

Emancipar como forma de cuidado: la indicación de no-tratamiento

Alberto Ortiz Lobo

Psiquiatra, Hospital Universitario La Paz, Madrid

Agosto 2023. Psicoevidencias nº 66. ISSN 2254-4046

Emancipar.

1. *Libertar de la patria potestad, de la tutela o de la servidumbre.*

2. *Liberarse de cualquier clase de subordinación o dependencia.*

Diccionario de la lengua española. Actualización 2022. Real Academia Española.

En los últimos años se ha puesto de moda lo que concierne a la salud mental. Los medios de comunicación se hacen eco del malestar psíquico, especialmente desde el sufrimiento que nos causó el confinamiento y las repercusiones de la pandemia de covid-19, y la población está preocupada por la necesidad de mayor atención y más profesionales. La salud mental ha entrado con cierto protagonismo en la agenda política y forma parte primordial de las estrategias del Ministerio de Sanidad y de muchas regiones, y los partidos políticos la mencionan explícitamente en sus programas electorales.

Mientras tanto, en los dispositivos de atención sanitaria se está produciendo una saturación de las demandas en salud mental que condiciona una atención con tiempos limitados, consultas poco frecuentes para atender el sufrimiento mental grave que en ocasiones precisa un acompañamiento más estrecho y continuado, y una tendencia al empleo de psicofármacos como solución inmediata ante la imposibilidad de ofrecer otras respuestas. Buena parte de estas demandas se corresponden con reacciones emocionales saludables, legítimas y proporcionadas al contexto, pero el dolor humano que las acompaña es codificado por los profesionales desde una mirada técnica que promueve una intervención sanitaria.

Hace casi 50 años, el pensador Iván Illich nos explicaba en su libro “Némesis médica: la expropiación de la salud”¹, cómo la civilización médica había robado a las personas su capacidad para afrontar los

problemas de salud y denunciaba que el dolor y la muerte habían dejado de ser desafíos personales para convertirse en problemas técnicos. Illich sostenía que ya no había lugar para la sabiduría popular, tradicional y colectiva en el afrontamiento de las vicisitudes cotidianas porque el pensamiento médico se había entrometido a través de sus profesionales en todas las parcelas de la vida como el único conocimiento válido y experto.

Más recientemente, el psicólogo James Davies analiza en su libro “Sedados”² cómo el neoliberalismo ha contribuido a crear la crisis actual de salud mental. Davies nos recuerda que la psiquiatría y la psicología son disciplinas normativas que tradicionalmente se han encargado de diagnosticar, tratar y controlar las disidencias que se producen en la sociedad. La nueva norma social en esta sociedad conformada en el capitalismo financiero es la de un individuo resiliente, optimista, asertivo, empresario de sí mismo y, sobre todo, económicamente productivo. Apartarse de este ideal supone correrse en un entorno donde el individualismo y la competencia con los otros preside el conjunto de las relaciones, ahora también condicionadas por la búsqueda del beneficio, el cálculo y la lógica del mercado. En este contexto, el bienestar se ha redefinido en un sentido que concuerda con los fines de la economía (competitividad, adaptacionismo, laboriosidad...) y se medicalizan y se tratan aquellas conductas y sentimientos que perturban o no se ajustan a este orden establecido. Además, las etiquetas diagnósticas y los tratamientos en salud mental a veces son las únicas vías de escape que justifican el cansancio y la falta de rendimiento, familiar, laboral o de cualquier índole. De esta manera, el sufrimiento se transforma en una magnífica oportunidad de mercado que permite incrementar el consumo de psicofármacos, psicoterapias, seguros sanitarios y todo tipo de mercancías que prometan una vida con “salud mental”³.

El discurso hegemónico en torno al sufrimiento psíquico se basa en un paradigma tecnológico que lo descontextualiza, individualiza y lo reconvierte en síntomas que constituyen un trastorno que ha de ser diagnosticado y tratado por los profesionales de la salud mental⁴. El malestar propio de los duelos, problemas académicos o laborales, desigualdades sociales y todas las reacciones emocionales dolorosas, aunque adaptativas, son resignificadas como “problemas de salud mental”

que precisan una respuesta técnica de médicos, psicólogos y psiquiatras. Los ciudadanos se constituyen como personas vulnerables y rodeadas de riesgos, sin “herramientas” para enfrentarse a los conflictos, débiles y necesitadas de un experto “psi” que les tutele en la vida. Como contrapartida, los profesionales aparecemos idealizados como expertos en cómo hay que vivir la vida familiar y laboral, en dilemas morales y con “herramientas” para aliviar cualquier sufrimiento. Este planteamiento de partida promueve una dinámica vertical en la atención que socava la autonomía, la sabiduría y las capacidades de las personas.

