

El territorio del malestar

Ander Retolaza*

“¿De qué serviría el análisis más penetrante de las neurosis sociales si nadie posee la autoridad necesaria para imponer a las masas la terapia correspondiente?”.

Sigmund Freud:

El Malestar en la Cultura. 1930.

Según nos contó Freud individuo y sociedad se contraponen. Para cada uno de nosotros las ventajas de vivir en asociación sólo se pueden obtener al precio de la renuncia. El diccionario de usos del español de María Moliner, en la entrada correspondiente, nos ilustra sobre el término: renunciar consiste en desistir, por fuerza o sacrificio, de algo que se desea hacer. Se trata en este caso de una doble renuncia o, si se prefiere, de una renuncia con doble vertiente. Renuncia libidinal, o sea sexual, y renuncia agresiva. Mediante este procedimiento limitativo, largamente gestado a través de la historia de la civilización, se conseguiría reservar y encauzar la necesaria energía para las tareas del bienestar colectivo, esencialmente para el trabajo productivo. Pero para cada individuo concreto hay un costo importante en este proceso. El precio a pagar es la infelicidad: *“Cuando un impulso instintual sufre la represión, sus elementos libidinales se convierten en síntomas y sus componentes agresivos en sentimiento de culpabilidad”* (1). El conflicto puede tener mayor o menor intensidad en diferentes personas o en diferentes épocas, pero en su forma esencial siempre está presente: *“¡Cuán poderoso obstáculo cultural debe ser la agresividad si su rechazo puede hacernos tan infelices como su realización!”* (1). Para el creador del psicoanálisis, uno de los padres de nuestra

postmodernidad, se trata, como vemos, de un conflicto radical, ubicado en la misma raíz de lo que importa: *“La cultura está ligada indisolublemente con una exaltación del sentimiento de culpabilidad, que quizá llegue a alcanzar un grado difícilmente soportable para el individuo”* (1).

Se comparta o no este análisis, lo que no se le puede negar es que proporciona una explicación plausible a uno de los más persistentes problemas de cualquier forma de civilización conocida hasta la fecha. Se trata del conflicto que, tarde o temprano, surge entre el interés o deseo de los particulares frente a las exigencias de los demás, sean éstos, la comunidad de vecinos, la empresa que nos da trabajo, o, incluso, el propio núcleo familiar. Lo grave del veredicto freudiano es que –como parece dar a entender– considera que esta tensión tiene un gradiente temporal de curso ascendente: a mayor grado de civilización, mayor grado de renuncia; con la consiguiente pregunta final sobre los límites y la posibilidad de esa renuncia. Ignoro si hemos llegado o no a esa situación extrema, pero algunos fenómenos que podemos observar a nuestro alrededor bien podrían ser contemplados desde la perspectiva propuesta por el maestro de Viena.

En 1930 cuando Freud redactó su ensayo sobre el malestar en la cultura los sistemas de seguridad social, especialmente en su vertiente sanitaria pública, estaban aún muy poco o nada desarrollados en la mayoría de países. Quizá para intentar cubrir esa carencia en aquellos años Wilhelm Reich, el discípulo rebelde, se preocupó del estado de salud psíquica de las clases populares y organizó, bajo el amparo de organizaciones de izquierda alemanas, una red de dispensarios de salud mental en los que se atendían las

Psiquiatra. Jefe de Unidad de Salud Mental. CSM de Basauri-Galdakao (Bizkaia). Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.
ander.retolaza@telefonica.net

demandas de militantes y público en general. En esa década de los 30 del pasado siglo el propio Reich utilizó la expresión plaga emocional para referirse a los muy extendidos fenómenos de patología neurótica que podían observarse en aquellos dispensarios. El término de plaga hace una alusión inequívoca a la amplitud (y contagiosidad) de los desórdenes observados. Siguiendo el mismo hilo conductor, bastantes años más tarde y con ocasión de los cambios sociales y culturales habidos en Europa durante los años siguientes a la revuelta de 1968, la antipsiquiatría italiana acuñó la expresión malaria urbana, muy similar en sus connotaciones a la anterior, para señalar sin duda, si no al mismo fenómeno, a algo muy parecido. En ambos casos se alude a una forma (o formas) de malestar psicológico difuso, muy extendido entre la población, preferentemente en ámbitos urbanos, y –en los términos entonces al uso– de carácter psico-sexual o neurótico. Siempre se trata de malestares padecidos por muchas personas, asociados –sobre todo– a formas más o menos alienadas de vida o de trabajo. En cualquier caso percibimos, de una u otra manera, las alusiones al malestar freudiano relacionadas con la cultura, entendida ésta como forma de organización social. Sin embargo estas referencias, con ser de gran interés, carecen de descripciones precisas sobre la mayor parte de los signos, síntomas, y síndromes concretos asociados a este malestar.

Habrà que esperar a la psiquiatría comunitaria inglesa, desarrollada en el contexto de un servicio público de salud de amplitud nacional (el National Health Service en el Reino Unido) para empezar a encontrar desarrollos un poco más concretos. En el prefacio al famoso libro de Goldberg y Huxley *Enfermedad mental en la comunidad* (2), Michael Shepherd, recogiendo el desafío que plantean los datos de ese texto, apunta hacia una nueva dirección: *“Paradójicamente, da la impresión de que la mayoría de los psiquiatras comunitarios no se han dado cuenta del hecho de que la mayor parte de*

