

Desinstitucionalización y neurolépticos: El mito y la realidad

Robert Whitaker¹

La mayoría de las historias de la psiquiatría atribuye el vaciamiento de los hospitales mentales de los Estados Unidos y de otros países occidentales a la aparición de la clorpromazina y de otros fármacos antipsicóticos en la década de 1950, y considera que éste es un momento fundamental en la atención de los pacientes con enfermedad mental por parte de la sociedad. En su libro de 1997 *A History of Psychiatry* (Historia de la psiquiatría), Edward Shorter resumió con claridad esta creencia: "La clorpromazina inició una revolución en la psiquiatría, comparable a la introducción de la penicilina en la medicina general". Afirmaba que con este fármaco los pacientes esquizofrénicos "podían llevar vidas relativamente normales y no estar confinados a las instituciones" (Shorter, 1997). Es una historia reconfortante de progreso, y permite que los Estados Unidos y otros países occidentales piensen que, por imperfecta que sea la asistencia moderna, está a años luz de lo que había antes.

Sin embargo, hay muchos motivos para poner en duda esta historia de progreso, al menos en los Estados Unidos. Desde la introducción de la clorpromazina, el porcentaje de estadounidenses discapacitados por las enfermedades mentales ha aumentado cinco veces (Whitaker, 2005). Hay cientos de miles de pacientes con enfermedad mental que están sin hogar o que están internados en prisiones de los Estados Unidos. E incluso los que permanecen bastante estables con el tratamiento con fármacos antipsicóticos se ven con frecuencia con multitud de problemas físicos que pueden incluir discinesia tardía, obesidad, diabetes, trastornos hematológicos, impotencia y problemas cardiovasculares. También hay datos de que los fármacos pueden producir una muerte prematura.

Por lo tanto, hemos avanzado en el tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales graves, ¿o no? De hecho, es bastante sencillo escribir una historia alternativa de la psiquiatría, una historia que no muestre ningún avance en absoluto. Se puede afirmar que la forma más progresiva de tratamiento que hemos tenido, al menos en los Estados Unidos, tanto en relación con su humanidad como en su capacidad de ayudar a las personas a recuperarse, tuvo lugar a principios de la década de 1800, cuando los cuáqueros defendieron la idea de tratamiento moral, donde se podía atender a los locos en pequeños refugios.

Tratamiento Moral

Aunque podemos pensar en Philippe Pinel como el padre de la psiquiatría moderna, fueron los cuáqueros de York, en Inglaterra, los que elaboraron el modelo asistencial que se adoptó en los Estados Unidos a principios de la década de 1800. El York Retreat (véase Capítulo 2) era un lugar sencillo, con jardines y paseos donde los enfermos podían respirar aire limpio. Los cuáqueros alimentaban a sus pacientes cuatro veces al día, y celebraban "Juegos de té" en los que se animaba a los pacientes a que se disfrazaran. Durante el día se mantenía ocupados a los pacientes

¹ Robert Whitaker (2008) *Desinstitucionalización y neurolépticos: El mito y la realidad*, en Alanen Y, Gonzalez de Chavez M, Silver AL S, Martindale B. (Editores) *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas. Historia, desarrollo y perspectivas*. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

con diversas tareas (costura, jardinería y otras actividades domésticas) y se les daba la oportunidad de leer, escribir y jugar a juegos como el ajedrez.

Según señalaron los cuáqueros de York en 1813, este método de tratamiento producía buenos resultados: durante los 15 primeros años del Retreat se recuperó el 70% de los pacientes cuya enfermedad había durado menos de 12 meses, lo que significa que se les había dado de alta y no habían vuelto al Retreat. Incluso el 25% de los pacientes que habían tenido una enfermedad crónica antes de venir al Retreat, a los que se consideraba incurables, se recuperó (Tuke 1813/1996).

Los cuáqueros de Filadelfia abrieron el primer asilo para tratamiento moral en los Estados Unidos en 1817, y pronto se establecieron centros similares en Boston, Hartford, Nueva York y otras ciudades. El primer asilo público se abrió en Worcester, Massachusetts, en 1833, y en 1841 había 16 asilos privados y públicos en los Estados Unidos que prometían administrar un tratamiento moral a los lunáticos.