El papel de los profesionales en este fenómeno de la psicopatologización es crucial porque, a pesar de los condicionamientos sociales, políticos, económicos y culturales, finalmente somos nosotros quienes certificamos con un diagnóstico y/o un tratamiento la incapacidad de las personas y la necesidad de una intervención profesional. Este acto bienintencionado, que busca el cuidado de las personas aunque desestima la iatrogenia que provoca, soslaya la vertiente humana, social y contextualizada del sufrimiento psíquico y lo despolitiza⁵.

Las intervenciones en salud mental no son inocuas y, si son innecesarias, dañan gratuitamente a las personas. Cuando atendemos desde una mirada técnica individual a personas que están sufriendo las consecuencias de una injusticia social, como son el desempleo, la falta de vivienda, la precariedad económica u otras, corremos el riesgo de perjudicarlas en muchos aspectos. El seguimiento clínico certifica implícitamente que la respuesta emocional de la persona es inadecuada y que, por tanto, algo anda mal en su mente o en su cerebro que no se adapta convenientemente y que justifica que un profesional de la salud mental tenga que intervenir. Por otra parte, esta deriva de un problema social en un asunto clínico e individual ofrece falsas esperanzas de alivio y una mayor culpabilización de la persona si este no se produce. Finalmente los profesionales podemos convertirnos en colaboracionistas de un *statu quo* que propugna el adaptacionismo individual a injusticias e incongruencias sociales que nos atañen a todos⁶.

Probablemente tenemos más presentes los daños que provocan los psicofármacos por sus efectos adversos directos, sin embargo, el hecho de establecer una relación terapéutica, ya sea a través de una prescripción farmacológica o de una intervención psicológica, puede ser una fuente tanto de “factores curativos” como de iatrogenia que muchas veces no tenemos en consideración⁷. Las intervenciones psicoterapéuticas, potencialmente beneficiosas, también perjudican a muchas personas y pueden tener un balance negativo, como en los ensayos clínicos aleatorizados cuando son comparadas frente a no intervenir en situaciones de duelo^{8,9} o en supervivientes de catástrofes¹⁰.

La prevención cuaternaria es la actividad sanitaria que evita o atenúa las consecuencias de la actividad excesiva o innecesaria del sistema de salud. Se promulgó hace varias décadas en el marco de la atención primaria como una respuesta a los excesos de la medicalización, la creación y mercantilización de enfermedades (*disease mongering*), la transformación de factores de riesgo en enfermedades, el sobrediagnóstico, el intervencionismo, etc. Este mandato basado en el famoso *primum non nocere*, significa que debemos proteger de nuestras intervenciones a muchas personas que tienen respuestas emocionales dolorosas, saludables, contextualizadas y humanas porque en estos casos el balance riesgo/beneficio es negativo.

La indicación de no-tratamiento, una actividad clínica compleja y “a contracorriente”, es paradigmática de la prevención cuaternaria. Partimos de una dinámica en la que los ciudadanos desempoderados y en apariencia inermes nos reclaman ayuda para afrontar el sufrimiento enmarcado en los avatares de la vida porque supuestamente los profesionales acaparamos el saber de la salud mental. En este sentido, tenemos dos tipos de conflictos que refuerzan esta dinámica y obstaculizan la posibilidad de llevar a cabo indicaciones de no-tratamiento. Los conflictos intelectuales hacen referencia a la excesiva identificación con nuestro *corpus* teórico, con poco escepticismo y falta de análisis crítico de nuestra labor. Aparece cuando estamos convencidos de que nuestra perspectiva (sea cual sea nuestra doctrina: psicoanalítica, biologicista, cognitivo-conductual...) siempre tiene una buena respuesta técnica en la consideración y el alivio del

sufrimiento del otro. Este tipo de conflictos confirma nuestro lugar privilegiado de saber frente a la persona que estamos atendiendo. Por otro lado, los conflictos personales hacen referencia a nuestras necesidades emocionales que condicionan la indicación de un tratamiento, aunque no sea lo más adecuado para la persona que atendemos. Por ejemplo, intervenir para calmar mi desazón cuando escucho a alguien con mucho sufrimiento, para defenderme de un paciente particularmente reivindicativo, para satisfacer mi omnipotencia y no contactar con mis limitaciones profesionales, para no decepcionar a la otra persona, para calmar mi temor a que la persona empeore, para que mis compañeros (especialmente aquellos que me derivan los casos) no me vean poco competente, etc.¹²