las enfermedades mentales, en cualquier comunidad, nunca llegan a entrar dentro de sus consideraciones”. La razón de ello era que, en una época con incipientes servicios ambulatorios (aunque ya en clara fase de expansión comunitaria) y en la que casi toda la asistencia en salud mental se dispensaba aún desde Hospitales Psiquiátricos, los profesionales sólo alcanzaban a tratar muestras muy seleccionadas de pacientes que les llegaban (como ahora) a través de la derivación de otros colegas. Pero la psiquiatría, sobre todo en su vertiente asistencial pública, aún se concebía y practicaba, casi exclusivamente, centrada en los grandes síndromes (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, etc...) atendidos en los hospitales y asilos heredados de la tradición ilustrada. Serían precisamente los casos más comunes y frecuentes (ahora por primera vez vistos con asiduidad en los nuevos servicios comunitarios) aquellos que quedaban fuera de su observación. Pero ¿cómo se manifiestan estos problemas? A partir de los años 60, es decir, desde la primera época del despliegue de servicios comunitarios (especialmente en el Reino Unido y los Estados Unidos, algo menos en Francia), ya habían empezado a aparecer, primero poco a poco y profusamente después, descripciones psicopatológicas que concretaban y precisaban las formas clínicas de este malestar. Problemas depresivos más o menos transitorios, síntomas ansiosos diversos, quejas somáticas sin explicación médica, abuso de alcohol y medicaciones psicótropas, estrés, además de una miríada de síntomas conductuales asociados a dificultades en la realización de tareas y responsabilidades sociales, incluyendo bajas laborales. Esta problemática psicosocial se asemejaba ya bastante a la que los terapeutas privados, especialmente los psicoanalistas, venían tratando en sus consultas, aunque –por motivos obvios– sobre una clientela escasa en número frente a la que ya empezaba a presionar y llamar a las puertas del National Health Service británico. Una característica del modelo epidemiológico y asistencial que

Goldberg y Huxley proponen en sus libros es que las *conductas de enfermedad* que describen aparecen como inextricablemente unidas al sistema asistencial en el que son observadas (2,3). Es cierto que puede haber personas con similares problemas en ámbitos comunitarios, algunas de las cuales no llegan a generar demanda asistencial alguna. Pero el conocido modelo de niveles y filtros que plantean apenas tiene sentido fuera de un sistema sanitario organizado precisamente en niveles asistenciales entre los que hay que establecer una circulación adecuada de los pacientes. Y en gran medida el orden conceptual que se propone para definir y describir los malestares de esos pacientes se deriva de la organización asistencial misma. Se trata, en lo fundamental, de una forma de ordenar y estructurar las cosas producida por la necesidad de dar una respuesta adecuada a la importante demanda sanitaria que este tipo de pacientes empezaba a suponer.

En este sentido es reveladora la clasificación empírica que David Goldberg, recogiendo la experiencia acumulada en las dos décadas anteriores, propone en un trabajo de 1982 sobre el concepto de *caso psiquiátrico* (4). Habría un primer grupo de enfermedades psiquiátricas mayores, como la esquizofrenia, la depresión psicótica o la manía. Sus características principales, según este autor, son las siguientes: se trata de entidades relativamente fáciles de identificar, con tratamientos farmacológicos bastante específicos y que habitualmente son tratadas en el nivel especializado. Un segundo grupo estaría constituido por los trastornos ansiosos y los depresivos que requieren intervención específica, aunque *no siempre especializada*, incluyendo en muchas ocasiones el uso de medicación. El tercer y último grupo es el de los pacientes que no requieren una intervención específica. Aquí encontraremos varios tipos de usuarios: 1) aquéllos con síntomas subsindrómicos o leves; 2) otros con síntomas transitorios o de corta duración; 3) otros más en los que se observan síntomas no

relacionados con las preocupaciones o el motivo de consulta del paciente y, finalmente; 4) aquellos casos que aparecen claramente derivados de situaciones externas que no pueden ser modificadas. En este tercer grupo de pacientes las actuaciones más indicadas serían el apoyo y las intervenciones psicosociales.

El propio autor no deja de reconocer algunas dificultades a esta clasificación pragmática en la que se vislumbra un trasfondo del modelo dimensional que ha venido proponiendo como posible alternativa a las nosografías de tipo categorial, al menos en lo relativo a los trastornos más comunes y frecuentes. Pero si observamos un poco detenidamente esta clasificación veremos que nos ayuda a plantear un buen número de indicaciones para organizar algunas acciones pertinentes. Entre los dos primeros grupos se establece un corte relativamente claro, coherente con la práctica clínica habitual, entre los trastornos que deben ser tratados en el nivel especializado y en el de la atención primaria. Sin embargo hay que reconocer que se presenta un problema, dado que parte de los trastornos ansiosos y depresivos será objeto de intervenciones en servicios de salud mental y otra parte en atención primaria; todo ello en función de la severidad diagnóstica y de la naturaleza, especializada o no, de la intervención necesaria. La frontera entre ambos niveles asistenciales y los criterios que la establecen no aparecen, como la práctica cotidiana nos demuestra, claramente establecidos, al menos de inicio. Cada caso debe ser objeto de análisis. Por lo tanto este tipo de trastornos parece ser el terreno adecuado para la interconsulta en la que se decida el tipo de atención y el nivel asistencial en el que se realiza.

El tercer grupo, no obstante, quizá sea más conflictivo e interesante. Goldberg no hace indicaciones precisas sobre quién debe atender a este colectivo (que bien podría encontrar cometidos en ambos niveles asistenciales) y sólo señala de una manera general el tipo de prestación

–inespecífica– de la que estos pacientes podrían ser objeto. Dentro de este grupo, y para los dos primeros supuestos, es decir, aquellos usuarios con síntomas subsindrómicos, leves, transitorios o de corta duración (algunos de los cuales –como hoy sabemos– pueden ser pródromos o residuos de episodios más graves) lo adecuado parece establecer algún sistema de vigilancia y supervisión, que incluya probablemente medicación de mantenimiento en algunos casos, dado que conllevan un cierto riesgo de evolucionar hacia trastornos más establecidos. El tercer supuesto plantea un problema frecuente e interesante. Trata sobre la situación en la que un profesional (médico de familia, psiquiatra, asistente social, etc...) observa un problema, de posible orden psicopatológico, en una persona que realiza una consulta por otro motivo. La actuación pertinente en este caso requiere consideraciones de tipo ético, pero también un adecuado análisis de la demanda y un diseño de la estrategia de intervención proporcional a la gravedad del problema detectado. En esta situación es probable que muchas veces, como primera opción, lo mejor sea no hacer nada, o como alternativa, informar al *potencial* paciente sobre su situación psicopatológica de manera adecuada al caso. Si procede será preciso negociar diagnóstico, intervención y posible derivación con el interesado(a) y/o su familia, o bien, desarrollar una actuación de tipo indirecto, no necesariamente clínica (en el sentido de un tratamiento farmacológico o psicoterapéutico). El cuarto y último supuesto nos remite a las limitaciones de nuestro trabajo y del arsenal terapéutico disponible. Nos recuerda que hay circunstancias externas al sujeto que no podemos cambiar por mucho sufrimiento que le puedan plantear a éste. Esta situación es muy frecuente cuando se detecta estrés crónico, incluso grave, y en algunos trastornos adaptativos. Estos dos últimos tipos de usuarios en especial podrían beneficiarse de intervenciones que es necesario planificar y sopesar adecuadamente

