



La figura del psiquiatra.

Nombre: Carmen Carrascosa
Puesto que desempeña: Médico-psiquiatra
Lugar de trabajo: CSM Latina (Madrid)

¿Qué es y de qué se ocupa la psiquiatría?

La psiquiatría (del griego, *psyche*: alma y *iatreia*: curación) es la rama de la medicina especializada en el estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos o enfermedades mentales.

La medicina, y aún más la psiquiatría, resulta de mezclar el “arte de curar” con unos conocimientos (científico-técnicos) para atender y ayudar a las personas que sufren diversos trastornos mentales, aliviar sus dolencias y no causarles daño en el intento de lograr que consigan la máxima mejoría posible.

La forma en que se entiende la salud y la enfermedad es diferente en cada cultura y en cada época. En la actualidad, se considera que en el origen de los trastornos mentales influyen numerosas variables *biopsicosociales*. Así pues, la psiquiatría se encuentra en estrecha relación con las neurociencias, la psicología y aspectos sociales y culturales, sin menospreciar otros campos como la antropología.

¿Por qué eligió esta especialidad? ¿Qué estudios hay que realizar para ser psiquiatra?

En cualquier elección influye nuestra propia personalidad y experiencias de vida. Yo no entré a estudiar medicina queriendo ser psiquiatra, sino por cuestiones más generales de ayuda a los demás. A lo largo de la carrera me entró la vocación al ver que era una de de las especialidades que más interés me despertaba. Me gustaba la idea de trabajar con y para otros seres humanos, tratar de comprender lo que somos y lo que nos pasa, las diferentes maneras de reaccionar que cada uno tenemos ante una misma cosa y la asombrosa capacidad del ser humano para adaptarse a las dificultades y sobrevivir.

El proceso de estudios que hay que cursar es similar al de otras especialidades médicas: primero tienes que estudiar la carrera de medicina (6 años académicos) y luego especializarte. Para esto hay que aprobar el examen MIR y sacar una plaza de Médico Interno Residente de psiquiatría en alguno de los hospitales acreditados para ofrecer esta formación. Durante el MIR, se aprenden tanto aspectos teóricos como prácticos y se adquieren diferentes perspectivas y una visión global al pasar también por los diferentes dispositivos que conforman la red de salud mental. Tras el periodo de residencia (que dura otros 4 años), se obtiene el título de médico especialista en psiquiatría. Y luego, tienes que seguir formándote y estar al día. Lo aprendido en los libros no es suficiente sino que se va completando con los textos que te va escribiendo el día a día.

Si después trabajas en el sistema público de salud (la “seguridad social”), a eso se añaden los procesos de selección para obtener una plaza y las oposiciones.



La figura del psiquiatra.

Además del farmacológico, ¿qué otros tratamientos lleva a cabo el psiquiatra?

El tratamiento farmacológico sólo lo puede hacer el psiquiatra pues, dentro del equipo terapéutico, es el único que es médico y debe conocer bien los medicamentos y saber usarlos de forma que las ventajas de tomarlos superen a los inconvenientes. Pero eso no quiere decir que lo único que tenga que hacer sea extender recetas. Como médico, también tiene que estar pendiente de vigilar la salud física del paciente. Muchas veces, la preocupación de todos por la enfermedad mental es tan grande que se corre el riesgo de descuidar otras posibles enfermedades o de que cualquier cosa que le ocurra al paciente sea atribuida a la enfermedad mental.

Si se recomienda algún tipo de psicoterapia (individual, familiar, grupal...) también puede hacerla el psiquiatra, si es que tiene la formación adecuada y dispone del tiempo necesario.

Además de esta tarea asistencial o clínica, hay otros aspectos como la docencia o la investigación a distintos niveles que también forman parte del tratamiento al estar dirigidas a mejorarlo.

¿Qué siente el profesional ante los avances y retrocesos del paciente? ¿Afectan de alguna manera en la intervención los sentimientos, expectativas y emociones del profesional?