La indicación de no-tratamiento es una conversación que propone resignificar el sufrimiento como una respuesta saludable y adaptativa que no precisa de ninguna intervención sanitaria¹³. Se basa en una escucha empática genuina, como ser humano que siente, que da a entender al otro que merece toda nuestra atención. Una escucha basada en la verdadera curiosidad y compromiso y no de "experto profesional". Supone la legitimación de los sentimientos del otro y su puesta en valor, en lugar de enjuiciarlos desde una perspectiva psicopatológica. La idea es reflexionar juntos sobre la utilidad y la necesidad de esos sentimientos para poder seguir adelante, reconociendo de forma auténtica la sabiduría de la persona y su capacidad de adaptación a la situación que está viviendo. Si la persona puede beneficiarse de la recomendación de activos comunitarios podemos facilitarle la información que sea necesaria en eso que se ha llamado "prescripción social" porque si los problemas principales son sociales las principales soluciones también deberán serlo.

En este punto, y esto es lo que más nos cuesta, es conveniente hacer una declaración honesta de que no tenemos nada que aportar desde lo técnico, desde nuestra supuesta sabiduría como profesionales, porque la otra persona está haciendo un proceso de adaptación saludable, aunque sea doloroso. Únicamente podemos hacer una indicación de no-tratamiento desde la asunción genuina de que las personas no nos necesitan y de que nuestras intervenciones sanitarias pueden dañarles. Esta confesión ha de ser auténtica y sentir que este es el mejor cuidado que podemos



otorgarles y, por tanto, que no les estamos escatimando una psicoterapia u otra intervención. Esto supone enfrentarnos a dos retos que nos incomodan. Por un lado tendríamos que decepcionar a la persona y hacernos cargo de esa decepción a su lado, no enfrente de ella y, en general, no nos gusta ser decepcionantes con los otros si nos importan. Por otra parte, deberíamos bajarnos de ese pedestal idealizado del que partimos. Este movimiento nos puede hacer sentir devaluados profesionalmente aunque lo que sucedería es que estamos actuando desde la ética profesional y con una calidad humana que la persona estaría percibiendo.

Si lo que pretendemos es que las personas se empoderen para afrontar los avatares de su vida, los profesionales tenemos que devolver la salud y las capacidades que les hemos expropiado, que diría Iván Illich, y empezar nosotros por desempoderarnos y facilitar su emancipación de los servicios sanitarios.

Referencias Bibliograficas

1. Illich I. Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona: Barral Editores, 1975.
2. Davies J. Sedados. Cómo el capitalismo moderno creó la crisis de salud mental. Madrid: Capitán swing, 2022
3. Fernández-Liria A. Locura de la psiquiatría. Apuntes para una crítica de la psiquiatría y la “salud mental”. Bilbao: Desclée de Brower, 2018
4. Ortiz Lobo A. “¿En qué puedo ayudarle?” Entre el solucionismo tecnológico individual y la metaperspectiva sociopolítica.
5. Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental. Madrid: Enclave de Libros, 2023
6. Han BC. La sociedad paliativa. Barcelona: Herder Editorial, 2022
7. Boisvert CM, Faust D. Iatrogenic symptoms in psychotherapy: A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. *Am J Psicho* 2002; 56:244-60.
8. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. *Perspec Psychol Sci* 2007; 2: 53-70.
9. Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. The Effectiveness of Bereavement Interventions With Children: A Meta-Analytic Review of Controlled Outcome Research. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology* 2007; 36 (2): 253-259 DOI:10.1080/15374410701279669
10. Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, Vol 134(5), Sep 2008, 648-661. doi: 10.1037/0033-2909.134.5.648
11. Rose SC et al. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD000560
12. Ortiz Lobo A. El arte de hacer el mínimo daño en salud mental. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. 2015, Vol. XXVI: 350-357. [Disponible en: <https://amsm.es/2016/09/30/el-arte-de-hacer-el-minimo-dano-en-salud-mental/>]
13. Ortiz Lobo A, Murcia L. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 41; 2009.