en ese ámbito que solemos llamar psicosocial. Se vislumbra en toda esta problemática que es imprescindible un trabajo multidisciplinar, que incluya personal médico, sanitario y no sanitario, formación psicoterapéutica suficiente y considerables dosis de aptitudes estratégicas y sentido común. Probablemente estas virtudes no son tan frecuentes en el entorno profesional de nuestros días como sería de desear. Pero tanto aptitudes como *actitudes* profesionales (las últimas un poco menos) bien pueden ser formadas y desarrolladas mediante los programas asistenciales y docentes pertinentes. El único problema es que programas de estas características, a día de hoy y en nuestro medio, brillan por su ausencia.

Este ejemplo sobre una posible clasificación (no estrictamente clínica en este caso) nos sirve para poner de manifiesto que, como tantas otras veces en psiquiatría, se trata, ante todo, de organizar un orden pragmático. Por ello cabe interrogarse sobre su pertinencia fuera de un sistema asistencial público muy articulado, como es el actualmente disponible en las sociedades desarrolladas, y –no lo olvidemos– sujeto a financiación pública, acceso universal y gratuito. En mi opinión este principio de ordenación estructurado desde las demandas o exigencias planteadas a los proveedores de servicios no resta relevancia alguna a lo que, a falta de otro nombre mejor, denominamos como *trastornos mentales comunes*, sino que, más bien al contrario, contribuye a colocarlos en su sitio exacto como problema. Lejos de un esencialismo extremo, que según un modelo médico abstracto muy al uso, partiría de la etiopatogenia y derivaría, primero, en una nosología y después en una epidemiología de las que deducir la relevancia médica (o psiquiátrica) de las entidades a tratar, nos encontramos, en el orden inverso que es siempre el que la realidad nos plantea, ante unas necesidades y una demanda que hay que atender y organizar. Finalmente éste y no otro sería el principio estructurador del problema y determinaría su mejor

manera de conceptualizarlo. La relevancia social del asunto es tan evidente que se impone por sí misma y sólo aparece de forma implícita en la clasificación propuesta por Goldberg.

No se trata de negar la necesidad y posible utilidad de las clasificaciones clínicas, diagnósticas o estadísticas. De hecho las diversas CIE, a partir de su 9ª edición, así como la serie de los DSM irrumpieron con fuerza en esos mismos años; especialmente a partir del DSM-III en los primeros 80, que es el primer manual que logra imponer un consenso bastante generalizado a pesar de las abundantes resistencias frente al mismo, algunas de las cuales –aunque en franca retirada– todavía persisten en nuestros días. Pero la psiquiatría (como la medicina) siempre ha tenido que responder a las demandas sociales respecto a cuáles eran los problemas de los que tenía que hacerse cargo. El estudio clínico y semiológico de los casos sólo viene *después*, como mejor forma de organizar la casuística y hacer posible la tarea terapéutica. Este punto de vista, que en la actualidad se acepta bastante bien cuando nos referimos a la historia de los asilos psiquiátricos, resulta para muchos molesto si lo referimos a nuestra época. Parece que esta supuesta debilidad congénita de nuestra especialidad es singularmente difícil de digerir en la era de la medicina basada en la evidencia científica. El continuo desarrollo de nuevas profesiones y tareas centradas en el trabajo psicológico o psiquiátrico es otra de las facetas de esta demanda social. Psicoterapeutas de diversas adscripciones, terapeutas ocupacionales y de familia, mediadores en conflictos (incluidos los de pareja) y otras variadas profesiones han irrumpido en el mercado asistencial. Ya no son sólo los potenciales pacientes o usuarios quienes demandan atención, sino que nuevas profesiones y profesionales se han venido a sumar a la tarea y reclaman sus correspondientes ámbitos de trabajo. En consecuencia, exigidos por todos los frentes, los sistemas de atención sanitaria y de provisión de

servicios, sean públicos o privados, se ven en la necesidad de ofertar nuevas formas de asistencia.

Si observamos bien todo el proceso, veremos que es precisamente a partir de Freud y de las conceptualizaciones y prácticas psicoterapéuticas derivadas del psicoanálisis desde cuando los contornos (siempre arbitrarios) de lo normal y lo patológico se difuminan cada vez más. Sin duda la crítica social contenida en las formulaciones psicoanalíticas así lo requería en el desarrollo de su lógica interna. Desde la hora inaugural de la primera psicoterapia moderna (el psicoanálisis) las personas normales (o aquellas que lo parecen) comienzan a ser objeto de preocupaciones teóricas y prácticas psicoterapéuticas asiduas. Los clientes habituales de Freud y de la mayor parte de los psicoanalistas que le han sucedido son personas de cierto nivel cultural y capacidad adquisitiva, que demandan ayuda (y la pagan) en función de su propio criterio de necesidad. Así pues, estamos dentro de un modelo liberal de pura estirpe burguesa: una relación terapeuta-paciente basada en un libre contrato entre las partes. El psicoanálisis, como todo el mundo sabe, nace en los salones y consultas privadas de la pequeña burguesía vienesa, lejos de los asilos de la psiquiatría clásica. Pero el éxito de sus teorías y de su práctica clínica acabó por conmocionar de una manera definitiva el devenir de la psiquiatría. Por lo menos hasta nuestros días. Y el territorio que estamos explorando en este trabajo, el de los trastornos mentales comunes, resulta especialmente ejemplar al respecto,

