona como una enfermedad, siempre dentro del paradigma biologicista?

Los paradigmas, desde una órbita postmoderna que creemos imprescindible, son narraciones que otorgan determinados significados a los hechos y proporcionan determinados marcos donde esos hechos se relacionan entre sí. Narraciones que dan cuenta de unos hechos y olvidan otros y que suponen mapas para moverse por un territorio concreto. En nuestra opinión y desde este enfoque, un conjunto de características que aparecen en un individuo determinado en un momento concreto deben ser consideradas enfermedad según los parámetros del paradigma biológico sólo cuando esa consideración sea útil y siempre que esa consideración sea útil para la persona en términos de aumentar su bienestar y reducir su malestar, teniendo en cuenta el corto y el largo plazo.

Es decir, considerar la tuberculosis una enfermedad dentro de un paradigma biologicista es útil, porque permite aplicar un tratamiento farmacológico que beneficia a la persona. Considerar la apendicitis una enfermedad dentro de un paradigma biologicista es útil porque permite aplicar un tratamiento quirúrgico que incluso salva la vida a la persona. Considerar el síndrome de Down una enfermedad dentro del paradigma biologicista no es útil en absoluto para la

persona (otra cosa sería la consideración de padecimientos concretos que esa persona pueda presentar como enfermedades) porque no hay tratamiento que vaya a otorgar beneficio y sí la carga estigmatizante que supone la etiqueta de "enfermo". Considerar la pobreza, por terrible que resulte, como una enfermedad dentro del paradigma biologicista no es útil en absoluto para la persona y, además, distrae de buscar la causa y la solución de la misma en cuestiones de índole social y político.

¿Y qué hay entonces del ámbito de la Psiquiatría respecto a todo esto? Pues nuestra teoría es que la consideración de los trastornos mentales como enfermedades dentro del paradigma biologicista no es útil en conjunto para las personas que atendemos. Naturalmente, esto requiere unas cuantas aclaraciones. No estamos diciendo que las personas afectas de lo que ahora denominamos trastornos mentales no deban ser atendidas. Habrá casos en los que una intervención a nivel farmacológico, psicoterapéutico o sociolaboral pueda ser muy útil o incluso imprescindible para ayudar a esa persona en la situación de crisis, aguda o crónica, que esté pasando. Y habrá casos en que intervenciones de ese tipo llevan aparejadas más iatrogenia que beneficio, en términos de efectos secundarios, dependencia, desresponsabilización o asunción del rol de enfermo con el estigma social y las repercusiones que ello conlleva. Lo que planteamos es si, en los casos en que la intervención es útil, es necesario o no que se haga desde un paradigma biologicista. Y, en nuestra opinión, la respuesta es que no. El paradigma biologicista se centra en el empleo de unos fármacos que dejan de ser vistos como herramientas potencialmente útiles para pasar a ser considerados la única e imprescindible respuesta al malestar psíquico, pasando por alto negligentemente sus efectos secundarios, incluyendo los fenómenos de tolerancia y dependencia. Así mismo, el paradigma biologicista minusvalora y deja al margen las orientaciones psicoterapéuticas o sociales, no prestando atención a los efectos beneficiosos de la psicoterapia o el abordaje de la psicosis centrado en la recuperación y, no nos olvidemos, en el empleo, o el importante papel que el abuso infantil tiene en la génesis de la psicosis, por poner algunos ejemplos. Creemos imprescindible una adecuada valoración de beneficios y perjuicios



provocados por este paradigma, y ahí la opinión, experta sin duda, de los usuarios y ex-usuarios tiene mucho que decir y debe ser escuchada.

El sufrimiento sin duda existe, pero lo que debemos analizar, como profesionales de la Psiquiatría y la salud mental es cuál es la intervención más útil para las personas afectadas por dicho sufrimiento. Y a veces será el empleo de medicación, a veces la psicoterapia, a veces la prescripción de no-tratamiento (23) y muchas otras veces el abordaje de las problemáticas sociales que subyacen a dicho malestar, desde los ámbitos adecuados y que no pasan por una consulta con un profesional sanitario. Como repetimos cada vez con más frecuencia, cualquier malestar vital que se arreglaría con dinero no es un problema psiquiátrico, sino de otro orden. Y la cuestión es que el paradigma biologicista en Psiquiatría es incapaz, y así lo ha demostrado durante décadas de forma cada vez más clara hasta llegar al ejemplo máximo del DSM-5, de esta atención al aspecto social.