La característica definitoria de un asilo para el tratamiento moral estaba definida de una manera bastante clara. Se debía intentar que el centro fuera pequeño, y que asistiera a no más de 250 pacientes. Debía estar localizado en el campo, embellecido por parterres y jardines, en donde los enfermos mentales podían respirar aire limpio y encontrar consuelo en el cuidado de las plantas. Se suponía que el propio edificio debía ser agradable desde el punto de vista arquitectónico, porque se pensaba que los locos eran particularmente sensibles a las influencias estéticas. El asilo debía estar dirigido por un superintendente que fuera "razonable, humanitario... que poseyera estabilidad y dignidad de carácter, suave y... compasivo" (Scull, 1989). Y finalmente, se debía mantener ocupados a los pacientes con diversas tareas (jardinería, lectura, juegos y tareas educativas) que pudieran distraer sus mentes de sus pensamientos obsesivos y locos.

Los historiadores que han retrocedido y examinado los archivos de los primeros asilos de tratamiento moral han concluido que esta forma de tratamiento ayudó a muchos a curarse. En las primeras décadas del tratamiento moral, se daba de alta en el primer año al 35%-80%, de todos los pacientes ingresados, y se consideraba que la mayoría de los pacientes a los que se daba de alta estaban curados (Dain, 1964; Grob 1973, 1994; Scull, 1989). En el Pennsylvania Hospital, dirigido por Thomas Kirkbride durante más de 40 años, durante el período de su dirección se dio de alta por curación al 45%, de 8546 pacientes "lunáticos", y a otro 25% se dio de alta por mejoría (Morton, 1895). Mientras tanto, un estudio de seguimiento a largo plazo de 984 pacientes dados de alta del Worcester State Lunatic Asylum entre 1833 y 1846, que se realizó en la década de 1880, encontró que el 58%, había seguido bien durante toda la vida. El 7% había tenido una recaída al menos una vez, aunque posteriormente habían vuelto a la comunidad. Sólo el 35% había tenido una enfermedad crónica o había muerto mientras persistía la enfermedad mental (Bockoven, 1972).

Por supuesto, no tenemos forma de saber que diagnósticos se habrían asignado actualmente a esos pacientes. Sin embargo, es evidente que estaban bastante graves cuando ingresaron: el asilo de Worcester admitía a "lunáticos con locura furiosa, y peligrosos para la paz y la seguridad de la comunidad" (Torrey, 2001). Además, en 1850 sólo una de cada 5000 personas de los Estados Unidos estaba en un manicomio, y por lo tanto es evidente que los pacientes estaban, en relación con su trastorno de conducta, en el extremo más lejano del espectro (Torrey, 2001).

La Caída del Tratamiento en Manicomios: 1850-1950

La caída del tratamiento moral se puso en marcha en la década de 1840, cuando la reformadora Dorothea Dix, una mujer de Massachusetts que ella misma había sufrido una crisis varios años antes y que se recuperó tras un año de reposo, presionó a los gobiernos estatales a que construyeran manicomios que administraran tratamiento moral y que esta humanitaria forma de tratamiento pudiera estar disponible para todos. En 1840 sólo había en los Estados Unidos 2561 pacientes atendidos en hospitales y manicomios, y, por lo tanto, muchas personas "locas" estaban recluidas en miserables cárceles y hospicios (Deutsch, 1937). En respuesta a las emotivas llamadas de Dix, los Estados respondieron generosamente con una oleada de construcción de manicomios, y en 1880 había 139 hospitales mentales privados y públicos en los Estados Unidos. Sin embargo, a medida que avanzaba esta oleada de construcción de manicomios, los Estados comenzaron a internar en estas instituciones a personas con todo tipo de enfermedades. Los pequeños "retiros" se convirtieron en hospitales abarrotados y escasamente financiados que albergaban a 500 pacientes o más, y, evidentemente, los que tenían enfermedades orgánicas (la senilidad de la ancianidad, aterosclerosis cerebral, tumores cerebrales y demencia asociada a sífilis en estadio avanzado) no tenían ninguna esperanza de recuperación. Las instituciones se llenaron de pacientes crónicos. Se llegó a ver la terapia moral como una forma fracasada de tratamiento

La "ciencia" que modeló de forma más directa la asistencia de los enfermos mentales por parte de la sociedad en el medio siglo siguiente fue la eugenesia (término acuñado en 1862 por el inglés Sir Francis Galton). Los partidarios de la eugenesia afirmaban que se debía estimular a procrear a las personas que tenían "genes buenos", mientras que se debía evitar que procrearan las personas que tenían genes malos, y, por supuesto, los enfermos mentales estaban a la cabeza de esta categoría de "incapaces".