Lo demás lo ha traído la lógica del desarrollo económico y cultural de nuestras sociedades, especialmente a partir de la Segunda Guerra Mundial. La democratización de las mismas, con su tendencia igualitarista, ha condicionado que, más o menos reformuladas, estas u otras prácticas psicoterapéuticas (y el derecho a disponer de ellas) se haya extendido a amplios sectores sociales que reclaman ayuda profesional para tratar

de afrontar sus problemas vitales y encarar con mejor bagaje la difícil conquista de la felicidad. Por su parte, los poderes públicos, el estado, se han dado cuenta de la potencialidad de este tipo de prácticas terapéuticas para mantener debidamente encauzadas las preocupaciones, problemas y aspiraciones de amplios sectores sociales.

Aunque ya venían siendo reconocidos como trastornos desde mucho tiempo atrás, es a partir de los años 80 del pasado siglo, con la estandarización de los criterios de diagnóstico psiquiátrico difundidos sobre todo a partir del DSM-III, cuando todos o la mayoría de los diagnósticos que hoy englobamos en los denominados *trastornos mentales comunes*, han cobrado carta de naturaleza y total legitimidad junto a los diagnósticos psiquiátricos clásicos. Es más que posible que la necesidad de encuadrar, delimitar y ordenar las crecientes demandas asistenciales que ya se venían formulando a los sistemas sanitarios (públicos o privados) de los países más desarrollados, empezando por los Estados Unidos, tenga su parte de responsabilidad en este desarrollo de los acontecimientos. Junto a estos trastornos comunes (o *menores* según el criterio de algunos) nuestros modernos sistemas clasificatorios han tenido la necesidad de incluir condiciones, en principio no consideradas como trastorno desde el punto de vista psicopatológico, pero que pueden generar demandas asistenciales importantes. Así desde el DSM-III ha sido preciso definir códigos de tal manera que puedan ser registradas consultas por problemas tales como desavenencia matrimonial, duelo o problemas interpersonales en los que el demandante de ayuda no cumple criterios de trastorno mental.

En la Guía para el usuario del GHQ (1988), David Goldberg y Paul Williams, dos de los autores que más han aportado en este campo, aceptan sin acritud los hechos: *“Es evidente que en distintas culturas, e incluso dentro de la*

misma cultura en diferentes momentos, se remiten al psiquiatra distintos tipos de pacientes. Por ejemplo, puesto que en Estados Unidos hay un número relativamente grande de psiquiatras, tienen la posibilidad de que se les remitan pacientes con trastornos menores, que probablemente no serían vistos por un psiquiatra en un país en vías de desarrollo. A finales del siglo XIX, los “alienistas” cuidaban un grupo de pacientes mucho más restringido que los que cuidan los psiquiatras actualmente en el British National Health Service. En la práctica privada es el paciente o aquellas personas cercanas a él quienes definen, en realidad, “el trastorno psíquico”: Una vez que el paciente llega, el psiquiatra típicamente coincide con el juicio del no profesional y asigna una etiqueta diagnóstica en concordancia con el rol formal del paciente. De igual forma, es bastante evidente que la decisión que toma el médico general a la hora de remitir un paciente al psiquiatra está muy influenciada por el paciente y la familia. De nuevo, el psiquiatra asumirá generalmente que el paciente tiene un trastorno psíquico”(5).

Me he permitido esta larga cita de unos autores considerados como autoridades en la materia porque refleja con extraordinaria claridad, y de una forma más humilde de lo que habitualmente suele hacerse, el estado real de la cuestión y el papel que el psiquiatra desempeña en ella.

Ahora bien ¿Significa todo lo anterior que nos encontramos ante una impostura o ante un engaño colectivo? Cuando aceptamos a tratamiento este tipo de trastornos, que hasta hace poco había consenso en llamar neuróticos y cuyo paradigma actual son la depresión y los trastornos de ansiedad (incluidas sus manifestaciones más leves) ¿Estamos realmente intentando conceptualizar y dar respuesta a problemas de orden estrictamente social desde un modelo médico o psiquiátrico? ¿Se trata realmente de un artificio, es decir, estamos planteando el problema desde el lugar equivocado? O, peor aún ¿Se trata de

una sutil forma de control de las poblaciones, de expropiación de su identidad emocional y de su capacidad de gestionar su propia vida? ¿Debe un sistema público de salud atender a toda esta pléyade de personas con problemas menores?

Por empezar por el final. Ocurre que muchas de estas cuestiones no serían planteadas en absoluto, o de la misma forma, si estuviéramos hablando de un ámbito de tratamiento estrictamente privado, donde el libre contrato entre las partes establece las reglas de juego. Aquí poco importa la naturaleza biológica, psicológica o social de los problemas siempre que se cumplan algunas condiciones tales como: que haya una parte que demanda ayuda y otra que la oferta; que ambas se pongan de acuerdo en el precio; que acuerden un contrato terapéutico, o sea, una forma pactada en que los problemas –si se aceptan como tales– van a ser tratados. Muchos profesionales que dudan de la pertinencia de ofertar ayuda psicológica o psiquiátrica a algunos de estos pacientes tendrían menos dudas (como de hecho no las tienen) en demandar tratamiento, según su propio criterio de necesidad, si el problema lo tuvieran en casa. Sin embargo, parece que las características de un sistema público de salud no congenian bien (o cuando menos no lo han hecho bien hasta la fecha) con una oferta generalizada de atención de esta naturaleza. A primera vista una de estas características, o premisas básicas, a las que responde el sistema público de salud es, sin duda, la justicia distributiva. Su aplicación viene mediada por la redistribución de rentas que supone la provisión de servicios –pagados con el erario público–, cualquiera que sea su precio, sin tener en cuenta la capacidad adquisitiva del paciente. En este reajuste, socialmente pactado en aras de alcanzar una mayor cohesión social, vemos una de las más poderosas razones de ser de un sistema sanitario y de seguridad social. Otro principio del sistema reza que la atención preferente debe destinarse a los casos más graves y necesitados.

