

Reflexión sobre la historia de la psiquiatría

Miguel González Manrique, MD

Profesor, Departamento de Psiquiatría, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico



El asilo fue la primera respuesta organizada por la civilización occidental para el tratamiento de la enfermedad mental. Surgió con el desarrollo de la metrópoli industrial y cuando la familia ya no podía hacerse cargo de sus enfermos como lo había dictado Platón en su libro *Las leyes*. Como institución, ha cumplido las funciones de aislar, custodiar, vigilar y castigar como medios para lograr la normalización racional del enfermo mental.¹

Las primeras edificaciones que impresionaron por su elegancia arquitectónica fueron St. Mary of Bethlehem (Bedlam, circa 1400) en Inglaterra y posteriormente La Bicêtre y La Salpêtrière, en París. Mientras, en su interior prevalecían el hacinamiento, el caos, las cadenas y las camisas de fuerza. El ambiente era de deterioro moral y de conductas bizarras propiciadas por el mismo asilamiento al que se añadían las enfermedades nosocomiales. Eventualmente el asilo, carente de métodos de tratamiento, no pudo cumplir su cometido salubrista. Así se confirmó el primer gran fracaso en el tratamiento de los enfermos mentales y comenzó la evolución del asilo a la del hospital psiquiátrico con la expectativa de ofrecer tratamientos más efectivos y de detener el creciente número de pacientes. Algo que no se pudo cumplir. Así ocurrió en Puerto Rico con el Asilo de Beneficencia (1844) en el antiguo Cuartel de Ballajá en el Viejo San Juan, convertido en el Manicomio Insular (1928) y finalmente trasladado al Hospital de Psiquiatría en Río Piedras (1929). Para 1947, su director médico contestó a las peticiones de admisión: “Por tener hacinados cerca de 1400 pacientes, 300 de los cuales están durmiendo en el suelo y en los pasillos y habemos 2 psiquiatras, solamente estamos admitiendo...”² Asilar nunca ha sido la solución...

A fines de siglo XIX, con la Escuela Alemana de Psiquiatría (Wundt, Griesenger,

Kraepelin) comenzó la búsqueda de la causa de la enfermedad mental, particularmente de la esquizofrenia, búsqueda que continúa hasta el presente y se amplía a otras condiciones. Un eminente grupo de microscopistas, siguiendo el modelo de la infección sifilítica, estudió el cerebro: Alzheimer, Westfal, Meynert, Wernicke, Nissl y otros lograron valiosas contribuciones en anatomía patológica, pero muy lejanas a la enfermedad mental. Floreció la psiquiatría académica en las escuelas de Medicina, y la clínica se integró a las otras especialidades en los hospitales universitarios. Si Francia tuvo la “belle époque”, Alemania desarrolló la “época dorada” de la psiquiatría.

Desafortunadamente la “Teoría degenerativa” de la enfermedad mental —elaborada por Benedict Morel en Francia y Richard Von Krafft-Ebbing en Alemania— tomó un auge inesperado, lanzando a la psiquiatría a un largo estancamiento. Las prácticas y leyes eugenésicas —como la esterilización masiva, la segregación y el control migratorio— culminaron entre 1940 y 1942 con los más de 70 mil pacientes mentales exterminados por los nazis en las cámaras de gas.³ En Puerto Rico, adoptamos leyes en esa dirección. Entre 1939 y 1947, se esterilizaron más de 1000 pacientes en el Hospital de Psiquiatría siguiendo la Ley de Eugenesia núm. 116 “para proveer los medios para mejorar la raza” y otros fines.⁴ Las guerras, la pandemia de 1918 y la Gran Depresión empeoraron el estancamiento. Se experimentó con técnicas empíricas invasivas y desesperadas como la inoculación con malaria, la inyección de cardiazol y metrazol, el *shock* insulínico, y las lobectomías y lobotomías. De todas, solo perdura hasta nuestros días, sorpresivamente, la terapia electroconvulsiva como el tratamiento más efectivo para la depresión severa; todavía.

Simultáneamente, Sigmund Freud y su Escuela Psicoanalítica introdujeron el psicoa-




nálisis como un método efectivo en el tratamiento de las neurosis y otros trastornos no psicóticos. Nos abrió el acceso al inconsciente y al mundo de las emociones dándole un sentido realista, coherente y entendible a la historia personal del paciente. La relación médico-paciente adquirió una nueva dimensión: la psicoterapéutica. Una relación interpersonal humanista que, con sus técnicas y estrategias, facilitan el descubrimiento más allá del diagnóstico y explora las posibilidades de cambio. Contribución que prevalece como denominador común a todas las modalidades psicoterapéuticas actuales y sus diversas técnicas de intervención. Sin duda, un enorme avance que añade a la psiquiatría efectivas herramientas terapéuticas. Aun así, sus beneficios siguen siendo paliativos y su alcance –en términos numéricos– limitado.

