



LA PSICOPATOLOGIZACIÓN DE LA SOCIEDAD

ALBERTO ORTIZ LOBO

DOCTOR EN MEDICINA. ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA. PROFESOR EN LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ DE HENARES Y EN EL INSTITUTO PERE MATA DE REUS

Los rituales de la asistencia harán creer a la gente que su salud se beneficia con el tratamiento, aunque en realidad el resultado sea que disminuya la capacidad de la mayor parte de la gente para afrontar la adversidad. [...] Cuanto mayor sea el potencial de adaptación autónoma a uno mismo, a los demás y al ambiente, menos se necesitará ni se tolerará el manejo de la adaptación. La gente sana no necesita intervenciones burocráticas para amarse, dar a luz, compartir la condición humana y morir. Cuando el ser humano se hace dependiente del manejo de su intimidad, renuncia a su autonomía y su salud tiene que decaer.

Iván Illich. Némesis Médica, 1975

INTRODUCCIÓN

En los últimos decenios se está desarrollando un fenómeno en las sociedades occidentales por el que cada vez más personas consultan en los Servicios Sanitarios por malestares derivados de la vida cotidiana. Los sentimientos normales que surgen del enfrentamiento con una realidad que muchas veces no se ajusta a nuestros deseos, son recodificados como síntomas de una enfermedad mental o, al menos, como objeto de una atención psicológica o psiquiátrica. De esta manera, la tristeza por haber perdido algo valioso, la frustración por no conseguir aquello que anhelamos, el temor a que no nos salgan bien las cosas, la decepción cuando nuestras expectativas no se cumplen o la rabia y la indignación cuando nos tratan mal, son reconvertidos en problemas psicológicos que precisan de la intervención de un profesional. El sufrimiento se descontextualiza de la vida del individuo, ya no tiene un sentido dentro de su trayectoria en la relación con el entorno, queda cosificado y adquiere un significado puramente médico o psicológico desde donde hay que erradicarlo. La expresión de esta psicopatologización de la vida en el ámbito asistencial ha supuesto un incremento extraordinario en el número de consultas en Atención Primaria y en Salud Mental de personas que demandan atención aunque no presenten ningún trastorno mental diagnosticable.

Pero este fenómeno no es exclusivo de la Salud Mental, de hecho, es parte de un concepto más amplio denominado medicalización que es la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. Se trata de un fenómeno complejo que se desarrolla en un marco social, asistencial y político-económico de-

terminados y en el que participan distintos agentes en su desarrollo. Las empresas sanitarias, los profesionales liberales, la industria farmacéutica y la tecnológico-sanitaria se benefician del incremento de personas que precisen de sus servicios, medicamentos o pruebas diagnósticas. Una forma de aumentar la rentabilidad de estos negocios es expandir los límites de la enfermedad, abrir el mercado a personas sanas que también consuman estos productos. Los medios de comunicación, por otra parte, difunden un conocimiento superficial de la medicina y la salud mental que incluso propugna la consulta con el experto a la primera señal de alarma. La población general, lógicamente, pretende conseguir esa felicidad y bienestar que se publicita en los mass-media y la Administración Sanitaria no se compromete a poner algún límite a las prestaciones a través de una agenda de servicios que acote esa demanda insaciable e imposible de ausencia de malestar. Pero los últimos responsables de este fenómeno somos los profesionales sanitarios. Finalmente, en nuestra consulta de cada día somos los que delimitamos qué hay que tratar y qué no y los que podemos favorecer la idea omnipotente de que es posible vivir sin sufrir y que hay una respuesta para todo desde la medicina y la psicología.

MARCO ASISTENCIAL, POLÍTICO-ECONÓMICO Y SOCIAL

El incremento de las consultas sin patología en atención primaria y salud mental es un fenómeno que está inmerso en un contexto sociocultural, político-económico y asistencial que lo condiciona. Se han escrito muchos libros y artículos que han teorizado sobre la medicalización y psiquiatrización de la sociedad en los últimos decenios que recogen los