Un tercero habla de eficiencia en el gasto, intentando que el dinero público sea invertido en aquellos problemas (y de aquella forma) que resulten más costo-efectivos, etc...

A la luz de estos principios generales da la impresión de que tratar posibles síntomas psicológicos más o menos relacionados con la conflictiva laboral o familiar, o con los problemas de salud general (estos últimos en muchas ocasiones ya tratados por otros especialistas) podría resultar desproporcionado, superfluo o ineficaz. Y en cualquier caso corre el riesgo de ser injusto, pues acapara recursos que el sistema podría necesitar con carácter preferente para otros colectivos más necesitados.

Sin embargo el sistema sanitario público tiene un más profundo alcance en su razón de ser. Uno de sus más poderosos motivos para existir reside en el hecho de que es, probablemente y a la vez, la forma más eficaz y ahorrativa que nuestras organizaciones sociales han encontrado para reparar y volver a poner en activo el caudal de fuerza de trabajo incapacitado para el ejercicio laboral por la enfermedad. Desde este punto de vista la atención preferente que siempre acabará brindando estará condicionada por aquellos padecimientos que tengan más relevancia social desde una perspectiva productiva y que, probablemente, sean también los que, hablando en términos numéricos, más sufrimiento social e individual generan, cualquiera que sea la naturaleza de éstos trastornos.

Viendo las cosas desde este enfoque resulta más fácil entender la causa por la que los trastornos mentales más leves (y muchos de ellos más evitables) están ocupando una zona progresivamente importante dentro de la atención que nuestros sistemas sanitarios deben soportar. A medida que las enfermedades agudas, cuyo modelo más cabal son los procesos infecto-contagiosos, han sido superadas, las patologías crónicas han venido a ocupar el centro del sistema asistencial y, dentro de éstas, los trastornos men-

tales ocupan un lugar especialmente importante. Los estudios epidemiológicos, cada vez más precisos, que se vienen realizando y publicando desde hace algunas décadas, no hacen sino hablar de la amplitud y trascendencia de este problema (6). Los datos son cada vez más consistentes en el sentido aportar información sobre la alta prevalencia de los llamados trastornos mentales comunes y el sufrimiento individual y colectivo que generan; de su enorme costo en bajas, improductividad laboral y sobrecarga familiar (especialmente para las mujeres) y de la –hoy por hoy– insuficiente efectividad con que son tratados en el sistema sanitario, con el gasto ineficiente que también ello produce. Sólo con esto ya hay motivos suficientes para poner en marcha todo un proceso de investigación de alcance universal sobre este asunto, como en realidad está ocurriendo en todo el mundo y también en nuestro país (7) desde hace algo más de dos décadas. Se hace necesario profundizar en la naturaleza de estos problemas a fin de encontrar las mejores formas de abordarlos. Lo que conocemos hasta ahora es que los síntomas y síndromes más típicos (ansiedad, depresión, somatizaciones...) vienen asociados a otro tipo de padecimientos, como la enfermedad médica común, sobre todo si ésta es grave o invalidante, a problemas laborales, como el paro, o a diversas condiciones personales como el aislamiento social o la conflictiva familiar continuada. La pobreza, la escasa escolarización o las condiciones sociales límite (como las relacionadas con la guerra o las derivadas de catástrofes naturales) son un caldo de cultivo considerable para este tipo de trastornos y constituyen motivos de riesgo conocidos, especialmente para los más jóvenes y los más desasistidos. Muchas personas sometidas a este tipo de situaciones, en todo el mundo, acaban desarrollando trastornos mentales graves y más permanentes, así como abuso de todo tipo de estupefacientes, incluido el alcohol. Muchos de estos problemas son evitables si se ejerce sobre ellos

una adecuada vigilancia y el correspondiente trabajo preventivo, muchos de ellos –efectivamente– dependen (como la salud en general de las personas) más de condiciones sociales y estilos de vida, que de la provisión de cuidados mediante tratamientos especializados. Pero cada vez cabe menos duda de que el sistema sanitario, especialmente el público, debe tener una función protagonista en su vigilancia y prevención, así como una responsabilidad directa en su asistencia cuando se precise, aunque no sea sino en formas paliativas.

Por supuesto que existen riesgos. De acuerdo en que es necesario poner algunos límites a un intervencionismo extremo y hacer muchas matizaciones para un adecuado abordaje de todos estos trastornos. Deben ser asumidos, en principio, con un tipo de atención no especializada. Si los especialistas se hacen cargo, de entrada, de los posibles casos estaremos ubicando el problema en un nivel asistencial inadecuado. Es seguro que esto nos pondrá en la necesidad de redimensionar y reestructurar el actual sistema de atención. Sobre todo en la asistencia primaria, a cuyos profesionales es necesario apoyar y asesorar. ¿Y quién está en mejores condiciones de hacerlo que los profesionales de la salud mental? También se hace necesario retomar (y hacer explícito) el componente psicológico inherente a toda buena práctica médica, actualmente casi periclitado por la superespecialización a la que hemos llegado. En cualquier caso les corresponde a los servicios especializados una función de asesoría y supervisión con respecto a la atención primaria en todo lo referente a este tipo de trastornos.