El profesional es una persona como cualquier otra, así que lo que sienta va a depender de su carácter, circunstancias y habilidades.

Cuando los pacientes deciden hacer frente a las circunstancias con las que le ha tocado vivir, y pese a la fragilidad que puedan conllevar sus vivencias, se puede llegar a sentir admiración por ellos. Entre ellos hay grandes luchadores que afrontan con entereza y dignidad problemas ante los cuales cualquier persona se hundiría. Lo cierto es que, cuando se trata de ayudar a alguien a ir recuperando su vida tras la enfermedad o de acompañarle en esas ocasiones en que se puede hacer menos, estos avances suelen ser sentidos como algo muy gratificante.

Y al contrario. A veces no se logra evitar una recaída, otras veces no es posible evitar que un paciente abandone el tratamiento o, en ocasiones, la situación empeora y no se dispone de los recursos que serían necesarios, así que es inevitable cierto grado de incertidumbre acompañado de situaciones de tensión emocional, de conflicto o de angustia. Son momentos en los que uno puede llegar a sentirse inepto, incapaz, o impotente. Si es una situación puntual, no pasa nada. Pero puede llegar a ser agotador y frustrante si surgen la desilusión o el pesimismo, así que esto hay que asumirlo y aprender a manejarlo.

Aunque mediante la formación y la técnica se trata de que, como profesional, sus sentimientos, expectativas y emociones no influyan en el proceso terapéutico, esa situación ideal no siempre se da. No es posible ser neutral. Las inseguridades, los propios miedos o las preocupaciones personales pueden llegar a afectar el desempeño profesional pues lo que se dice, lo que se hace, lo que se transmite, le va a llegar al otro dentro de la relación terapéutica y eso es algo que hay que tener muy en cuenta. También es cierto que en algunos casos, debido a la patología del paciente, hay que tomar un papel más activo y se requiere una mayor implicación.



La figura del psiquiatra.

En su opinión, ¿qué recursos debe aplicar el profesional para evitar el llamado “*síndrome burnout*” o “*profesional quemado*”?

Los estudios realizados señalan que este desgaste o “queme profesional” es más frecuente que en otras profesiones (afecta alrededor de un 10-30% de los psiquiatras). Yo creo, y esta es una opinión personal, que de trabajar con la enfermedad mental los profesionales no se “queman”. Con lo que uno sí puede llegar a “quemarse” en un momento dado es con la escasez de medios (plantillas con insuficiente número de profesionales, falta de dispositivos y recursos alternativos) adecuados para el tratamiento o con la imposibilidad de realizar su tarea como es debido por el escaso tiempo disponible.

Esto tiene mucho que ver con la sobrecarga de trabajo que suponen otro tipo de demandas que la sociedad ha desviado al sistema sanitario pero que no tienen NADA que ver con la enfermedad mental. Por ejemplo: la insatisfacción, el agobio, las etapas de la vida, los problemas cotidianos (con la pareja, con la familia, con el trabajo, con el final de las vacaciones o con la llegada del lunes)... no son asumidos como lo que son, consecuencia y parte de la vida. Lo que muchos hacen es ir al psiquiatra como quien va a por el pan y esperar un tratamiento milagroso, rápido, cómodo y barato que no les suponga realizar ningún esfuerzo por su parte. La sociedad no puede delegarlo todo, renunciando a la capacidad personal de cada uno y al apoyo social y familiar, para superar cualquier dificultad, malestar o sufrimiento. El individuo tiene que vivir sin ir con el psiquiatra o el psicólogo de la manita a todas partes, igual que cuando nos torcemos un pie tampoco vamos luego por la calle apoyados en el traumatólogo. Desde luego, las llamadas “enfermedades mentales” son otra cosa muy diferente.