aspectos extraclínicos en los que se está desarrollando este fenómeno para buscarle una explicación, o dar cuenta de la dinámica de este proceso. Entre los cambios asistenciales más relevantes que se han producido en la segunda mitad del siglo XX está la aparición de los Sistemas Nacionales de Salud en Europa que han permitido el acceso a los servicios sanitarios de forma universal y gratuita, financiada principalmente por los impuestos de los ciudadanos. En el terreno de la salud mental en particular se produce una reforma psiquiátrica que busca la atención comunitaria del enfermo mental en detrimento de los manicomios. Esto permite una mayor accesibilidad de los individuos a los servicios de salud mental a la vez que estos se popularizan y los psiquiatras dejan de ser los médicos que atienden exclusivamente a los “locos” para convertirse en unos especialistas más a los que se puede consultar, dentro de la sanidad. Paralelamente se ha producido una evolución de la filosofía asistencial que pasó en los inicios de la implantación de los Sistemas Nacionales de Salud, de la curación de enfermedades a su prevención e incluso a la promoción de la salud gracias al auge de la Salud Pública. Pero en los últimos años se ha ido más allá e incluso se plantea no solo curar a los enfermos o prevenir la enfermedad, sino potenciar las capacidades y la salud de los ciudadanos que son sanos. Esto permite una ampliación sin límite del objeto de atención sanitaria y en salud mental en particular.

A finales de los 70 se produce la crisis económica que colapsa el modelo Keynesiano de crecimiento capitalista y que pone también en crisis el Estado de Bienestar. La respuesta es un auge del neoliberalismo que enmarca un nuevo panorama sociopolítico en el que el mercado aparece como el principal regulador de las instituciones sociales y culturales del hombre. En el nuevo paisaje económico la salud y la atención sanitaria también se convierten en un mercado más que debe abrirse a los capitales privados. Las nuevas empresas sanitarias y la industria farmacéutica son los principales beneficiarios de convertir la salud en un producto de consumo.

A nivel social, aparece la posmodernidad, un nuevo orden en el que la seguridad de las tradiciones y costumbres no ha sido sustituida por la certidumbre del conocimiento racional. Las nuevas tecnologías, liberan a las relaciones sociales de su fijación a unas circunstancias locales específicas y se transforma el contenido y la naturaleza de la vida social cotidiana. Esta nueva reorganización de espacio y tiempo favorece el desenclave de las instituciones, tradiciones y lazos generacionales y abre un abanico infinito de posibilidades de trayectorias vitales. El proyecto del yo se ha convertido en una tarea llena de elecciones y por tanto de riesgos. En este marco, la identidad del yo necesita



unos sistemas de conocimiento especializado, de expertos, que los filtren esos riesgos, en nuestro caso, profesionales sanitarios. Expertos que asesoren cómo y qué hacer en el trabajo, la pareja o la familia, como si hubiera una forma idónea de vivir la vida basada en conocimientos científicos. Y expertos, por supuesto, que alivien cualquier malestar derivado de enfrentarse con la realidad. En este punto, el individualismo, la doctrina que sostiene que todos los fenómenos sociales e individuales solo pueden ser comprendidos desde los hechos o conductas de los individuos, ignorando las perspectivas basadas en análisis de clase, raza, género u otros factores socioeconómicos, se convierte en el valor hegemónico. El individuo descontextualizado aparece así como el único responsable de su situación, justo en un momento en que los cambios en las relaciones de trabajo generan una mayor inestabilidad y una desarticulación de las redes tradicionales de contención, y en el que las políticas sociales son recortadas. Además, el mayor nivel de vida suele ir unido a una cultura de consumismo (medicina incluida) por lo que en las sociedades más desarrolladas cada vez más se instala el rechazo del sufrimiento como parte inevitable de la vida.

CUANDO INDICAMOS UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA O PSICOFARMACOLÓGICA, EXPONEMOS AL PACIENTE A EFECTOS BENEFICIOSOS PERO TAMBIÉN INDESEABLES

Todo este contexto favorece que aparezcan nuevas demandas en salud mental que tienen que ver con sufrimientos que siempre han existido y que antes tenían un significado y una respuesta colectiva, o de índole ética, o pública, o religiosa, etc. pero que ahora se han transformado en malestares íntimos que precisan de una intervención psicológica o psiquiátrica.



