

Indicación de no-tratamiento para personas sin diagnóstico de trastorno mental

Indication no-treatment for people without meeting diagnostic criteria for mental disorder

“Menos es más” (Mies van der Rohe)

Beatriz García Moratalla. Médico psiquiatra. CSM Sestao, RSM Bizkaia.

Resumen: Los profesionales que nos dedicamos a la salud mental estamos siendo protagonistas en las últimas décadas de un incremento incesante de demandas en relación a avatares de la vida cotidiana cuya respuesta sanitaria es dudosa y cuyo manejo hasta hoy en día es controvertido entre los distintos profesionales. A partir de un estudio previo, proponemos la indicación de no-tratamiento para estos casos como una intervención de minimalismo terapéutico con el objetivo de no propugnar una psiquiatrización/psicologización de la vida cotidiana pero también como modo de que las personas que acuden por malestar no se vean rechazadas y expulsadas del sistema sanitario.

Palabras clave: Códigos Z. Indicación de no-tratamiento. Minimalismo terapéutico. Elementos psicoterapéuticos.

Abstract: In recent years, the mental health professionals are protagonist of increased demand of people with problems of everyday life without meeting diagnostic criteria for a mental disorder and whose dubious health response and whose management is controversial between professionals. From a previous study, we propose the indication no-treatment for these cases as a therapeutic intervention of therapeutic minimalism whose aim is not advocating a psychiatrization/psychologization of daily living but also as a way for people who come for discomfort are not rejected by the health system.

Key words: Codes Z. Indication no-treatment. Therapeutic minimalism. Psychotherapeutic elements.

Introducción

En las últimas décadas, los profesionales que trabajan en los servicios de salud públicos, tanto en A.P. como en S.M., estamos asistiendo a un incesante incremento de estas demandas que no se corresponden con los trastornos o enfermedades mentales clásicos y cuya respuesta sanitaria es dudosa. Sobre un estudio previo realizado (1-4), casi una cuarta parte de los usuarios que

acudieron por malestares psíquicos al centro de salud mental no presentaban una patología mental diagnosticable; son aquellas demandas que tienen que ver con un amplio conjunto de sentimientos desagradables relacionados con avatares de la vida cotidiana (problemas de pareja, divorcios, problemas laborales, problemas económicos, soledad...) pero que se corresponden con una respuesta emocional adaptativa, legítima y proporcionada, autolimitada y, por



tanto, no patológica. En nuestro trabajo, hemos seguido la nomenclatura de las clasificaciones nosográficas actuales DSM-IV y CIE-10 que las denominan códigos Z en un capítulo aparte a los trastornos mentales. En versiones anteriores de estas clasificaciones (DSM-III-R y CIE-9) se denominaban códigos V (5).

La pregunta clave que nos hacemos es: ¿hay que tratar en un centro de salud mental a estas personas que presentan un malestar psíquico en relación a acontecimientos vitales estresantes de la vida cotidiana? Está claro que no podemos frenar ni hacer caso omiso a esta demanda actual en nuestros centros, podríamos pensar que no hay nada que hacer y que hay que atender estas demandas; pero, también hay que determinar los límites de nuestras prestaciones, hasta dónde podemos emplear de una manera congruente los recursos sanitarios, sociales y comunitarios de que disponemos. Y para ello hay que preguntarse: ¿qué podemos hacer los profesionales ante estas demandas? ¿cuál es la intervención más adecuada en estos casos que nos ayude a encontrar otra salida que no sea la psiquiatrización/psicologización de la vida cotidiana? (6-8).

La propuesta que nosotros pusimos en práctica en nuestro estudio y que consideramos más acertada sería la indicación de no-tratamiento, pero eso sí, en un encuentro terapeuta-paciente que implique en sí un acto psicoterapéutico y que permita realizar una devolución del paciente a su contexto sin sentirse rechazado ni juzgado por el sistema sanitario (minimalismo terapéutico) (3).

Contextualización del problema

En la sociedad de las últimas décadas, existen un conjunto de factores constitutivos (socioeconómicos, políticos, culturales, asistenciales) que ha propiciado una psicologización/psiquiatrización de la vida cotidiana. En líneas generales, deberíamos considerar, entre otros, el auge del neoliberalismo, el paso del capitalismo de producción al de consumo, el cambio de la oferta en el mercado sanitario que no sólo asiste a la enfermedad sino también a la salud, el individualismo con la pérdida de referentes, el pensamiento salubrista, la desestigmatización psiquiátrica y el acercamiento de la salud mental a la población, el desarrollo de la ciencia positivista y empirista, la

intervención de los medios de comunicación y el uso cosmético de los psicofármacos (8).

Todos estos factores han contribuido a la creación de un individuo posmoderno renuente a los conflictos y a la espera, exigente del bienestar a corto plazo, que reclama satisfacciones sin esperar nada a cambio, con intolerancia a la frustración, al esfuerzo y al displacer, con la necesidad de sostener una euforia perpetua y la resistencia a adoptar una posición adulta con un victimismo irresponsable. Un individuo instalado en una sociedad, que imponiendo la felicidad, proclamando como derecho básico el tenerlo todo sin renunciar a nada, negando lo inevitable de las frustraciones, exigiendo lo posible y lo imposible, se exige de inmediato el remedio contra la angustia masiva de la falta.