Abundando en estas ideas, y en parte ya antes de los trabajos de Gerald Caplan, conocemos la íntima relación entre los ambientes sociales y los trastornos psiquiátricos (8). No por casualidad este autor, hoy casi olvidado, desarrolló y expuso sus tesis durante la época comunitaria optimista subsiguiente a la Ley Kennedy (1963), que marcó

el inicio de la expansión de servicios ambulatorios en los Estados Unidos. Para Caplan el bienestar psicológico de las personas viene condicionado por las circunstancias sociales en las que se ve inmerso y por la calidad de su vida. Desde un primer momento el ser humano necesita de una serie de aportes básicos para estar en condiciones de desarrollar una mente equilibrada, sana y capaz. Se trata de aportes tanto materiales (alimentación, vestido, condiciones de vivienda, salud corporal) como de tipo psicológico (afecto, estímulo y trato adecuado, cuidados básicos, etc...). Si como profesionales funcionamos con una mentalidad reduccionista (igual da en un sentido biológico que psicológico o, incluso, social), nos encontraremos con un extraordinario problema ya que lo habitual es que trastornos mentales, problemas médicos y dificultades socio-familiares aparezcan mezclados y en íntima relación entre sí. Además sabemos que el trastorno mental, incluso en sus formas leves o incipientes, genera dificultad de rendimiento social y laboral. Por lo tanto hay que aceptar a estos pacientes como realmente son e investigar para profundizar nuestro conocimiento sobre sus padecimientos, aclarar la naturaleza de los mismos, sus posibles componentes biológicos, sociales o psicológicos y las más eficaces y seguras formas de tratamiento.

En lo mencionado hasta aquí se resumen las líneas clave que determinan el malestar de nuestros pacientes. Pasemos ahora a hablar del malestar de los profesionales que los atendemos. También toca hablar aquí de las dificultades en la provisión de servicios. En primer lugar, existe una preocupación difusa, pero muy extendida, incluso entre profesionales, por el control social y la manipulación de las personas que muchas de las intervenciones psicosociales puedan suponer. Frente a este riesgo de yatrogenia, de medicalización o psiquiatrización de los problemas vitales, inducido por los posibles excesos de la técnica, se aduce por parte de algunos que estos pro-

blemas deben ser tratados (¿siempre?) por los propios interesados, con sus propios medios y en su propio ambiente social. La antigua vindicación libertaria de *autogestión de la depresión* sería un buen lema para subrayar esta actitud. Aunque más subrepticamente que en épocas pasadas éste sigue siendo un debate entre profesionales en el que no se produce aún el consenso suficiente. El aspecto práctico fundamental del mismo se puede resumir en las dos preguntas siguientes: ¿A quién hay que tratar y a quién no? ¿Hay que atender o no este caso concreto? En mi opinión, y aunque es necesario reconocer el riesgo de celo excesivo que toda intervención técnica supone, la manera correcta de abordar este asunto es asumir como inevitable que, en la actualidad, muchos problemas personales son (y van a seguir siendo) objeto de demanda profesional y enfrentarlos en su propio terreno, sin rehuir este hecho como si de un anatema se tratara. Expondré más en detalle mis motivos: 1) Es inevitable que esto sea así, debido a la evolución de nuestras sociedades y a la demanda asistencial que se nos plantea a los profesionales sanitarios; 2) Esta situación de dificultad la compartimos con muchas intervenciones técnicas ofertadas en los sistemas de atención pública dentro del ámbito de la medicina e, incluso, fuera de ella; 3) El buen resultado de cualquier intervención psicológica o psiquiátrica bien dirigida precisa siempre de la cooperación interesada y la motivación suficiente del usuario-paciente, lo que disminuye los riesgos de abuso profesional (aunque quizá no del abuso que pueda provenir de la parte del usuario); 4) En cualquier caso, éste siempre va a tener que gestionar su problema y hacerse (o no) cargo de él, lo que no excluye que en un tramo de su recorrido vital precise de una ayuda externa, a veces profesional, mediante la que poder mejorar sus estrategias de afrontamiento; 5) Rechazar de plano y, por principio, como inadecuadas una parte de las demandas que se nos plantean supone no entrar en una dis-

cusión (que también tiene una vertiente *técnica*) sobre cómo evitar caer en peligros que, de todas formas, nos acechan por todas partes en nuestro ejercicio profesional. En su lugar lo que habría que hacer es analizar y describir, de la manera más precisa posible, las condiciones que apuntan hacia una indicación de *no intervención*; 6) A estas alturas es casi una condición ética enfrentar este asunto de una manera profesional y directa, sin demasiados apriorismos, dadas las características que nos presenta la demanda actual de muchos de nuestros conciudadanos; 7) Por el contrario, el puro y simple rechazo de cualquier forma de intervención (cosa, que en la práctica, no ocurre casi nunca), sin una argumentación suficientemente razonada y al alcance del usuario, podría connotar un abandono de la obligación de asistencia, inherente a la propia ética de todo sistema asistencial público.

Y existen medios a nuestro alcance para desarrollar esta tarea de forma adecuada. Hay *técnicas* de abordaje e intervención que partiendo del análisis de la demanda (que debe preceder a todo diagnóstico o, como mínimo, acompañarlo) pueden posibilitar una devolución en condiciones mejores y más elaboradas del problema al usuario y reubicar los conflictos en el lugar más adecuado para su resolución, que muchas veces no es la consulta médica o psiquiátrica, aunque –como he señalado más arriba– ésta pueda constituir un lugar más por el que éstos transitan. Puede ser que estas intervenciones requieran cierta pericia y algunas veces (como el resto de intervenciones posibles) fracasen. Puede ser que nuestro demandante de ayuda no desee (o no pueda) en absoluto hacerse cargo de sí mismo y sus problemas. Pero trabajar con esta perspectiva ayuda sobremanera a separar las intervenciones posibles de las imposibles, también a definir el grado y nivel de alcance necesario a las mismas e, incluso, contribuye a esclarecer quién debe o no debe llevarlas a cabo. Se trata de disponer de elementos racionales (y no solamente subjetivos) de juicio,

