



:: [portada](#) :: [Conocimiento Libre](#) ::

13-08-2015

Entrevista a Carmen Cañada, médica psiquiatra y ponente en la Escuela de Verano de los Campamentos Dignidad de Mérida

## "La Psiquiatría dominante no tiene en cuenta las circunstancias sociales"

Enric Llopis

Rebelión

La psiquiatría biologicista, el paradigma dominante, se basa en un enfoque médico de la salud mental que se concreta en la administración de fármacos. No se tienen en cuenta los determinantes sociales, a pesar de que el número de suicidios y los trastornos vinculados a la ansiedad, la depresión o el abuso del alcohol han aumentado palmariamente con la recesión. Éste es el modelo imperante en hospitales y universidades, tanto públicas como privadas. Carmen Cañada, médica residente de Psiquiatría en el Hospital Público Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, considera mucho más importante escuchar al paciente que recetarle pastillas. "Resignificar" el problema, entenderlo y señalar a los verdaderos culpables.

"Alguna vez han venido pacientes con la idea de suicidio por una amenaza de desahucio, y les he dado la dirección del local de la PAH en Alcalá de Henares", sostiene esta médica psiquiatra de 28 años, con dos años de trabajo en la Unidad de Psiquiatría del Hospital alcalaíno. También ha recomendado en la consulta las asociaciones de barrio, y el apoyo de las redes familiares y de amigos. La entrevista ha tenido lugar después de la conferencia titulada "Crisis del capitalismo y salud mental", impartida por la doctora en Escuela de Verano de los Campamentos Dignidad de Mérida.

### **-P-La crisis produce efectos en forma de desempleo, desahucios, corte de suministros básicos, pobreza y asimismo sobre la salud mental. ¿Qué impactos psicológicos está teniendo la actual recesión?**

-El impacto mayor son los suicidios, que han aumentado con la crisis. Según el INE, han pasado de 3.180 en 2011 a 3.539 en 2012 y 3.870 en 2013. El INE no ha facilitado las cifras de 2014 y 2015. Sin embargo, estas no son las consecuencias más visibles de la crisis. Hay también un incremento de las depresiones, ansiedad, abuso del alcohol, trastornos somatomorfos (dolores con una base psíquica) y los intentos de suicidio. La doctora Margalida Gili ha constatado en el Estudio Impact un aumento en la atención primaria, en el periodo 2006-2010, del 19,4% en los trastornos depresivos mayores; un 10,8% en la distimia; y un 8,4% en los trastornos por ansiedad generalizada. Por otro lado, el estudio "Economic Crisis and Suicidal Behaviour" (2014) apunta un incremento muy evidente de los intentos de suicidio (primer factor de riesgo para un suicidio consumado) en el periodo 2008-2012 (ya en plena crisis) respecto a 2003-2007.

### **-P-¿Puede establecerse una relación palmaria entre políticas de austeridad e impactos negativos en la salud mental?**

-En "El coste humano de las políticas de recorte. Por qué la austeridad mata" (Taurus), David Stuckler y Sanjay Basu demuestran que los países que refuerzan en periodos de crisis las redes de



seguridad social (empleo, vivienda, sanidad y educación públicas), los efectos sobre la salud mental de la población son menores. Esta idea puede constatarse en Grecia. Entre 2010 y 2011 se duplicó la tasa de suicidios, aumentó la mortalidad infantil en un 40% y también reapareció la malaria, que desde 1970 no existía en el país heleno. La incidencia del VIH-SIDA se incrementó en un 52% entre enero y mayo de 2011. En agosto de 2010 se produjo un brote de Virus del Nilo Occidental, que acabó con la vida de 62 personas en el sur de Grecia y Macedonia central. Además, entre 2008 (año de inicio de la crisis) y 2011, las necesidades sanitarias no atendidas aumentaron en Grecia un 47%.