En 1896 Connecticut aprobó una ley que prohibía que los "locos" se casaran, y otros Estados siguieron rápidamente esta estela. En 1907 Indiana se convirtió en el primer Estado que aprobó una ley de esterilización obligatoria. En 1945 se habían realizado operaciones de este tipo a 21.311 personas de hospitales mentales estatales estadounidenses (Robitscher, 1973). Al mismo tiempo, los Estados empezaron a segregar a los enfermos mentales por períodos cada vez más prolongados. Por ejemplo, sólo el 42% de los pacientes con un primer episodio que ingresaron en los hospitales del Estado de Nueva York entre 1909 y 1911 fueron dados de alta en los 17 años siguientes (Grob, 1983). Al darse de alta a tan pocos pacientes, el número de enfermos mentales hospitalizados aumentó rápidamente desde 151.507 en 1903 hasta 272.527 en 1929 (Myerson, 1936), lo que llevó a la revista *Journal of Heredity* a afirmar sin recato en un editorial que "la segregación de los enfermos mentales está bastante completa" (Popenoe, 1923).

Neurolépticos y Desinstitucionalización

Con el final de la Segunda Guerra Mundial y la revelación completa de los horrores de la Alemania nazi, la eugenesia se convirtió en una ciencia deshonrada. Ya no era aceptable afirmar que se debía segregar a los enfermos mentales debido a su mal "plasma germinal", y en aquel momento los estados empezaron a hablar de buscar alternativas a los hospitales mentales. El número de enfermos mentales hospitalizados superaba poco a poco los 500.000, y los costes colectivos de la asistencia de estos pacientes habían alcanzado los 500 millones de dólares, un gasto que deseaban reducir. A principios de la década de 1950, el Consejo de Gobiernos Estatales articuló una visión de la reforma. "En los hospitales estatales hay muchas

personas que actualmente no necesitan mantener un tratamiento hospitalario psiquiátrico", según anunció el Consejo. "Se deben emplear las consultas ambulatorias y se deben desarrollar otros recursos comunitarios para atender a las personas que necesiten ayuda, pero no un ingreso hospitalario" (Council of State Governments, 1950; Rusk, 1954).

En los años siguientes los Estados comenzaron a desarrollar iniciativas asistenciales comunitarias, canalizando al menos a algunos enfermos mentales a residencias de ancianos y centros de reinserción. En 1955 el censo de pacientes en los hospitales mentales estatales alcanzó un récord histórico de 558.600, y posteriormente, en los seis años siguientes, disminuyó ligeramente hasta 528.000. Como la disminución había coincidido con la introducción de los neurolépticos (la utilización clorpromazina comenzó en los Estados Unidos en 1954), dos investigadores del New York State Department of Mental Hygiene, Henry Brill y Robert Patton, concluyeron que esta pequeña disminución se debía a los nuevos neurolépticos. No hicieron ninguna referencia al cambio de política que habían anunciado los Estados antes de la introducción de la clorpromazina (Brill y Patton, 1962).

Sin embargo, California sí comparó las tasas de alta de los pacientes esquizofrénicos tratados con y sin neurolépticos, y sus resultados contradijeron la conclusión a la que habían llegado Brill y Patton. En un estudio de 1413 varones esquizofrénicos con un primer episodio que ingresaron en los hospitales californianos en 1956 y 1957, los investigadores encontraron que "los pacientes tratados con fármacos tienden a tener periodos más prolongados de ingreso hospitalario; además, los hospitales en los que se trata con estos fármacos a un mayor porcentaje de pacientes con un primer ingreso por esquizofrenia tienden a tener tasas de retención ligeramente mayores para este grupo en conjunto" (Epstein y cols., 1962).

El verdadero período de desinstitucionalización en los Estados Unidos se extendió desde 1963 hasta finales de la década de 1970, y este éxodo estuvo impulsado por un cambio de las políticas sociales y fiscales. En 1963 el gobierno federal empezó a asumir algunos de los costes de la asistencia de los enfermos mentales que no estaban en instituciones estatales, y dos años después la legislación de Medicare y Medicaid incrementó la financiación federal para la asistencia de los pacientes mentales en contextos extrahospitalarios. Naturalmente, los Estados respondieron enviando a los enfermos hospitalizados a residencias de ancianos y otros asilos. En 1972, una reforma de la Ley de Seguridad Social autorizó el pago por el gobierno federal de pensiones por incapacidad a los enfermos mentales, lo que aceleró la transferencia de los pacientes hospitalizados a centros privados. Como consecuencia de estos cambios de las políticas fiscales, el número de pacientes ingresados en los hospitales mentales estatales disminuyó desde 504.600 en 1963 hasta 153.544 en 1978 (Scull, 1984).