más fáciles de exponer y consensuar, a fin de separar no casos de casos a tratar. También de *construir procedimientos* cada vez más explícitos que especifiquen la naturaleza de las intervenciones más eficaces o las descarten, por lo menos, del ámbito sanitario. Ya Caplan, en sus *Principios de Psiquiatría Preventiva* (8), planteaba para la salud mental comunitaria diferentes modelos de consulta en función de las necesidades derivadas de cada demanda. Una consulta puede centrarse en el manejo de un cliente o paciente específico, o en los problemas relacionados con la iniciación y mantenimiento del mismo en un programa ya establecido. Por otra parte, hay interconsultas cuyo objetivo (declarado o no) es ayudar a otro profesional en el manejo de un paciente, o bien aumentar su comprensión, habilidad y objetividad en el trato con éste. El problema para nosotros, varias décadas después, es que, desbordados por un activismo clínico extremo (que casi siempre acaba en la receta de un fármaco) y una toma en cargo de casos sin deliberar sobre las posibles alternativas de manejo, hemos olvidado casi por completo qué sentido puede tener la idea de una psiquiatría preventiva, en la que muchos –interesadamente– no creen y la mayoría no practican por mera ignorancia de sus objetivos y técnicas. Pero este parece ser el signo de los tiempos. En todo caso, se trata armarnos técnica y éticamente frente a dinámicas sociales muy acusadas. Dentro de este panorama los profesionales sólo somos una parte de la balanza, como por su lado también lo son el potencial cliente-usuario y el empleador (que casi siempre es la Administración Pública). Por otro lado, y en relación con todo esto, se supone que los profesionales hemos de ser capaces de gestionar nuestro propio malestar.

Recapitulemos sobre algunas de las ideas expuestas: necesidad de consensuar las intervenciones y establecer cautelas sobre las mismas, asumir y gestionar riesgos, profundizar en el conocimiento científico y someterse a un (difícil pero necesario) debate social que explore y defina las poten-

cialidades y limitaciones (tanto de orden económico, como científico-técnico o de conveniencia social) del sistema sanitario, especialmente el público, en nuestros días. Si lo pensamos detenidamente esto lo tienen que hacer (y lo hacen) todas las especialidades médicas conocidas. Por lo menos las más desarrolladas entre ellas que tienen que cuestionar continuamente la eficacia y seguridad de sus intervenciones, además de las indicaciones y contraindicaciones de las mismas, sin olvidar su tolerancia y su eficiencia. En lo relativo a la salud mental (y a la salud en general de la que el factor Psi es parte indisoluble), estos son los retos de los que un ejercicio profesional responsable debe dar cuenta en la actualidad.

Pero hablemos un poco más del malestar profesional. Este, en gran parte, viene derivado de las características generales de los sistemas asistenciales públicos de nuestra época, sujetos en todas partes a crítica en profundidad, con discusiones sobre su viabilidad financiera y organizativa y sometidos a procesos de reestructuración, cuando no directamente a recortes de inversión. El proceso seguido por el National Health Service del Reino Unido, con una progresiva y fuerte delegación de funciones en la asistencia privada y de pago, tanto en la gestión como en la provisión de servicios, resulta –dada la historia y prestigio internacional que llegó a alcanzar– especialmente paradigmático. Donde antes había vocación de servicio público, ahora aparecen áreas de negocio. Y es que la lógica de nuestro actual modelo social y productivo está presidida por la *eficiencia* (siempre según la definen gerentes y gestores) y también por la *satisfacción de los consumidores*. Ninguno de estos dos parámetros es establecido por los profesionales sanitarios. Esto se opone a la lógica del sistema sanitario tradicional, marcada por la eficacia en términos, antes sí, marcados por los propios profesionales. Un tipo de pacientes como los que estamos describiendo, que tienen problemas más leves y son más capaces de hacer valer sus derechos que los locos tradicionales, generan

más problemas a los profesionales de la psiquiatría y psicología. Desde esta perspectiva se entiende que aparezcan múltiples microconflictos abiertos o latentes. La alteración de los modos tradicionales en la asistencia sanitaria produce complejidad e incluso desconcierto en muchos profesionales (9). De ahí se pueden derivar prácticas defensivas o inapropiadas.

En su conjunto el actual sistema productivo se centra en el consumidor, entendido éste como un individuo soberano, con una idiosincrasia particular relativamente autónoma respecto a los condicionantes sociales. En esta situación todas las instituciones sociales originarias de la era industrial previa experimentan una seria crisis de adaptación. En concreto el sistema sanitario presenta dificultades especiales, ya que la naturaleza de la demanda sanitaria queda profundamente alterada. Hasta hace poco, simplemente, se había ampliado de forma cuantitativa, incluyendo progresivamente nuevos sectores sociales anteriormente excluidos de la atención (caso de los trastornos psiquiátricos en su conjunto, recuérdese), pero no existían contenidos cualitativos añadidos. En el nuevo sistema, fruto del modelo social imperante, se produce una ampliación de las necesidades percibidas que configura un cambio de naturaleza cualitativa. Estas necesidades aparecen en continua mutación y crecimiento y muchas de ellas no pueden ser sostenidas por el sistema, que por definición precisa de límites para ser viable. Por fuerza se producen tensiones y conflictos (9).

Además se observan sectores claramente diferenciados entre los usuarios de la asistencia sanitaria. Por un lado aquéllos con los suficientes recursos culturales y económicos como para expresar sus problemas, utilizar su influencia y resolver con satisfacción su proceso. Por otro, usuarios menos dotados de recursos, que no tienen capacidad para interactuar con los proveedores y deben aceptar lo que se les ofrece, pero que también presentan expectativas debido a que éstas han sido reconocidas e, incluso, esti-

muladas de una manera genérica por los consensos sociales implícitos al funcionamiento del sistema (9).