**-¿Cuáles son las corrientes dominantes en la Psiquiatría? ¿Son los adecuados para abordar el incremento de las enfermedades mentales?**

-El planteamiento hegemónico es el de la Psiquiatría Biologicista. Consiste en un enfoque médico de la enfermedad mental que no tiene en cuenta los determinantes sociales; además, se centra en un diagnóstico y tratamiento farmacológico para afrontar lo que al paciente le ocurre, es decir, no indaga en las causas del problema. Esta posición es la que domina en las universidades y hospitales, tanto públicos como privados. Pero hay ciertas áreas dentro de estas instituciones, ciertamente muy minoritarias, que tienen enfoques diferentes.

**-P-¿Por ejemplo?**

-La Psiquiatría Comunitaria. Trata, por un lado, de reforzar los centros de salud mental integrados en la red pública, pero el problema es que muchas veces se le da más importancia al hospital. En el día a día en la consulta, se trata de no quedarse en el síntoma (irritabilidad, insomnio, ansiedad o tristeza), sino poder escuchar. No todos los psiquiatras le dedican un tiempo suficiente a la escucha. Muchas veces no creen que sea su trabajo. Además, la Psiquiatría Comunitaria no utiliza la consulta como forma de mantener el sistema económico, ni se limita a prescribir pastillas; al contrario, intenta "resignificar" el problema, entenderlo y señalar a los verdaderos culpables.

**-P-¿Qué problemas expresan los pacientes que llegan a la consulta de salud mental? ¿Hay un sentimiento de culpa?**

-En las situaciones de desempleo, se dice que uno no se ha formado lo suficiente. Otras ideas que se expresan es no haber sido un buen padre o madre, "algo habré hecho mal" o "no soy tan bueno como mi compañero". En otros casos la gente no identifica lo que le pasa, no puede ponerle palabras... Pero cuando se trata de problemas sociales, no puede hacerse nada en la consulta de salud mental. Hay gente que viene a la consulta en situación de paro o amenaza de desahucio, personas que viven en la calle y te piden cenar y dormir en el hospital; o gente que viene a causa de las listas de espera en los albergues. Se da el caso también de mujeres que han de posponer la maternidad ante una amenaza de despido, y que continúan en su puesto de trabajo; ello les genera situaciones de angustia y ansiedad que les lleva a tomar pastillas.



**-P-¿De qué modo abordas en la consulta esta problemática?**

-Mucha gente viene diciendo "yo tengo una baja autoestima". Nosotros le decimos: "Yo en esos términos no sé trabajar, dime qué te pasa". No creemos en que una persona tenga que estar contenta porque sí. Lo que ocurre es que en esta sociedad "hedonista" cuesta mucho aceptar que la rabia o la tristeza sean emociones naturales, la cuestión es que se dirijan a la movilización social. Hay otras imágenes que hacen mucho daño, como los cuerpos perfectos o los valores que transmite el deporte de alto rendimiento, que generan una gran competitividad e individualismo. También tienen una influencia negativa el "pensamiento positivo", el "coach" y las visiones de "liderazgo", que al final buscan la respuesta en un profesional o un libro de autoayuda. Alguna vez han venido pacientes con la idea de suicidio por una amenaza de desahucio, y les he dado la dirección del local de la PAH en Alcalá de Henares o les he dicho que se vinculen a las asociaciones de los barrios; también a los familiares y amigos. La Salud Mental no puede anular el problema, pero sí prestar apoyo y escucha.

**-P-¿Cómo actuaría la psiquiatría "conservadora" ante situaciones parecidas?**

-La psiquiatría tradicional trataría estos problemas con pastillas o fármacos. Incluso a veces los psiquiatras se quejan de que estos pacientes les quitan tiempo para tratar a otros con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia o los trastornos bipolares. De esta manera se anula lo relacional, el hecho de vincularse con uno mismo y con los demás.

Pero lo fundamental es la escucha, aunque haya medicaciones que también puedan servir. No estoy totalmente en contra de los fármacos; estoy de acuerdo con un uso consciente y razonable, cuando se necesita y durante el menor tiempo posible. En el resto del tratamiento, lo fundamental es la psicoterapia: que la gente pueda expresar sus problemas. Pero hoy se hace un uso "brutal" de los medicamentos. La gente los tiene completamente aceptados. Hay veces, incluso, que las personas no se van contentas de la consulta si no se les prescribe una medicación. Vienen pidiendo pastillas. Al final todo es mercancía y es lo que la gente viene demandando.

