

Entrevista con José Guimón

José Guimón Ugartechea (1943) está en posesión de uno de los currícula más llamativos del panorama psiquiátrico del país y es dueño, excepcionalmente, de una doble formación neuropsicológica y psicoanalítica. Su experiencia y sus trabajos acaban de encontrar el reconocimiento general que se merecían. Catedrático hasta hace poco en la Universidad del País Vasco, ha sido elegido recientemente para ocupar una cátedra de Psiquiatría en Ginebra. Con este motivo, el Consejo de Redacción ha querido felicitarle y, a la vez, recabar su opinión sobre diversos temas, teóricos y prácticos, de la profesión.

Consejo de Redacción: Nos gustaría, en primer lugar, interesarnos por tu actividad en Ginebra y por el significado que posee la obtención de esa cátedra en su vida profesional.

José Guimón: Yo no pensaba ir a Ginebra, tenía más bien mis ojos puestos en Barcelona por razones familiares y de gusto personal. Contactaron conmigo y me eligieron entre cuarenta candidatos después de una larga selección. Fue un proceso muy complicado, de siete meses de pruebas y entrevistas. La idea me atrajo desde un principio. Tened en cuenta que la psiquiatría suiza ha sido precursora en cuanto a la psiquiatría social, a la psiquiatría del sector y el psicoanálisis aplicado a la psiquiatría. Además, allí la organización es muy racional, la dimensión internacional amplísima y los medios muy generosos: baste mencionarlos que en el cantón de Ginebra, con una población de cuatrocientos mil habitantes, trabajan trescientos psiquiatras. Se suman aún más factores: estoy en una buena edad para esta ocupación, pues tengo ahora cincuenta años, me agrada también el estilo con el que los suizos superponen la docencia y la asistencia, y, por si fuera poco, la cátedra posee el atractivo especial de que fue el lugar de trabajo de mi maestro Ajuriaguerra.

C. de R.: No es muy habitual, y menos en el medio académico, conjugar el interés por las neurociencias y a la vez por el psicoanálisis.

J. G.: He conseguido, casi, armonizar la vertiente biológica y psicoanalítica quizá por mi carácter. Soy poco resolutivo, más bien dubitativo, bastante abierto, lo cual me facilita no excluir dogmáticamente dos opciones aparentemente contrapuestas. Por otra parte, lo quieras o no, te identificas con tus maestros, y en este sentido Ajuriaguerra era neurólogo, estaba psicoanalizado, promovió la psiquiatría social y se interesó mucho, como sabéis, por la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.

C. de R.: ¿Qué factores crees que influyeron junto a tus méritos en la selección?

J. G.: Mi perfil encaja bien en la orientación de la psiquiatría suiza. En Barcelona no hubiera sido tan apreciada mi formación o los conocimientos que creo tener. Me habría costado más adaptarme: el servicio era más pequeño, el psicoanálisis peor recibido en el ámbito académico y acabaría estando obligado a trabajar más en el sector privado para mantener mi actual nivel de vida. Todo lo contrario de lo que he encontrado en Ginebra. Tampoco es nada cómodo marcharse de España, pero es muy bonito, una ocasión única en realidad, que alguien en un momento determinado de tu vida te pida que apliques todas tus posibilidades de trabajo y te dé los medios para ello.

Quizá les interesó también de mi perfil, de mi doble formación, si lo queréis denominar así, la posibilidad de que pudiera propiciar mejor cierto giro hacia una psiquiatría más biológica y empírica.

C. de R.: ¿Te sorprende la selección de un español?

Hay que acabar de una vez, creo yo, con el complejo de inferioridad que seguimos teniendo ante Europa. Me parece que el nivel de la nueva psiquiatría española es muy bueno y, como representante de ella, yo me siento orgulloso de haber sido elegido para una cátedra de tanto prestigio. A mi juicio, y he podido comprobarlo personalmente, los médicos residentes españoles son los mejores del continente. Quizá el sistema MIR sea discutible pero es muy selectivo y permite el acceso a gente muy válida.

C. de R.: Tenemos interés en conocer tu opinión sobre la salud actual del psicoanálisis y sobre su papel en la práctica psiquiátrica comunitaria.

Advierto una crisis de la influencia del psicoanálisis en psiquiatría, salvo en Francia, en España o en algún país de Latinoamérica. Puede deberse a un factor de moda dentro de los ciclos evolutivos que presentan las ciencias o quién sabe si a una derechización general de la política o al progreso espectacular de las neurociencias. Pero, al margen de esos factores que pueden ser ocasionales, creo, de verdad, que el psicoanálisis va a ver reducida su importancia, como modelo y también como práctica en psiquiatría. De hecho existe una clara disminución de vocaciones orientadas hacia el psicoanálisis entre los psiquiatras y, salvo en los países que he citado, hay una evidente disminución de las carreras psicoanalíticas.