### La Psiquiatría más allá del paradigma biologicista

¿Y qué proponemos en lugar del paradigma biologicista? Pues pensamos que el punto de vista social se hace imprescindible. Tanto para entender el origen de los trastornos como su desarrollo y mantenimiento, o sus posibles soluciones, desde esas pequeñas sociedades que son las familias hasta los ámbitos mayores que podemos llamar civilizaciones. Cada una con su cultura y sus subculturas, más o menos interrelacionadas, creando un contexto sin el cual es imposible entender nada ni aliviar nada.

Creemos pues llegado el momento, y este escrito intenta ser un pequeño paso en ese camino, de que el paradigma biologicista entre en crisis y pasemos, siguiendo a Kuhn, al momento de la *ciencia revolucionaria*, donde distintos paradigmas lucharán por demostrar su utilidad para imponerse. Y esperemos que dicha utilidad lo sea esta vez para las personas que atendemos y no para las cuentas de resultados de las empresas farmacéuticas que tanto han invertido en apuntalar un conjunto de teorías inconexas y prácticas mejorables. Esas personas, con sus múltiples sufrimientos, confían en nosotros como profesionales y les debemos lo mejor de nuestra atención,

cuando les pueda ser útil, y el dejarles en paz con la responsabilidad sobre sus propias vidas cuando no sea así. Entendiendo el paradigma o matriz teórica de una disciplina como aquella *narración dominante* en la cual se va a mover dicha disciplina, que va a dar sentido a los hechos de una determinada manera y no de otra, que va a detenerse en unos hechos y no en otros, ya que no podemos acceder a una realidad objetivable como la postmodernidad dejó demostrado, abogamos por un punto de vista social, que no descuide ni los aspectos biológicos en su importancia (pero no más allá de ella) ni los psicoterapéuticos, pero sin entronizar tampoco estos últimos, en absoluto carentes de peligro en forma de dependencia y desresponsabilización (24, 25), potencialmente tan graves como las que pueden causar los psicofármacos mal empleados, que ya vemos ampliamente hoy en día y que serían sin duda más devastadores en el caso de la hegemonía de un paradigma psicologicista. Queremos también insistir en dos aspectos que ya hemos comentado: Uno es la importancia para la recuperación de las personas y para su bienestar a todos los niveles, del *empleo*. En esta época que vivimos (y en la que nos han metido unos pocos para ser cada vez más ricos mientras los demás somos cada vez más pobres) parece que el empleo se convierte en un lujo o en algo que se da como limosna en condiciones cada vez peores. Pero algo tendremos que hacer, todos, por cambiar las cosas. Para que el empleo, como tantas otras cosas – sanidad, educación, vivienda,... – sea de verdad un derecho para todos, incluidos por supuesto nuestros pacientes... Y el otro aspecto que queremos remarcar es la importancia de prestar atención y escucha a las *asociaciones y colectivos de pacientes, usuarios y ex-usuarios de dispositivos psiquiátricos* (no sólo a las de *familiares de*), que cuentan con progresiva implantación e influencia en el mundo anglosajón y todavía nos parece que escasa en nuestro entorno. Nadie sabe mejor que ellos lo que suponen los trastornos psíquicos, llamémosles como les llamemos, o los efectos, beneficiosos y perjudiciales, de los remedios que nosotros les damos...

Que el fin del paradigma biologicista sea sólo una idea no debe detenernos. Ya dijo Víctor Hugo que no hay nada más poderoso que una idea a la que le ha llegado su tiempo.

**Dirección de contacto**

Jose García-Valdecasas Campelo • jose\_valdecasas@hotmail.com  
Avenida de Madrid nº 11, portal 5, 8º B • 38007, Santa Cruz de Tenerife