Los recursos que se pueden aplicar para evitar el llamado “burnout” son, entre otros:

- Ajustar las expectativas profesionales a la realidad social y laboral.
- No esperar que vengan cambios mágicos desde fuera (aunque si llega alguno bueno, bienvenido sea).
- Crear un buen entorno de trabajo y colaborar con el resto del equipo (es enriquecedor).
- No perder nunca de vista los aspectos positivos de nuestro trabajo y disfrutarlos.
- Mantener la calma, el sentido del humor y el optimismo que tanto ayudan en los momentos difíciles, y ser capaces de transmitir eso a los pacientes.
- Ser capaces de desdramatizar y relativizar los problemas.
- Aunque hace falta tiempo y esfuerzo para lograr mejorías en algunos casos, no olvidar nunca que el tiempo, los recursos y nosotros mismos por definición son (somos) siempre limitados.
- Cargar las pilas y no llegar nunca al agotamiento físico o emocional, ni a la indiferencia hacia las personas destinatarias de nuestro trabajo.
- Mantener las aficiones que permitan desconectar del trabajo, y la vida personal.



La figura del psiquiatra.

La figura del psiquiatra se ve también alcanzada por el “estigma”, por el prejuicio que soportan las enfermedades mentales?

Sí, aunque no es, ni mucho menos, tan grande como el que soportan las personas afectadas. No es lo mismo presentarse ante la gente como economista o como ingeniero que como psiquiatra. En algunos contextos, a veces hasta te cuesta decirlo. Suele ser más fácil decir que eres médico.

Existen creencias que vienen desde que vivíamos en tribus. Siempre hubo en ellas curanderos entendidos en hierbas medicinales a los que se recurría cuando se consideraba necesario. Se les atribuían poderes extraordinarios y eran temidos y respetados a la vez. Ahora predomina la imagen del psiquiatra que han dado las películas de cine, pero que no tiene nada que ver con la realidad de hoy en día. Esto hace que aún sea una profesión desconocida, misteriosa y poco reconocida socialmente, por la visión tan negativa que se ha dado. Predomina la caricatura del “loquero” malvado, antipático o diabólico, más trastornado aún que los propios pacientes a los que trata, incapaz de distinguir entre la “locura” y la “cordura” que despierta la angustia del público y del protagonista encerrado “por error”. Un personajillo de mirada detectivesca que interpreta cada gesto, cada movimiento y cada palabra de “sus” pacientes, que los anula con pastillas, que los encierra de por vida y que no busca su curación sino el controlar su mente experimentando con prácticas y tratamientos que no merecen ese nombre. La psiquiatría ha avanzado mucho en las últimas décadas pero el cine no lo ha reflejado, lo cual hace que se perpetúen esas ideas equivocadas. La sombra del manicomio es alargada y el cine se quedó anclado en la imagen de aquel lugar muy lejano, apartado de la gente y de la medicina, donde reinaba siempre el descontrol y la desorganización. Las demás imágenes ofrecidas por el cine (el que trata sólo con criminales, el seductor que se dedica a ligar con las pacientes, el que se dedica a tareas que pueden resultar divertidas sólo en las comedias...) tampoco son mucho mejores.

Por cierto que, cuando la gente te pregunta a qué te dedicas y dices que eres psiquiatra, te sueles encontrar básicamente con tres reacciones:

1. Que se queden callados como momias y ya no te quieran decir nada, sintiéndose entre observados e incómodos. Como si tú tuvieras poderes abracadabrantos y fueras a adivinar sus secretos con tan sólo mirarlos o a perjudicarles si te contaran algo más. Así que se alejan de ti.

2. Que suceda justo todo lo contrario y se lancen a contarte, con todo lujo de detalles, cualquier problema cotidiano que identifiquen como sinónimo de problema psiquiátrico, pero que no lo es en absoluto. Son problemas y sufrimientos comunes a todas las personas (sentirse muy triste tras un divorcio, estar estresado por el trabajo...).