Neurolépticos y Enfermedad Crónica

El primer estudio bien diseñado sobre la eficacia de los neurolépticos lo realizó el National Institute of Mental Health en 1961. Fue un estudio de nueve hospitales que incluyó a 344 pacientes con esquizofrenia, y al cabo de seis semanas el 75% de los pacientes tratados con fármacos había mejorado "mucho" o "muchísimo" en comparación con el 23% de los pacientes tratados con el placebo. La investigación del NIMH concluyó que ya no se debía considerar que los neurolépticos eran simples "tranquilizantes", sino fármacos "antiesquizofrénicos", lo que sugería que la ciencia había desarrollado algo parecido a una bala mágica para esta enfermedad (Cole y

cols., 1964). Este hallazgo encaja perfectamente con la historia de progreso médico que habían avanzado Brilla y Patton, y también contribuyó a llevar a John F. Kennedy a anunciar un plan nacional para sustituir los hospitales centrales estatales por una red de asistencia comunitaria. Afirmó que los nuevos fármacos "hacían posible tratar con éxito a la mayoría de los enfermos mentales en sus propias comunidades y devolverles su lugar útil en la sociedad" (New York Times, 6 de febrero de 1963).

Actualmente se sigue citando ese estudio de seis semanas en el sentido de que demuestra la eficacia de los neurolépticos en el control de los episodios agudos de la esquizofrenia. Sin embargo, el estudio de seguimiento que realizaron los investigadores del NIMH narra una historia muy diferente. Encontraron, para su sorpresa, que al final de un año "los pacientes que habían recibido el tratamiento con el placebo tenían menos probabilidad de reingresar que los que habían recibido cualquiera de las tres fenotiazinas activas" (Schooler y cols., 1967). Este resultado planteó una inquietante posibilidad: aunque los fármacos eran eficaces a corto plazo, tal vez hacían que las personas fueran biológicamente más vulnerables a la psicosis a largo plazo, lo que explicaría las mayores tasas de reingreso al cabo de un año.

Otros estudios intensificaron pronto esta sospecha. Los pacientes tratados con fármacos entraban y salían de los hospitales de forma cíclica, y los investigadores señalaron que parecía que "las recaídas durante la administración de los fármacos tienen mayor gravedad que cuando no se administran fármacos" (Cardos y Cole, 1977). Bockoven y Solomon (1975) refirieron que el 45% de los pacientes tratados en el Boston Psychopathic Hospital en 1947 con un modelo asistencial avanzado no tuvo recaídas en los cinco años siguientes al alta, y que el 76% vivía con éxito en la comunidad al final ese periodo de seguimiento. Por el contrario, sólo el 31% de los pacientes tratados en 1967 con neurolépticos en un centro de salud comunitario permaneció libre de recidivas en los cinco años siguientes, y en conjunto eran mucho más "dependientes socialmente" (en relación con el bienestar y la necesidad de otras formas de apoyo) que los de la cohorte de 1947.

Con el creciente debate sobre los neurolépticos, el NIMH financió tres estudios en la década de 1970 que analizaron si se podía tratar con éxito sin fármacos a los pacientes con un episodio temprano de esquizofrenia. En todos los casos los pacientes tratados sin fármacos tuvieron mejor evolución. En 1977, Carpenter y cols. encontraron que sólo el 35% de los pacientes tratados sin fármacos (tratados con un abordaje psicoterápico intensivo) tuvo una recaída en el año siguiente al alta, en comparación con el 45% de los pacientes tratados con neurolépticos. Los pacientes tratados sin fármacos también tenían menos depresión, menos inhibición emocional y menos lentitud motora (Carpenter y cols., 1977). Rappaport y cols. (1978) señalaron que en un estudio de 80 varones jóvenes esquizofrénicos que ingresaron en un hospital estatal, sólo el 27%, de los pacientes tratados sin neurolépticos tuvo una recaída en los tres años siguientes al alta, en comparación con el 62% del grupo tratado con fármacos. El último estudio lo realizó Loren Mosher, en aquel tiempo director de investigación en esquizofrenia del NIMH (véase el Capítulo 23; Bola y Mosher, 2003).