Y aún hay más. Los nuevos estilos de vida, en los que las referencias sociales resultan cada vez más obviadas configuran un modelo de identidad débil. Un yo más lábil, si se prefiere expresar de otro modo. Se trata de formas de personalidad en las que lo social queda subordinado a lo individual. En palabras del sociólogo alemán Ulrich Beck: *“La dejación del Estado ha obligado a los ciudadanos a buscar soluciones biográficas a contradicciones sistémicas sin que muchos de ellos estén en condiciones de encontrarlas”*. Esto, por un lado, genera nuevos riesgos psicológicos derivados de la extrema fragilidad de muchas personas y, por otro, al potenciar el interés exclusivamente individual, estimula demandas que pueden resultar inviables. En cualquier caso se vuelven a adivinar zonas de conflicto y malestar importantes, que afectan tanto a los usuarios como a los proveedores de servicios. Además, y en consonancia con lo argumentado más arriba, hoy sabemos que muchos problemas de salud sólo pueden ser adecuadamente planteados y resueltos desde una perspectiva integradora, donde la importancia de lo socio-sanitario es muy patente. El escaso desarrollo, especialmente en nuestro país, de una oferta coherente de servicios sociales y la dificultad de organizar de una manera coordinada sus prestaciones resultan de una gran trascendencia en el momento actual. Existen enfermedades (o problemas) con escasa respuesta efectiva (incluso entre los llamados trastornos menores) por parte de los dispositivos asistenciales disponibles a fecha de hoy. También procesos crónicos cuyo objetivo asistencial es la gestión continuada de los cuidados pertinentes, e, incluso, problemas inevitables en poblaciones con importantes niveles de fractura social.

El envejecimiento de la población, los nuevos modelos familiares con mayor presencia que en el pasado de núcleos desestructurados que aumentan las probabilidades de que aparezcan fenóme-

nos desadaptativos, el deterioro de los equipamientos y las condiciones de vida en la periferia urbana, o en su caso, los núcleos históricos de algunas ciudades, generan vulnerabilidad y fragilidad psíquica y física. También el fenómeno de la precariedad laboral que golpea con especial crudeza a jóvenes e inmigrantes y conduce a bajos salarios, inestabilidad y cambios de empleo, movilidad geográfica constante y desarraigo familiar. Todo ello es fuente de un malestar que hay que saber gestionar. Se supone que para eso nos hicimos profesionales. Se entiende también que para eso nos pagan un salario al final de cada mes. Pero, a pesar de las apariencias, no necesitamos héroes ni gigantes sanitarios, ni siquiera esforzados servidores de unos servicios, que cada vez tendrán que plantearse más cambios adaptativos, si lo que desea la mayoría social es que persistan en el tiempo. Basta con que los profesionales cuenten con las habilidades y conocimientos propios de su oficio y tengan una actitud abierta hacia las condiciones cambiantes de su ejercicio profesional. Para ello deberán estar en continua disposición de aprender y de trabajar en equipo, lo que implica –entre otras cosas– capacidad de delegar tareas (y el *quantum* poder que les es inherente). Estos equipos, por fuerza, serán (ya lo son) cada vez más complejos, incluyendo tareas médicas, estrictamente psiquiátricas y/o psicológicas, sanitarias y extrasanitarias (de servicios sociales especializados, sobre todo) en una red lo más coherente posible que, alguien (también se trata aquí de un perfil profesional) tiene que coordinar debidamente y para ello conocer, por lo menos en sus facetas primordiales.

Para acabar volvamos a Freud. Un aspecto de la trascendencia de su obra reside en que fue uno de los primeros en entrever la importancia de los problemas de nuestra postmodernidad. Sin sus aportaciones y las de sus seguidores (fieles e infieles) no sería posible entender la nueva libertad sexual, que incluye logros sociales como el divorcio, las parejas de hecho o el reconoci-

miento de la homosexualidad. Resulta coherente pensar que nuestras organizaciones sociales, en las que el trabajo es cada vez más exigente y complejo, han encontrado la manera de admitir estas válvulas de escape para las tensiones que todos y cada uno de nosotros (y nosotras) acumulamos a diario. Pero, en un bucle hacia el retorno de lo interminable –por cierto muy psicoanalítico–, con las soluciones afloran nuevos (o muy viejos) problemas, relacionados como siempre con la manera de organizar y conllevar las tensiones de nuestra psique. En términos freudianos, todo derivaría de nuestra *economía libi-
nal*, sometida ahora –también ella– a nuevos modelos de gestión, cuyas consecuencias a medio plazo para las personas y las organizaciones sociales aún no somos muy capaces de calibrar. De algo de ello y sus contradicciones se ha intentado dar un cierto testimonio en este trabajo.

“Pese a todas estas dificultades, podemos esperar que algún día alguien se atreva a emprender semejante patología de las comunidades culturales”

Sigmund Freud
El Malestar en la Cultura. 1930.

Referencias

1. Freud Sigmund: El Malestar en la Cultura. Obras Completas. Traducción Española. Editorial Biblioteca Nueva. Tercera edición, Tomo III. Madrid, 1977. 3017-3067.

2. Golberg D, Huxley P: Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care. Tavistock Publications. London, 1980. Trad. Esp.: Enfermedad Mental en la Comunidad. Ediciones Nieva. Madrid, 1990.

3. Goldberg D, Huxley P: Common mental disorders. A bio-social model. Tavistock/Routledge. London, New York. 1992.

4. Goldberg D.: The Concept of a Psychiatric “Case” in General Practice. Soc. Psychiatry, 1982, 17: 61-65.

5. Goldberg D, Williams P: A user’s guide to the general health questionnaire. NFER-Nelson Publishing Company. Windsor. 1988. Trad. Esp.: Cuestionario de Salud General. GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Masson SA. Barcelona. 1996.

6. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of mental disorders (ESEMeD Proje) Acta Psychiatr Scand 2004; 109 (Suppl. 420): 21-27

7. Haro JM; Palacín C; Vilagut G; Martínez M; Bernal M; Luque I; Codony M; Dolz M; Alonso J y grupo ESEMeD España: Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España: Med Clin (Barc). 2006; 126(12): 445-51.

8. Caplan G: Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books Inc. Trad. Esp.: Principios de Psiquiatría Preventiva. Paidós. Buenos Aires. 1980.

9. Irigoyen J: La reinención de los pacientes (“El cliente siempre tiene razón”). Salud 2000. FADSP, 2007, 113: 20-25.