MAGNITUD DEL FENÓMENO DE LA PSICOPATOLOGIZACIÓN

Tradicionalmente los estudios epidemiológicos se han preocupado de determinar las prevalencias de las enfermedades y en buscar los métodos de cribaje que permitan detectar mejor a todos los pacientes sin que se escape ninguno (de hecho, en psiquiatría siempre se ha cuestionado esta capacidad de los médicos de atención primaria y se ha dicho que no detectaban a la mitad de los trastornos mentales que acudían a su consulta). Pero casi nadie se ha ocupado de estudiar a los ciudadanos que son diagnosticados como enfermos sin serlo. En el campo de la salud mental, se ha medido la psicopatologización a través de la cuantificación de las personas que consultan en los servicios de salud mental derivados desde su médico de atención primaria y que no presentan ningún trastorno mental diagnosticable. En los pocos estudios que se han hecho al respecto, se ha encontrado que entre un 20 y un 30% de los pacientes que acuden a un Centro de Salud Mental no presenta un trastorno mental diagnosticable. La mitad de estas personas ya tiene psicofármacos prescritos, casi siempre por su mé-



dico de cabecera y en casi la mitad de estos casos, son antidepresivos.

El principal motivo de consulta en estas demandas son los problemas de relación con el grupo de apoyo (problemas de pareja, paterno-filiales, duelos...) y, en segundo lugar los problemas relacionados con el trabajo y el desempleo. Curiosamente, la demanda de atención especializada (psiquiátrica o psicológica) parte del paciente en más de la mitad de los casos y no del médico de atención primaria, como

cabría esperar, al tratarse de un acto sanitario. Además, las expectativas que tienen estas personas en que la consulta con el psiquiatra o psicólogo les va a restablecer completamente son muy elevadas. Esto puede influir en la tasa tan alta de abandonos del seguimiento de estas personas, muy superior a los individuos diagnosticados de trastorno mental. Probablemente unas expectativas tan elevadas son el terreno abonado para una gran decepción con la consulta del especialista. Otro factor que puede influir en el alto número de abandonos de las consultas de esta población puede ser la resolución espontánea de sus problemas. De hecho, al cabo de 10 meses, solo el 4% de estos individuos se encuentra peor, aunque la mayor parte solo acudió al especialista a una o dos entrevistas.

LAS CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO EN PERSONAS SANAS

El tratamiento psiquiátrico o psicológico de personas que no presentan ningún trastorno mental diagnosticable acarrea repercusiones socioculturales, asistenciales y, por supuesto, clínicas. Si miramos el impacto de este fenómeno en un nivel "macro", más allá del paciente que tenemos en nuestra consulta, se está creando una corriente de pensamiento en la que se pretende objetivar, dentro de lo psicológico y de lo íntimo, asuntos que son de orden ético y de ámbito público. Se está contribuyendo a otorgar un significado médico a cuestiones existenciales como la muerte o el sufrimiento. En ocasiones se propugna un adaptacionismo personal frente a situaciones sociales injustas, como se hace a veces en el tratamiento del "mobbing" o cuando se interviene individualmente en problemas derivados de la precariedad laboral. Se favorece, en definitiva, un reduccionismo psicológico o biológico de fenómenos o situaciones mucho más complejos que trascienden de lo individual como también sucede en ocasiones con el fracaso escolar, por ejemplo.

A nivel asistencial se está produciendo un aumento de las demandas en atención primaria y salud mental por esta progresiva psiquiatrización de la vida cotidiana. Si los dispositivos asistenciales se saturan, se limitan las prestaciones y acaba cumpliéndose la ley de cuidados inversos: se presta mayor atención a quien más la demanda, pero no a quien más la necesita. De esta manera, pacientes graves que sí se pueden beneficiar de las intervenciones psicológicas y psiquiátricas de los profesionales pueden ver reducidos sus cuidados en favor de la atención a demandas que tienen una respuesta técnica sanitaria muy dudosa. Otra consecuencia de la psicopatologización es un incremento aún mayor del gasto farmacéutico y un aumento de la demanda

LA CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN TODO CASO SOLO ASEGURA QUE LAS COSAS SE HACEN BIEN, PERO NO EVITA LOS EFECTOS ADVERSOS DE LAS COSAS BIEN HECHAS

para terapias psicológicas y de asesoramiento, del que se benefician principalmente los sectores que las comercializan, pero no los ciudadanos.