En conjunto, los resultados de los estudios de Mosher, Rappaport y Carpenter planteaban una conclusión desconcertante: la exposición a los neurolépticos aumentaba la incidencia de recaídas a largo plazo. El grupo de Carpenter definió el enigma:

No hay duda de que, una vez que se trata a los pacientes con fármacos, son menos vulnerables a las recaídas si se les mantiene con neurolépticos. Pero ¿qué habría ocurrido si nunca se hubiera tratado de

entrada con fármacos a estos pacientes? ... Planteamos la posibilidad de que los fármacos antipsicóticos pueden hacer que algunos pacientes esquizofrénicos sean más vulnerables a las recaídas futuras que en la evolución natural de la enfermedad (Carpenter y cols., 1977).

A finales de la década de 1970, dos médicos de la McGill University de Montreal, Guy Chouinard y Barry Jones, ofrecieron una explicación biológica de este fenómeno. El encéfalo responde a los neurolépticos (que bloquean entre el 70% y 90% de todos los receptores dopaminérgicos D2 del encéfalo) como si fueran una agresión patológica. Como compensación, las células dopaminérgicas del encéfalo aumentan la densidad de los receptores D2 en un 30% o más. El encéfalo es en este momento "supersensible" a la dopamina, y se piensa que este neurotransmisor es un mediador de las psicosis. La persona se ha hecho más vulnerable biológicamente a la psicosis, y hay un riesgo particularmente elevado de recaída grave en el caso de que dejen de tomar súbitamente los fármacos (Chouinard y cols., 1978; Chouinard y Jones, 1980).

Por lo tanto, el cuadro de la investigación estaba bastante completo. Se sabía que los neurolépticos producían un vertiginoso conjunto de efectos adversos físicos y emocionales, e incluso en el síntoma fundamental de la psicosis, los pacientes tratados con fármacos tenían peor evolución que los pacientes que recibieron el placebo a largo plazo. Dos años antes Jonathan Cole, una de las figuras pioneras en la psicofarmacología, que había dirigido el primer estudio del NIMH, publicó, con G. Gardos, un artículo cuyo provocativo título era "Maintenance Antipsychotic Therapy: Is the Cure Worse than the Disease" (Tratamiento antipsicótico de mantenimiento: ¿es el remedio peor que la enfermedad?), en el que concluyeron que "se debe intentar determinar la viabilidad de la interrupción del fármaco en todos los pacientes" (Cole y Gardos, 1977).

Otros Datos Confirmatorios

Todos los datos estaban en la escena hace 25 años, y desde entonces se han realizado diversos estudios que confirman que el tratamiento neuroléptico estándar en los Estados Unidos, que supone decir a todos los pacientes esquizofrénicos que tienen una enfermedad cerebral incurable y que deben recibir fármacos antipsicóticos durante el resto de sus vidas, ha sido un fracaso abismal y que no tiene surge de la "medicina basada en la evidencia".

Tal vez los hallazgos más irrefutables proceden de la Organización Mundial de la Salud, que en las décadas de 1970 y 1980 realizó dos estudios que compararon la evolución de la esquizofrenia en los países "desarrollados" y "subdesarrollados". En el primer estudio, que se inició en 1969, los investigadores de la OMS encontraron que en tres países pobres (la India, Nigeria y Colombia) los pacientes tenían una evolución mucho mejor a los 2 y 5 años de seguimiento que los pacientes de los Estados Unidos y otros cuatro países desarrollados. A los cinco años aproximadamente el 64%, de los pacientes de los países pobres estaba asintomático y con un buen nivel de desempeño de funciones. Por el contrario, sólo el 18%, de los pacientes de los países ricos estaba en esta categoría de evolución favorable. La diferencia de evolución fue tal que los investigadores de la OMS concluyeron que vivir en un país desarrollado era un "importante factor predictivo" de que un paciente esquizofrénico nunca se recuperaría por completo (Leff y cols., 1992).