**Bibliografía**

1. Kuhn T.S., *La estructura de las revoluciones científicas*. México, FCE, 1975.
2. Luque R., Villagrán J.M., *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid, Editorial Trotta, 2000.
3. García-Valdecasas J., Vispe A., “La raya en la arena: la Psiquiatría entre la ética y la industria farmacéutica”. *Norte de salud mental*, 2015, vol. XIII, nº 52, 33-43.
4. De la Mata I., Ortiz A., “Industria farmacéutica y psiquiatría”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2003, nº 86, 49-71.
5. García-Valdecasas J., Vispe A., “Mercaderes en el Templo: hegemonía del paradigma bio-comercial en psiquiatría”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2011, nº 110, 321-341.
6. García-Valdecasas J., Vispe A., Blog *postPsiquiatría*. [www.postpsiquiatria.blogspot.com](http://www.postpsiquiatria.blogspot.com)
7. Kirsch I., Deacon B.J., Huedo-Medina T.B., Scoboria A., Moore T.J., *et al.* “Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta – Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration”. *PLoS Med*, 2008, 5(2):e45. doi:10.1371/journal.pmed.0050045
8. Barbui C., Cipriani A., Patel V., Ayuso-Mateos J., Van Ommeren M., “Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis”. *British Journal of Psychiatry*, 2011, 198: 11-16 doi:10.1192/bjp.bp.109.076448
9. Andreasen N.C., Ziebell S., Pierson R., Magonotta V., “Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia”. *Arch Gen Psychiatry*, 2011, Feb; 68(2): 128-37. doi: 10.1001/ar – chgenpsychiatry. 2010.199.
10. Fusar-Poli P., Smieskova R., Kempton M.J., Ho B.C., Andreasen N.C., Borgwardt S., “Progressive brain changes in schizophrenia related to antipsychotic treatment? A meta-analysis of longitudinal MRI studies”. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 37(8), September 2013; 1680-1691. doi: 10.1016/j.neubio – rev. 2013.06.001.
11. Frances A., “Abriendo la caja de Pandora: las 19 peores sugerencias del DSM-V”. Disponible en: <http://www.sepyrna.com/documentos/criticas-dsm-v.pdf>
12. Insel T., “NIMH Director’s Blog: Transforming Diagnosis”. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
13. Insel T., Lieberman J., “DSM-5 and RDoC: Shared Interests”. Disponible en: [http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/dsm-5-and-rdoc-shared-interests.shtml?utm\\_source=rss\\_readers&utm\\_medium=rss&utm\\_campaign=rss\\_summary](http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/dsm-5-and-rdoc-shared-interests.shtml?utm_source=rss_readers&utm_medium=rss&utm_campaign=rss_summary)
14. Division of Clinical Psychology Position Statement Final Version: “Time for a Paradigm Shift”. Disponible en: <https://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2013/05/position-statement-on-diagnosis-master-doc.pdf>
15. Timimi S., “Abolish use of formal psychiatric diagnostic systems like ICD & DSM”. Disponible en: <https://www.change.org/p/royal-college-of-psychiatrists-abolish-use-of-formal-psychiatric-diagnostic-systems-like-icd-dsm>
16. El-Mallakh R.S., Gao Y., Roberts R.J.. “Tardive dysphoria: The role of long term antidepressant use in-inducing chronic depression”.



- Medical Hypotheses* 76, 2011, 769–773. doi:10.1016/j.mehy.2011.01.020.
17. Kendall T., “The rise and fall of the atypical antipsychotics”. *British Journal of Psychiatry* 2011, 199:266-268. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083766.
  18. McEvoy J.P., Byerly M., Hamer R.M., Dominik R., Swartz M.S., Rosenheck R.A., *et al*, “Effectiveness of Paliperidone Palmitate vs Haloperidol Decanoate for Maintenance Treatment of Schizophrenia”. *JAMA*, 2014; 311(19):1978-1987. doi:10.1001/jama.2014.4310.
  19. González H., Pérez M., *La invención de trastornos mentales*. Madrid, Alianza Editorial, 2007.
  20. Goldacre B., *Mala Farma*. Paidós Ibérica, 2013.
  21. Gøtzsche P. *Medicamentos que matan y crimen organizado*. Los libros del lince, 2014.
  22. Williams N.M., Zaharieva I., Martin A., Langley K., Mantripragada K., Fossdal R., *et al*, “Rare chromosomal deletions and duplications in attention-deficit hyperactivity disorder: a genome-wide analysis”. *The Lancet*, 2010, 376, n° 9750, 1401-1408. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61109-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61109-9)
  23. Ortiz A., *Hacia una psiquiatría crítica*. Editorial Grupo 5, 2013.
  24. Mohr, “Negative out come in psychotherapy: A critical review”. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1995; 2: 1-27.
  25. Crown S., “Contraindications and dangers of psychotherapy”. *British Journal of Psychiatry* 1983; 143: 436-441.

• Recibido: 19/3/2016.

• Aceptado: 27/6/2016.