Cuando indicamos una intervención psicoterapéutica o psicofarmacológica, exponemos al paciente a efectos beneficiosos pero también indeseables. La calidad de las intervenciones en todo caso solo asegura que las cosas se hacen bien, pero no evita los efectos adversos de las cosas bien hechas. Una psicoterapia produce efectos o evoluciones negativas en el 8-17% de los casos y todos los psicofármacos tienen un larguísimo listado de efectos secundarios, por muy bien que estén prescritos. A pesar de ello, indicamos psicoterapias y pautamos tratamientos farmacológicos porque en nuestros pacientes enfermos, el beneficio del tratamiento es superior a los riesgos derivados del mismo. Pero este balance riesgo-beneficio no es claramente positivo cuando atendemos malestares y sufrimientos derivados de la vida cotidiana. Sufrimientos que pueden ser desagradables, pero que son la respuesta emocional adecuada, sana, proporcionada y necesaria para afrontar la situación vital que las personas están experimentando.

Pero además del daño directo de nuestros remedios (psicoterapia y psicofármacos) hay una iatrogenia derivada de la relación paciente-profesional, de la configuración relacional implícita que se construye entre quien demanda ayuda y el experto que la otorga. Esto puede ser útil para comprender los distintos efectos negativos que puede tener una intervención en salud mental.

Cuando indicamos tratamiento a un paciente que no presenta un trastorno mental, le desresponsabilizamos de sus conductas y emociones que pasamos a gestionar nosotros. Implícitamente le estamos transmitiendo muchos mensajes que pueden ser potencialmente perjudiciales. Lo que estamos haciendo es interpretar las características personales del paciente, su malestar o su relato vital en el marco de un sistema de creencias orientado a la patología. De esta manera, se le comunica de forma latente que su problema no mejorará o incluso empeorará si no rea-

liza el tratamiento y, si este se interrumpe de forma anticipada (lo que sucede en numerosas ocasiones), no habrá mejorado lo que estaba previsto o corre el peligro de ponerse mucho peor. Esta dependencia respecto de la intervención profesional tiende a empobrecer los aspectos no médicos (saludables y curativos) de los ambientes social y físico y tiende a reducir la capacidad psicológica del paciente para afrontar sus problemas. No se escapan a esta argumentación aquellos marcos basados en la psicología de la salud o dirigidos a “potenciar” al paciente o dotarlo de nuevos recursos o maximizar los que tiene. En estos casos el paciente sigue siendo alguien deficitario al que un experto le tiene que dar algo que él no alcanza ni puede conseguir por su cuenta.

El lenguaje psiquiátrico y psicoterapéutico está plagado de descriptores y etiquetas que intentan aprehender e interpretar la realidad del paciente y que además puede resultar útil en la comunicación entre los profesionales. Sin embargo, este lenguaje, lleva en ocasiones a que los profesionales, inadvertidamente, crean erróneamente que han capturado la esencia del paciente y comprendan verdaderamente su complejo mundo emocional, cognitivo y conductual, así como su forma de ver la vida. Estas etiquetas influirán en las cosas que vamos a resaltar de nuestro paciente, pero además estos descriptores también restringen la comprensión que realizan los propios pacientes de sus experiencias. La ventana de la normalidad que tiene el paciente se estrecha, se ensombrecen otro tipo de comportamientos y puede acabar codificando la mayor parte de sus conductas desde su condición psiquiátrica o psicológica. Esto puede limitar su sensación de autonomía y gobierno y favorece la necesidad de que sea el experto profesional el que gestione sus emociones y experiencias. Además, las categorías diagnósticas y el lenguaje psicoterapéutico por su carácter estigmatizador pueden contribuir a la pérdida de status social del paciente que puede tener mayores expectativas de ser rechazado y generar además vergüenza. Este aspecto, aunque en la población adulta puede que no sea muy relevante (ya casi está de moda ir a un terapeuta o tomar antidepresivos), sí que puede ser muy dañino para los niños y adolescentes que pueden quedar marcados innecesariamente entre sus pares como “enfermos”.

En la configuración relacional paciente-profesional se pueden producir ganancias secundarias en la medida que el paciente, al sentirse mal recibe atención y el profesional, al etiquetarlo, siente que lo necesitan. De esta manera se favorece que el paciente se sitúe en un rol pasivo y enfermo ante los avatares de su vida y se respalda el debilitamiento de las redes tradicionales de contención, que son las que han amortiguado desde siempre este tipo de demandas.