**-P-¿Por qué es tan importante la psicoterapia? ¿Qué tipo de terapias utilizas habitualmente?**

-Los psiquiatras en general no hacen psicoterapia. Recetan pastillas y, si creen que al paciente le puede venir bien una terapia, le envían a las consultas de la psicología clínica pública, que tienen unas listas de espera enormes. Nosotros practicamos una terapia "integradora", en la que el enfoque depende de la narrativa del paciente y su versión del problema. Por esto se trata de tener una formación básica en las diferentes escuelas, y acompañarte con los pacientes según su ritmo. Si el paciente percibe su problema desde una perspectiva familiar, adoptaremos una perspectiva "sistémica". Si más bien se trata de conflictos con los progenitores en el pasado, utilizaríamos el psicoanálisis. Todo ello en la sanidad pública.



**P-¿Y en las consultas privadas?**

-Creo que se hacen cosas muy peligrosas. Como la consulta cuesta un dinero, el riesgo de que las injusticias sociales se traten desde la perspectiva de la salud mental es mucho mayor. A algunos profesionales les puede interesar que se alargue el tratamiento. Además, hay pacientes que, cuando la situación se complica y no encuentran un tratamiento adecuado en la consulta privada, terminan en la pública. Esto demuestra que en el ámbito privado no se da una "contención" real de la enfermedad.

**-P-Se ha hablado también de una creciente "medicalización del malestar". ¿Hay ejemplos claros de esta tendencia?**

-El TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) en niños, que progresivamente se ha extendido a los adultos. En Estados Unidos la producción de Metilfenidato -un tratamiento para el TDAH- aumentó de 1,8 toneladas en 1990 a 21 toneladas en 2002. Esto demuestra la potencia de la industria farmacéutica y la capacidad de medicalizar a gran escala. Además, el consumo de antidepresivos y ansiolíticos ha aumentado de manera muy significativa en la población adulta durante los últimos años; incluso antes de la crisis. Actualmente el DSM (manual de diagnóstico en salud mental) incluye, por ejemplo, el síndrome pre-menstrual.

**P-¿Hay cifras que avalen estas afirmaciones?**

-Según el libro "El coste humano de las políticas de recorte. Por qué la austeridad mata", entre 2007 y 2009 el consumo de antidepresivos aumentó un 22% en Reino Unido. Un estudio del año 2010 en este país reveló que el 7% de las personas que buscaba asistencia para el "estrés laboral", había iniciado tratamientos farmacológicos para la depresión. Por otro lado, entre 2007 y 2009 la cantidad de personas que consumían antidepresivos habitualmente se incrementó un 17% en España. En Estados Unidos, durante la gran recesión, el consumo de antidepresivos aumentó de manera que a un 10% de la población adulta se le recetaron estos fármacos.

**-P-Por último, ¿qué ejemplos citarías de textos críticos frente a los paradigmas dominantes de salud mental?**

-Por ejemplo "Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud" (El Viejo Topo), de Joan Benach y Carles Muntaner, un libro dedicado a "los rotos" que miran este mundo y no cejan en el empeño de transformarlo. En el libro se vierte esta afirmación: "La salud es inseparable de la política". Destacaría asimismo "Hacia una psiquiatría crítica" (Grupo 5), de Alberto Ortiz Lobo. Se trata de una crítica del modelo biomédico y la mercantilización de la salud mental. Por último, el número 15 de la revista "Átopos" sobre "Salud, Comunidad y Cultura", que aborda las consecuencias del capitalismo, la crisis y las privatizaciones en el campo de la salud mental.



Rebelión ha publicado este artículo con el permiso del autor mediante una [licencia de Creative Commons](#), respetando su libertad para publicarlo en otras fuentes.