Estos hallazgos sorprendieron a los psiquiatras occidentales, y por ello la Organización Mundial de la Salud realizó un segundo estudio para ver si se confirmaban los hallazgos. Esta vez comparó la evolución durante dos años en 10

países, y se centró en los esquizofrénicos con un primer episodio, todos diagnosticados según criterios occidentales. Los resultados fueron los mismos. En los países pobres el 63% de los esquizofrénicos tuvo una buena evolución. Tan sólo poco más de un tercio evolucionó hacia la cronicidad. En los países ricos el cociente de evolución buena a mala fue casi exactamente inverso. Sólo el 37% tuvo una evolución favorable, y el resto de los pacientes no tuvo una evolución tan buena (Jablensky y cols., 1992).

Los investigadores de la OMS no identificaron una causa de esta importante disparidad de resultados. Sin embargo, sí observaron que había una diferencia en el tratamiento médico que se había suministrado. Los médicos de los países pobres generalmente no trataban a sus pacientes con neurolépticos, mientras que los médicos de los países ricos sí lo hacían. En los países pobres sólo se trató con los fármacos al 16% de los pacientes, en comparación con el 61% de los pacientes de los países ricos. Una vez más, los datos apuntaron a la misma conclusión: hay correlación entre la utilización de neurolépticos de forma continua y una mala evolución a largo plazo.

Hay abundantes estudios de este tipo. En 1994 Courtenay Harding encontró que un tercio de todos los esquizofrénicos que habían estado en un pabellón de crónicos en el Vermont Hospital en la década de 1950, se había recuperado como consecuencia de un programa de rehabilitación, y que todos los pacientes de este grupo recuperado compartían una característica: habían dejado de tomar neurolépticos (McGuire, 2000). Concluyó que era un mito que los pacientes deben recibir tratamiento farmacológico durante toda la vida, y que "en realidad puede ser un pequeño porcentaje el que precise medicación de forma indefinida" (Harding y Zahniser, 1994). Aquel mismo año, investigadores de la Harvard Medical School encontraron que la evolución a largo plazo de los pacientes con esquizofrenia había empeorado en los 20 años previos, y que en ese momento no estaban mejor de lo que habían estado en 1900, cuando la hidroterapia en el tratamiento de moda (Hegarty y cols., 1994). Los investigadores de Harvard también señalaron que en los estudios en los que se retiraron gradualmente los neurolépticos, sólo poco más de un tercio de los pacientes tuvo una recurrencia en los seis meses siguientes, y que los que llegaban a los seis meses sin una recurrencia tenían una probabilidad elevada de permanecer bien de forma indefinida. "El riesgo posterior de recaída era notablemente bajo", según escribieron (Viguera y cols., 1997). Finalmente, en un estudio de pacientes con esquizofrenia del área de Chicago, investigadores de la University of Illinois Medical School señalaron en 2007 que el 40% de los pacientes que se negaron a tomar fármacos antipsicóticos se había recuperado en los seguimientos de los 5 y los 15 años, frente al 5% de los pacientes tratados con fármacos (Harrow y Jobe, 2007).

El fracaso de la revolución psicofarmacológica, con su énfasis en "fármacos de por vida", también se puede ver en un contexto más amplio en el número cada vez mayor de enfermos mentales discapacitados en los Estados Unidos. Hasta la década de 1950, el número de enfermos mentales hospitalizados constituía una estimación aproximada de este grupo, y en aquel año había 550.000 pacientes en hospitales estatales, o 3,38 personas por cada 1000. En la actualidad los enfermos mentales discapacitados reciben una pensión de incapacidad del programa Social Security Disability Insurance (SSDI) o del programa Supplemental Security Income (SSI), y muchos viven en refugios residenciales o en otros alojamientos subvencionados. Así, el paciente hospitalizado de hace 50 años recibe una pensión del SSDI o del SSI, y en 2003 había 5.726.000 personas en los Estados Unidos que recibían uno (o

ambos) de estos pagos, lo que representa una tasa de discapacidad de 19,69 personas por cada 1000, lo que es más de cinco veces que en 1955.