No es nada sorprendente este fenómeno. Ya anunció Freud el retroceso del psicoanálisis ante los descubrimientos biológicos. Hay que tener en cuenta, también, que otras psicoterapias más sencillas, más breves y de más fácil evaluación resultan hoy muy competitivas. Seguro que el psicoanálisis seguirá inspirando mu-

chas psicoterapias, breves o de grupo, pero, pese a ello, creo que su influencia disminuye. No lo va a hacer, a mi juicio, en cuanto al conocimiento que aporta de los grupos humanos o de las organizaciones o del estudio de la «microscopía electrónica de la conducta», en tanto se diferencia, ésta última, de una psicopatología psiquiátrica «macroscópica», pero presiento que su presencia va a ser tan descafeinada que para algunos resultará anodina. En cambio, sí capto que para el conocimiento de nosotros mismos y de la relación médico enfermo seguirá siendo insustituible.

C. de R.: Sin embargo, hay instituciones psicoanalíticas que parecen tener mucho vigor y que poseen gran capacidad productiva.

No me da la impresión de que realmente esté fuerte institucionalmente ni de que sus publicaciones tengan tanto auge, salvo, ya digo, en algunos países. Me resulta evidente su crisis, lo que no quiere decir su decadencia.

C. de R.: Como miembro de la I.P.A. qué valoración harías de Lacan y de las corrientes lacanianas.

En cuanto a Lacan le he leído poco y casi lo ignoro todo del lacanismo. Reconozco la importancia de Lacan pero ante la institución lacaniana tengo mis prejuicios. Creo que su expansión, al menos en algunos lacanismos desarrollados en Francia, en España o en Argentina, ha sido muy estratégica, muy política, guiada más que nada por una imagen de marketing.

Realmente, no he estudiado a Lacan como tampoco conozco suficientemente a Bion ni otros campos del psicoanálisis y de la psiquiatría. Hoy, el dominio de nuestra profesión es tan amplio que me parece imposible abarcarlo enteramente. Ya es difícil conocer a Freud y a todas las corrientes psicoanalíticas más clásicas, así que he tenido que renunciar al conocimiento de otros autores más originales e idiosincrásicos. Resulta igualmente imposible estar al día en el campo de la genética molecular, de la bioquímica o de la neuroimagen.

C. de R.: Parece entonces que nos encaminamos hacia una medicalización general de la profesión.

La aparición de la DSM-III encaja en este movimiento general. Se trata, realmente, de un neokrepelinismo basado en el positivismo y empirismo americanos. Sus autores se definen como ateóricos o adocrinales pero, no nos engañemos, la clasificación es claramente biologicista, basada en el modelo médico de la enfermedad. Por otra parte, es lo que es, una guía práctica, no un tratado de psiquiatría. Quien la entienda como un tratado comete un abuso epistemológico.

Si os fijáis, poco a poco se van delegando las psicoterapias a los psicólogos a los asistentes sociales o a los auxiliares, en ocasiones. Ellos adquieren esas ha-

bilidades para las que el psiquiatra empieza a no tener tiempo. No sucede lo mismo en Suiza, donde el especialista lo es en «Psiquiatría y Psicoterapia» e incluso se va a aumentar el tiempo de formación de cinco o seis años. Sin embargo, quitando algunas excepciones, la práctica clínica del psiquiatra se va volviendo más y más indefinida. Al final, creo que acabaremos siendo una especie de médicos generales prácticos en salud mental. Este debilitamiento de la profesión es paralelo a la psicologización de la medicina general. La medicina interna se psiquiatriza en la misma medida que algunos compañeros míos empiezan a ser sólo psiconeuroendocrinólogos. En España somos muy radicales: hay aquí psiquiatras más biologicistas que los que me he podido encontrar en cualquier otro lugar. En el fondo, nunca desaparecerá la aproximación psicológica al sufrimiento o la enfermedad, pero sí puede que desaparezcamos nosotros como especialidad. Ya lo han hecho otras especialidades en el pasado.

C. de R.: Parece que se ha degradado, entonces, el pensamiento psiquiátrico. Estaríamos muy lejos, por lo tanto, de aquel viejo ideal de Jaspers de ser psiquiatras y filósofos de un solo golpe.