3. Que, cuando ya te conocen, te digan algo así como: “pues para ser psiquiatra eres muy normal”. ¡No sé que esperaban ver! Quizás a alguien excéntrico y totalmente estrafalario o a un señor muy serio, distante y enojado, con anteojos y barbas.

El que la gente se aleje de todo aquello que tenga que ver con la enfermedad mental pertenece a este estigma. Pero, insisto, quien más sufre con ello son las personas afectadas. Hacia ellas nunca se dan ni la segunda ni la tercera “reacción”. Nadie reacciona contándole a una persona que padece una enfermedad mental lo mal que lo pasó cuando estuvo “depre”, o cuando tenía unos



La figura del psiquiatra.

terribles dolores de tripa y le ingresaron por un cólico renal, o cuando estuvo de baja por un problema en la rodilla y no podía hacer su vida normal. Se apartan directamente. No comparten con ellos el sufrimiento que es común a todas las personas. Como si no fueran a ser capaces de comprenderlo. El sufrimiento psicológico es tan común en los seres humanos como el físico (a veces, incluso más insoportable) y no debería haber nada de lo que avergonzarse. Así que, como se alejan sin conocerlos, tampoco van a escuchar de la gente un: “pues para ser “esquizofrénico” eres muy normal”.

En su opinión, ¿existe prejuicio entre los propios profesionales ante las enfermedades mentales?

Por supuesto, también forman parte de la sociedad. Así que al principio todos compartimos los mismos prejuicios hacia la enfermedad mental que tiene el resto de la población. Cuando, al inicio de su formación, el profesional pasa los primeros días en contacto con los pacientes, suele hacerlo con un cierto miedo, miedo a lo que pueda pasar, a no poder manejar algunas situaciones, incluso a que le hagan daño. Después, cuando convive con esa realidad y se informa, esos prejuicios y ese miedo suelen desaparecer.

Dentro del colectivo médico, la psiquiatría también ha sido marginada y vista como ajena. Su desarrollo a nivel histórico ha ido con retraso por muy diferentes motivos. Hay que en cuenta el primer fármaco útil para el tratamiento de la psicosis se empezó a utilizar en 1952 y que antes el único recurso que se aplicaba era su internamiento prolongado con terapias de dudosa eficacia. Antes los psiquiatras estaban en los manicomios. Ahora están en los centros de salud y en los hospitales generales, con el resto de los especialistas.

Suele existir la creencia de la falta de rigor científico de la psiquiatría, de que todo es subjetivo y de que no existen recursos para tratar a los pacientes. Y esto no es así. Lo que ocurre es que los procesos diagnósticos y las intervenciones (por cierto, igualmente basadas en numerosos y diversos estudios) son otras. Es cierto que en el día a día, fuera de un nivel de investigación, no se aplican sofisticadas técnicas ni tecnología punta. No existen termómetros que midan en grados las alucinaciones. A través de un análisis de sangre no se puede saber si un paciente está, por ejemplo, deprimido ni, en el caso de que lo esté, si está poco o muy deprimido. No se pueden auscultar los pensamientos ni los sentimientos. El instrumento de trabajo no es otro que el propio psiquiatra, como profesional y como persona. Pero sí que aplica los procedimientos que siempre ha usado la medicina: la relación médico-paciente (basada en la comprensión, la empatía y el respeto) como pilar básico en la curación o alivio del sufrimiento que las enfermedades provocan a las personas. La psiquiatría es tan eficaz como otras especialidades. Si a un “hipertenso” le dan tres infartos o un “diabético” se queda ciego como consecuencia de la enfermedad, la percepción general es de que, pese a todo, sus especialistas siguen siendo más “técnicos” y respetables. Como si las intervenciones que usamos nosotros no fueran también diferentes técnicas. Es de todos conocido aquel chascarrillo de que: *“¿en qué se diferencian un neurólogo, un neurocirujano y un psiquiatra? Pues en que el neurólogo lo sabe todo pero no cura nada. El neurocirujano no sabe nada pero lo cura todo. Y el psiquiatra, ni sabe ni cura.”*