Un Modelo para la Reforma

Por supuesto, hay pacientes esquizofrénicos que se benefician de los neurolépticos, y por lo tanto el reto es extraer de los estudios de resultados un paradigma diferente para su utilización. Y lo que los estudios de investigación indican es esto: primero, se debe tratar inicialmente sin fármacos a los pacientes que presenten un episodio temprano, porque esto permitiría que muchos pacientes (el 50% o más, de acuerdo con los estudios realizados por Carpenter, Rappaport y Mosher en la década de 1970) se recuperaran de la psicosis sin ser sometidos a los cambios inducidos por los fármacos que hacen que una persona sea más vulnerable a la psicosis a largo plazo. Segundo, todos los pacientes estabilizados con los fármacos deben tener la oportunidad de retirarlos gradualmente, porque muchos (aproximadamente dos tercios, según los investigadores de Harvard) no tendrán una recaída y tendrán una probabilidad elevada de permanecer bien de forma indefinida. En otras palabras, los datos hablan a favor de un uso selectivo y cauto de los fármacos, y, de forma sorprendente, los investigadores finlandeses y suecos que han seguido este abordaje en un contexto terapéutico de orientación psicoterápica han descrito buenos resultados (Cullberg, 1999, 2002; Lehtinen, V., y cols., 2000; Lehtinen, K., 2001).

La sociedad también debe dar un refugio seguro a los pacientes psicóticos, y es aquí donde el tratamiento moral podría actuar como guía. Se podrían construir pequeños retiros modelados según los asilos del tratamiento moral de principios del siglo XIX, con la utilización selectiva y cauta de neurolépticos que se ha descrito antes. El experimento Soteria de Loren Mosher mostró que este abordaje podría ser útil en la actualidad. Aunque la mayoría de los pacientes no recibía tratamiento farmacológico, los pacientes dormían en dormitorios no cerrados, y se esperaba que ayudaran a cocinar y a realizar otras tareas de la casa. Se esperaba que el personal les tratara con dignidad y respeto y que "estuviera con ellos" en su lucha con sus propias mentes. Los buenos resultados de Mosher llevaron a Luc Ciompi, en Suiza, a establecer un hogar en Soteria (véase el Capítulo 23), y en 1992 Ciompi concluyó que los pacientes con un primer episodio a los que se trataba con dosis nulas o muy bajas de fármacos "obtenían resultados significativamente mejores" que los pacientes tratados de forma convencional (Ciompi y cols., 1992). Por supuesto, ésta era la firme de una buena ciencia: los resultados de Mosher fueron replicados por un segundo investigador.

Sin embargo, nada de esto va a suceder en los Estados Unidos. El punto de vista aceptado es que los fármacos permitieron la desinstitucionalización, y que esto inauguró la era moderna de tratamiento "científico" que ha mejorado mucho las vidas de los pacientes con enfermedades mentales graves. Aunque esta historia no se confirma por la propia investigación de los psiquiatras, es un mito reconfortante para la sociedad moderna, a la vez que aporta grandes beneficios a las compañías farmacéuticas y a un sistema psiquiátrico que vende este mito al público. Sin embargo, los mitos exigen algo a cambio, y la bibliografía muestra con bastante claridad quién paga el precio.

Bibliografía

- Bockoven J. (1972). *Moral Treatment in Community Mental Health*, Spring Publishing Company, (págs. 14-15 y 55-67).
- Bockoven J, Solomon H. (1975). *Comparison of two five-year follow-up studies: 1947-195: and 1967-1972*. An J Psychiatry 132:796-801.