Hemos asistido a tres cambios muy profundos. Si os acordáis, hace veinte años se cuestionaba el poder del psiquiatra, la situación de los hospitales y la causa de la enfermedad. Hoy se ha producido un giro espectacular. Por un lado el psiquiatra ha perdido su poder, que se ha diluido quedando repartido entre los integrantes de un equipo multidisciplinar. Por otra parte, los hospitales se han reformado. Eso ha sido un éxito muy importante: se han normalizado y humanizado de un modo notable. Y, por último, hoy podemos hablar de las causas de las enfermedades mentales manejando evidencias y no simple filosofía. Estamos a punto de encontrar los genes implicados en la esquizofrenia y en la psicosis maniaco-depresiva, como ya los conocemos en el Alzheimer. Ha sido un salto impresionante.

Desde este punto de vista nada puede ser como antes.

C. de R.: Se dice que a los psiquiatras se les conoce por su idea de la esquizofrenia. ¿En qué consiste la tuya?

Soy de los que piensan que no hay una sola esquizofrenia sino varias, como antes el *cólico miserere* comprendía formas muy distintas de abdomen agudo. Pero, ante lo que pudiera ser una esquizofrenia nuclear, mi modelo es el de Arnold Friedhoff, con el que trabajé en la New York University. Es un modelo de homeostasis. Una balanza que en uno de sus platos aloja los acontecimientos vitales y los estreses externos, mientras que en otro plato se encuentran las protecciones sociales, los medios de contención que proporciona el ambiente. En medio de los dos estarían los mecanismos de modulación individual de la angustia, en la línea

de lo que son los mecanismos de defensa psicoanalíticos. En el fiel de la balanza, por último, soportando este equilibrio, se encuentran los factores genéticos condicionando una vulnerabilidad mayor o menor, entendida como fragilidad o vigor de los receptores dopaminérgicos. Si hay un estrés fuerte ante el que las defensas individuales y las redes de protección social resultan insuficientes, probablemente por una debilidad genética, sucede la descompensación y se produce la esquizofrenia.

El esquema me parece que es aplicable igualmente a todo el campo de las depresiones.

C. de R. : Pero ese modelo nos explica el desencadenamiento mas nada dice de la contención posterior del psicótico.

En la esquizofrenia no me parece válida la utilización del psicoanálisis ni la vía interpretativa. Quizá en algunos casos que, por otra parte, no me suelen parecer esquizofrénicos y siempre que se trate de terapeutas muy experimentados, podría pensar en la viabilidad del abordaje psicoanalítico. Puede ser muy peligroso. Me refiero, en concreto, a la esquizofrenia, más relativamente lo sostendría ante otras psicosis. En cambio, sí considero útiles los tratamientos grupales con lectura psicoanalítica y, por supuesto, las formas no psicoanalíticas dirigidas a disminuir el estrés, a mejorar el entorno y a proporcionar al esquizofrénico nuevas habilidades.

C. de R. : Sin embargo, ahí está la palabra del terapeuta y la función estabilizadora que puede presentar en la clínica.

No me parece aplicable en la esquizofrenia.

C. de R. : Entonces, desde tu modelo, ¿cómo se pasa de la descompensación a la elaboración del delirio, de la predisposición genética a la producción delirante?

No tengo nada más que añadir a eso. Soy bastante pesimista en el tratamiento psicoanalítico de la psicosis.

C. de R. : ¿Cómo integra lo social en tu perspectiva?

Sobre los aspectos sociales creo que nadie duda de su importancia en la asistencia, pero como factores etiológicos creo que no se ha demostrado gran cosa. En un documento que acaba de publicarse en el *Am. J. Psychiatry* (octubre 1993), las formas de prevención primaria son muy poco valoradas. Se trata de un trabajo donde, en relación con la reforma de Hillary Clinton, se evalúa la eficacia de los distintos métodos terapéuticos en psiquiatría para conocer sus costos y primar unos u otros. El ámbito social queda bastante mal parado. Trabajar sobre la población para evitar los factores de riesgo es una actividad que queda desacreditada desde

el punto de vista del rendimiento. Puede ser útil en medicina, pero no lo parece en psiquiatría. Pienso que esto podrá influir en la decisión de privilegiar un modelo biológico-conductual sobre uno psico-social, que me parecen las polarizaciones más claras hoy en día.

C. de R.: A propósito de esa polarización, ¿crees que hoy puede seguirse hablando de una psiquiatría de derechas o de izquierdas, de una psiquiatría conservadora y de otra progresista?