Bromas aparte, es cierto que existe poca formación psiquiátrica a lo largo de la carrera de medicina, que muchos alumnos se sienten incómodos ante pacientes con patologías psiquiátricas,



La figura del psiquiatra.

que cuando algún estudiante se muestra interesado por la psiquiatría corre el riesgo de ser visto como alguien un poco raro o alguien que está cometiendo un error.

Hay que hacer también cierta autocrítica: la psiquiatría a veces tampoco se ha hecho respetar y no goza de demasiado prestigio. Lo que puedan tener de enriquecedor las controversias suscitadas por diferentes teorías o modelos o técnicas de trabajo, también ha hecho mucho daño a la imagen de la psiquiatría y ha contribuido a que pueda ser vista como una especialidad poco profesional.

Pero si hay algo en lo que estarán de acuerdo todos los profesionales es en que hay que luchar contra el estigma asociado a la enfermedad mental. A todos los niveles.

¿Desde su campo de actuación, qué medidas se podrían desarrollar para reducir el estigma que recae sobre estos pacientes? ¿Cuáles cree que serían necesarias?

Una de las formas de reducir el estigma es dar a conocer la enfermedad mental y sensibilizar a la población. Por eso, poder colaborar en proyectos como éste me pareció una oportunidad estupenda, sobre todo porque uno de sus objetivos es que continúe siendo desarrollado y mantenido en el tiempo.

Desde nuestro trabajo en el día a día como profesionales, también es fundamental tratar de desmontar el autoestigma que con frecuencia llevan incorporados los pacientes y sus familias, así como intentar no caer en actitudes personales estigmatizantes. El contacto directo con la patología mental más grave (a los que van bien, los vemos menos) o con aquellos casos en los que el abordaje es más complicado hace que, a veces, se pierda de vista que siempre se puede hacer algo. Porque si no es posible favorecer el proceso de recuperación, al menos se trataría de no obstaculizarlo.

Por otra parte, sería imprescindible el compromiso de los medios de comunicación para eliminar el estigma. Existen algunas iniciativas en marcha pero son pocas. De nada sirven las estadísticas, ni los casos reales que demuestran que es posible la recuperación y la integración laboral, si luego no se ven reflejados en esos espejos en que la sociedad se mira. Dicho de otra forma: lo que no se ve, no existe.

Puede indicarnos enlaces de interés, Web, artículos, libros, etc.

Casi toda la bibliografía que he manejado para redactar el texto que acompaña a la primera parte del cómic "Qué es la esquizofrenia? Una historia sobre Luis", en la que aparece como un personaje más la figura del psiquiatra, va dirigida a profesionales de la salud mental y no al público general. He tratado de "traducir" su lenguaje técnico para poder hacerlo más comprensible y ameno, dado que iba dirigido a un proyecto de sensibilización social sobre enfermedades mentales.

No obstante, para aquellos que pudieran estar más interesados, destacaría dos libros:



La figura del psiquiatra.

- Las esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin-Bleuler. (2ª edición ampliada. Siglo XXI de España Editores, S.A. Madrid, 1990) de Antonio Colodrón, uno de los principales especialistas españoles en este campo.
- “Cómo afrontar la esquizofrenia: Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas” (3ª edición. Aula Médica. Madrid, 2005) de Sergio Rebolledo y Mª José Lobato, dos profesionales de reconocida experiencia.

En cuanto a enlaces de interés y web:

- <http://www.feafes.com/FEAFES/Noticias/presentación+del+lexicon.htm>
- <http://www.forumclinic.org/enfermedades/esquizofrenia>
- <http://www.esquizofreniabrelaspuestas.com/>

© Proyecto Chamberlin