PREVENCIÓN CUATERNARIA EN SALUD MENTAL

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades sanitarias que evitan o atenúan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Su fundamento es aquel principio hipocrático *primum non nocere*. Si entendemos que no todo sufrimiento o malestar es una enfermedad, entonces tenemos que delimitar bien qué tratar y qué no. Si indicamos un tratamiento, implícitamente estamos tratando el problema del paciente como algo patológico, que se va a beneficiar de una intervención técnica sanitaria. La clave estaría en saber si ante el problema humano que tenemos delante vamos a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad a tratar que si no fuera visto como tal. Tratar el malestar no va a comportar más salud porque esta no depende básicamente de la asistencia y tampoco supone menos “enfermedad” porque buena parte de los problemas atendidos no tienen solución psicológica ni psiquiátrica. Los profesionales somos responsables de gestionar los limitados recursos asistenciales de nuestro Sistema Nacional de Salud y tenemos que considerar qué pacientes necesitan mucho, quiénes menos y quiénes nada.

Pero, en este punto, ¿qué nos puede llevar a intervenir innecesariamente? Las profesiones de médico, psicólogo o psiquiatra tienen cierto prestigio social. No es infrecuente que en este contexto muchos profesionales busquen de alguna manera y a través de su desempeño laboral sentirse reconocidos, halagados y, de esta manera, fomentar inconscientemente la dependencia. Si se considera la indicación de no-tratamiento, es porque los pacientes no tienen patología y, obviamente, van a evolucionar espontáneamente a la recuperación pero se ha descrito la tendencia de los profesionales a tratar a los pacientes que precisamente mejoran porque son más gratificantes. En otras ocasiones el profesional tiende a evitar sentirse impotente, limitado y se siente con la necesidad de tener una respuesta para todo y ser omnipotente. Otras veces la necesidad puede surgir de la incapacidad para decepcionar a los pacientes y asumir todo, aunque no tengamos nada eficaz que hacer.

Las herramientas básicas de los profesionales de la salud mental son la psicoterapia y los psicofármacos y su sustento teórico no encuentra fronteras en

el tratamiento de cualquier síntoma o sufrimiento psíquico. Desde un punto de vista psicoterapéutico, no hay apenas obstáculos para tratar a cualquier paciente que lo demande. En cualquier teoría psicoterapéutica siempre hay margen para indicar un tratamiento. Siempre habrá que modificar alguna conducta mal aprendida, creencias irracionales o pensamientos automáticos susceptibles de una reestructuración cognitiva, mecanismos de defensa poco maduros que esconden conflictos inconscientes que habrá que desvelar, dinámicas familiares sujetas a leyes no explicitadas que será conveniente trabajar o angustias existenciales por analizar. La indicación de psicoterapia está determinada más por la motivación del paciente que no por la falta de posibilidad de un trabajo terapéutico. La psicofarmacología también tiene expectativas casi ilimitadas en su capacidad de mejorar cualquier síntoma o malestar psíquico. Incluso hay autores que proponen el desarrollo de una subespecialidad denominada “psicofarmacología paliativa” que se encargaría de aliviar el malestar derivado de vivir.

A veces los profesionales sufrimos acontecimientos vitales que, si son intensos y se relacionan con los que sufre el paciente pueden favorecer una identificación excesiva del profesional y condicionar por valores personales la indicación de tratamiento o no. Por otra parte, todos funcionamos con un sistema de valores, ideología o visión del mundo que, si son compartidos con el paciente, pueden favorecer la “simpatía” personal con él y favorecer el inicio de un tratamiento innecesario.

Desafortunadamente nuestra capacidad terapéutica como profesionales de la salud mental es bastante limitada y antes de intervenir y prescribir algún tratamiento es preciso reconsiderar con una actitud crítica los beneficios que podemos proporcionar y los daños que vamos a infligir. Desde esta perspectiva, tenemos que evitar someternos a tener una solución para todo e inmediata y trabajar nuestra tolerancia (y la del paciente) a la incertidumbre. Esto significa reconsiderar la fórmula de “esperar y ver” antes de prescribir, y reivindicar la indicación de no-tratamiento que puede impedir los efectos negativos de intervenciones innecesarias o excesivas. No se trata de abogar por la austeridad o el pesimismo sino, más bien, definir de forma más realista los límites de nuestras actuaciones. Buena parte de los males y problemas menores de salud mental se van a beneficiar muy poco de nuestras intervenciones psicológicas o psicofarmacológicas porque tienen su raigambre en problemáticas de otra índole (social, laboral, económica o, en todo caso, fuera del sistema sanitario) y muchos otros se van a resolver espontáneamente. ■