En cuanto a la división en una psiquiatría de derechas o de izquierdas no estimo que pasen los ejes por esa dirección. No está claro qué sea hoy lo uno o lo otro y probablemente en el futuro aún lo esté menos. Sin embargo, es evidente que hay diferencias. La psiquiatría localizada en el Hospital General es notoriamente biologicista, más de lo que dicen ser o de como se ven a sí mismos los que trabajan en ella. Pero tampoco el biologicismo me parece un factor suficiente para establecer una división. Puede que tenga más importancia la actitud ante el tema de la libertad del enfermo para rechazar el tratamiento que la orientación más o menos social, psicodinámica o biológica y, de ser así, esto vuelve imprescindibles las discusiones filosóficas y éticas.

Tampoco el problema del poder me parece que tenga la vigencia de antes. Las diferencias establecidas me da la impresión que son más de origen personal. Interviene más la personalidad. A la psiquiatría no va nadie que sea excesivamente de derechas, se van a otras especialidades. Aquí es deseable una tolerancia a la ambigüedad, una flexibilidad y una capacidad de frustración que parecen incompatibles con un carácter retrógrado. Un psiquiatra, por definición, no podría ser autoritario. Necesita ser optimista ante el mundo y eso le vuelve progresista. Yo, personalmente, me he encontrado en ocasiones excesivamente contentadizo o indefinido entre unas opciones u otras, pero, mirad, mi nombramiento ahora en Ginebra me ha reasegurado finalmente. Me ha permitido pensar que no era tan mala esa especie de vaguedad.

C. de R.: Y sobre una posible separación entre psiquiatría pública y psiquiatría académica, ¿qué piensas?

Esa oposición entre una psiquiatría académica y otra pública la enjuicio como un asunto localista, algo específicamente español. Cierto que la psiquiatría, al ser una disciplina de bajo nivel tecnológico, resulta opinable y, por lo tanto, muy influenciada por las ideologías. Hay un problema de poder, eso es evidente, pero se localiza, más que en el modelo, en el dominio de las estructuras asistenciales o en cuestiones de narcisismo personal. Es lamentable, pero típicamente español, que aquí haya tal número de sociedades sin que se confederen y sin que creen una revista competitiva que pueda estar al menos entre las veinte primeras

a nivel mundial. Creo que estos defectos están vinculados más a nuestra historia y a lo reciente que está aún la reforma que a una causa genuinamente psiquiátrica. Deberíamos ser todos mucho más modestos: ya conocemos lo que sabe cada uno.

C. de R.: Tú participaste personalmente en la «Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica».

La Comisión fue un ejemplo de entendimiento entre todos. El documento era ambicioso pero realista. Sin embargo, políticamente no se le tomó muy en serio. Comprobaron enseguida que no era rentable en término de votos. Sin embargo, ha existido un desarrollo clarísimo y la asistencia es hoy muy digna.

C. de R.: Sobre la hospitalización en los hospitales generales hay quien piensa que no ha sido beneficiosa.

No sé bien. Es cierto que la hospitalización breve en los hospitales generales muchas veces es un simple blanqueo de los síntomas que no resuelve el problema de fondo y puede despertar, además, la omnipotencia del médico poco crítico. También es evidente que puede resultar muy biologicista; pero, en general, es tan superior en cuanto al ambiente y a la atención recibida que me inclino por ella.

Por su parte, la función del hospital psiquiátrico quedará reducida a atender a los pacientes que no mejoren, a aquellos que estén muy deteriorados o desprotegidos o bien a los que sean peligrosos en total libertad. Con una función terapéutica y no meramente custodial, por supuesto, con tratamientos activos que existen, y que son realistas y no utópicos como a veces se piensa. Me inclino siempre por pensar que el enfermo mental, a menudo, está mejor en el hospital que en la boca del metro o mendigando o con su familia cuando los cuidados en su seno no existen. Otro problema es calibrar la dimensión que hayan de tener estos centros para no caer en el abandono o en la cronicidad.

C. de R.: Finalmente, observamos que hay en tu obra un llamativo interés por algunos escritores: Wilde, Rimbaud, Lorca, Baroja...

Quizá por sentirme a veces un artista fallido, poco creativo, me he interesado tan a menudo por las artes. Es curioso, por otra parte, que me atraiga más la plástica y, sin embargo, mis trabajos, con todas sus limitaciones, aborden preferentemente temas de la literatura. Podríamos hablar bastante sobre ello.

Consejo de Redacción (J. M.^a A., F. C., R. E. y A. S.)