- Bola J, Mosher L. (2003). *Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria Project*. J Nerv Ment Dis 191:219-29.
- Brill, H, Patton R. (1962). *Clinical-statistical analysis of population changes in New York State mental hospitals since introduction of psychotropic drugs*. Am J Psychiatry 115 20-35.
- Carpenter W, McGlashan T, Strauss J. (1977). *The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions*. Am J Psychiatry 134:14-20.
- Chouinard G, Jones B, Annable L. (1978). *Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis* Am J Psychiatry 135:1409-10.
- Chouinard G, Jones B. (1980). *Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis: clinical and pharmacological characteristics*. Am J Psychiatry 137:16-20.
- Ciompi L, Dauwalder H, Maier C, Aebi E, Trutsch K, Kupper Z, y cols. (1992). *The Pilot Project Soteria Berne*. Br J Psychiatry 161 (Suppl. 18):145-53.
- Cole J, Klerman G, Goldberg S. (1964). The National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group. *Phenothiazine treatment in acute schizophrenia*. Arch Gen Psychiatry 10:246-61.
- Council of State Governments. (1950). *The mental health programs of the forty-eight states* The Council, 1950, pág. 5.v Cullberg J. (1999). *Integrating psychosocial therapy and low dose medical treatment in a total material of first-episode psychotic patients compared to treatment as usual: a three-year followup*. Med Arch 53:167-70.
- Cullberg J, Levander S, Holmqvist R, Mattsson M, Wieselgren IM. (2002). *One-year outcome in first-episode psychosis patients in the Swedish Parachute Project*. Acta Psychiatr Scand 106:276-85.
- Dain N. (1964). *Concepts of Insanity in the United States, 1789-1865*. Rutgers University Press (págs. 120, 132).
- Deutsch A. (1948). *The Shame of the States*. Harcourt Braca.
- Epstein L, Morgan R, Reynolds L. (1962). *An approach to the effect of ataraxic drugs on hospital release rates*. Am J Psychiatry 119:36-47.
- Gardos G, Cole J. (1977). *Maintenance antipsychotic therapy: Is the cure worse than the disease?* Am J Psychiatry 133:32-6.
- Grob G. (1973). *Mental Institutions in America*. Free Press (pág. 68).
- Grob G. (1983). *Mental Illness and American Society*, Princeton University Press (págs. 193-196).
- Harding C, Zaliniser J. (1994). *Empirical correction of seven myths about schizophrenia with 9 implications for treatment*. Acta Psychiatr Scand 90 (Suppl 384):140-6.
- Harrow M, Jebe T. (2007). *Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications*. J. of Nervous and Mental Disease 195: 406-414.
- Hegarty J, Baldessarini R, Tohen M, Watemau C, Oepen G. (1994). *One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature*. Am J Psychiatry 151:1409-1416.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper J, y cols. (1992). *Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures, A World Health Organization ten-country study*. Psychol Med 1992; 20 (Monograph Suppl):1-95.
- Leff J, Sartorius N, Korten A, Ernberg G. (1992). *The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings*. Psychol Med 22:131-45.
- Lehtinen K. *Finnish need-adapted project: 5-year outcomes*. (2001). Madrid, España. Congreso internacional de la Asociación Mundial de Psiquiatría.
- Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T, Rákkó15inen V, Syvälahti E. (2000). *Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated modal. Is immediate neuroleptization always needed?* Eur J Psychiatry 15:312:20.
- Mathews S, Roper M, Mosher L, Menn A. (1979). *A non-neuroleptic treatment for schizophrenia: analysis of the two-year postdischarge risk of relapse*. Schizophr Bull 5:322-32.
- McGuire, P (2000). *New hope for people with schizophrenia*. APA Monitor 2000; 31 (number 2). Disponible en: www.apa.org/monitor/feb00/schizophrenia.html.
- Morton, T. (1895). *The History of the Pennsylvania Hospital*. Time Printing House (pág. 243).
- Myerson A. (1936). *Eugenical Sterilization*. Macmillan (pág. 24).
- New York Times (1963). *President seeks funds to reduce mental illness*. New York Times, 6 de febrero de 1963.
- Popenoe P. (1923). *In the melting pot*. Journal of Heredity, 14: 223.

- Rappaport M, Hopkins H, Hall K, Belleza T, Silverman J. (1978). *Are there schizophrenics for whom drugs may be unnecessary or contraindicated*. Int Pharmacopsychiatry 13:100-11.
- Robitscher J. (1973). *Eugenic Sterilization*. Charles C. Thomas. (pág. 123)
- Rusk H. *States map a new attack to combat mental illness* (1954). New York Times, 21 de febrero de 1954: 46.
- Schooler N, Goldberg S, Boothe H, Cole J. (1967). *One year after discharge: community adjustment of schizophrenic patients*. Am J Psychiatry 123:986-95
- Scull, A. (1984). *Decarceration: community Treatment and the Deviant, a Radical View*. Rutgers University Press.
- Scull, A. (1989) *Social Order/Mental Disorder*. University of California Press (págs. 90, 102, 110).
- Shorter E. (1997). *A History of Psychiatry*. Wiley (pág. 255).
- Torrey E. (2001). *The Invisible Plague*. Rutgers University Press, (págs. 208, 350).
- Tuke S. (1813/1916). *Description of the Retreat*. Process Press, 1996, reimpresión de la edición de 1813 (págs. 201-203).
- Viguera A, Baldessarini R, Hegarty J, Van Kammen D, Tohen M. (1997). *Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment*. Arch Gen Psychiatry 54:49-55.
- Whitaker R. (2005). *Anatomy of an epidemic*. Ethical Human Psychology and Psychiatry 7: 23-35.