En 1952, Delay, Denniker y Laborit (Francia) introdujeron la clorpromazina como un fármaco neuroléptico “que provoca somnolencia e indiferencia afectiva”: la llamada “camisa de fuerza química”. Ese mismo año se publicó el DSM: Ahora cada paciente tiene un diagnóstico, puede llevar un tratamiento ambulatorio con psicofármacos y psicoterapia, e integrarse a una vida social productiva. Otro gran avance y un optimismo para lograr el control de la enfermedad mental. Como consecuencia, en la década de 1960 se desarrolló la Psiquiatría Comunitaria con la expectativa de “vaciar” los hospitales psiquiátricos e integrar y tratar a los pacientes en su comunidad con todas las modalidades terapéuticas y preventivas integradas en el Centro de Salud Mental de la Comunidad. Luego del asesinato del Presidente Kennedy, quien fue su principal propulsor, el modelo decayó sin llegar a su pleno desarrollo.

Si el mecanismo de acción de los antipsicóticos es bloquear la dopamina, entonces la causa de la esquizofrenia es el exceso de la misma, se pensó. Igual pasó con el déficit de serotonina en la depresión mayor luego de la introducción de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI; *Prozac*) en 1987. Explicaciones simplistas, pero que abrieron el campo de investigación neuroquímica y el establecimiento de la “Era psicofarmacológica” en la cual llevamos 70 años con muy lentos avances y con una enorme cantidad de medicamentos. En la actualidad, se mercadean 6 nuevos antidepresivos con diferentes mecanismos de acción.

Si bien hemos logrado un manejo adecuado del episodio agudo psicótico controlando sus síntomas utilizando hospitalizaciones breves, también es cierto que hemos aumentado la cantidad de diagnósticos, de enfermos y de fármacos recetados. El fenómeno de “puerta giratoria” recircula al paciente indefinidamente. Ahora tenemos una mayor población de enfermos crónicos, semejante al fenómeno que ocurre con los envejecientes, quienes requieren de mayor atención y recursos para su tratamiento. El modelo de manejo dirigido a controlar los síntomas individuales de cada paciente resulta insuficiente ante el crecimiento desmedido de esta población, fuera ya de nuestro alcance. Un reto añadido a la psiquiatría, a la medicina y a la sociedad.

Sabemos de la multicausalidad de la enfermedad mental, en la que prevalece el modelo biopsicosocial del siglo pasado, el cual no hemos podido descifrar operacionalmente. Conocemos sus partes, pero no el efecto sumativo de las mismas, ni cómo lo hacen en conjunto. La investigación científica presente va dirigida hacia la neurociencia y se concentra en la neuroquímica, las redes neuronales y la biotecnología cerebral. Es la frontera que nos falta explorar. Mientras tanto, seguimos acompañando al paciente de por vida interviniendo entre sus remisiones y recurrencias con técnicas paliativas y adaptativas a la espera de nuevos fármacos más efectivos.

Les dejo algunas preguntas en el tintero: ¿cómo mejorar el ineficiente y limitadísimo sistema de educación, prevención e higiene en Salud Mental? ¿Habremos logrado el máximo desarrollo terapéutico en la utilización de la psicoterapia? ¿Debemos rescatar el modelo terapéutico de la psiquiatría comunitaria de los años 1960? ¿Qué modificaciones amerita la psiquiatría hospitalaria? ¿La demanda por servicios en salud mental va en aumento con el de la enfermedad social o “sociosis”? 

Referencias

1. Foucault M. Historia de la Locura en la Época Clásica. Vol 1-3; Fondo de Cultura Económica. 1ª edición. 2015.
2. Rosselló JA. Historia de la Psiquiatría Puertorriqueña, Siglo 20. Instituto de Relaciones Humanas Inc. San Juan;1988; p 53.
3. Porter R. Madness: A Brief History. Oxford University Press, 2002; p147
4. Rosselló JA. Historia de la Psiquiatría Puertorriqueña; Siglo 20. Instituto de Relaciones Humanas Inc. San Juan, 1988; p 22.

*Ilustración): Dibujo por E. Esquirol, médico alienista y colaborador de Pinel en la reforma de los asilos mentales posterior a la revolución francesa (1838).