Desde el punto de vista médico, la definición de salud de la OMS abrió la versión más radical y completa del pensamiento salubrista: la que postula la eliminación no sólo de la enfermedad sino también del sufrimiento tanto físico como moral y la consecución para la humanidad de un estado de bienestar “físico, psíquico y social”; además de la generalización de la conciencia del derecho del hombre a la salud: “el goce del máximo grado de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”. De ahí, cualquier sentimiento de malestar, por legítimo que sea, puede ser considerado como un síntoma de enfermedad. Es más, promete la erradicación primero del sufrimiento y luego el derecho a la felicidad como posibilidad por la vía del perfeccionamiento científico-técnico. La enfermedad se ha introducido en la vida cotidiana como la gran fantasía que explica y justifica cualquier malestar social e individual; se hace acreedora de etiquetas diagnósticas, alivia el sentimiento de fracaso, genera derechos, aporta beneficios, conlleva un significado personal o permite acceder a una nueva identidad y facilita la incorporación a un entorno de relaciones interpersonales. El enfermar se convierte en un modo de escapar del infortunio cotidiano.

Pero en la conversión del malestar en enfermedad mental no influye únicamente el pensamiento salubrista propuesto por la OMS; las personas

tienen síntomas descontextualizados que han de ser agrupados, recibir un código y una etiqueta diagnóstica y, por tanto, una indicación de tratamiento. El modelo de enfermedad mental vigente en el mundo actual que respalda la comunidad científica dentro del modelo biomédico y del reduccionismo organicista, y que está influenciado por la industria farmacéutica, traduce las emociones y comportamientos a alteraciones de la neurotransmisión que pueden ser modificadas por los psicofármacos. Se crean nuevas enfermedades que tienen un tratamiento psicofarmacológico específico y que se incluyen en las clasificaciones nosológicas como nuevas categorías diagnósticas. Clasificaciones y tratamientos fragmentados y fragmentarios con una indiferencia importante hacia lo relacional y lo psicológico. Se parte siempre desde la perspectiva biologicista, y posteriormente se acomoda lo “psico” y lo “social”. Aspectos clave como el deseo de colocarse en el rol de enfermo, el beneficio secundario, la enfermedad como identidad, el significado de la queja, los conflictos relacionales e intrapsíquicos son generalmente olvidados desde esta perspectiva biologicista. Y dicho pensamiento positivista es lo que está determinando la demanda y la actuación de los profesionales: todos los problemas pueden tener soluciones técnicas o racionales, los psiquiatras y los psicólogos son expertos en herramientas que pueden curar los sufrimientos causados por los avatares de la vida cotidiana (9-17).

El cambio de la demanda en salud mental

Además de los enfermos mentales “clásicos” que se han atendido habitualmente, cada vez nos llegan más demandas de la población en relación a la sociedad en la que estamos instalados. Una proporción relativa de estas demandas tienen que ver con el “malestar” producido por los avatares de la vida cotidiana y que estaría definido como el amplio conjunto de sentimientos desagradables (tristeza, angustia, rabia, impotencia, fracaso, soledad, hostilidad...) que aparecen en el contexto de un acontecimiento o situación vital estresante como respuesta emocional adaptativa, legítima y proporcionada, y por tanto, no patológica.

El sufrimiento y el dolor son inherentes a la condición humana, sin embargo, no son experimentados como naturales y adaptativos, parecen

entendidos por la población como evitables y se recodifican como patológicos y suprimibles por un profesional. Por eso, la mayor parte de las personas con este malestar no acude a los centros de salud mental a ser evaluados sino a ser tratados. Ellos equiparan su malestar a una depresión, ansiedad o estrés y lo que reclaman es un remedio para dejar de sentirse mal. Hay una creencia megalomaniaca según la cual en estos centros hay respuesta para todos los males y las expectativas de hallar soluciones a dichos problemas cada vez son mayores. Estas expectativas con respecto a la atención a la salud mental, no es sólo conseguir el bienestar de sus usuarios, tiene que potenciar sus capacidades para conseguir el mejor rendimiento en todas las esferas, suministrar un plusvalía de armonía y belleza y la satisfacción de los requerimientos emocionales del paciente (1, 3).

Los motivos por los cuales estas personas acuden a salud mental son múltiples: problemas de pareja, separaciones, divorcios, dificultades de manejo con los hijos, dificultades laborales, situación de paro, duelos, enfermedades somáticas, estrés, soledad... Las demandas que traen a consultas son variadas: parejas y familias que se les enseñe cómo tienen que comportarse con sus hijos, cómo educarles, cómo entender a su pareja, como mejorar la vida relacional de la familia... quieren que les devolvamos que son víctimas de mecanismos biológicos, demandan potenciar su capacidad interpersonal y poder desarrollar sus relaciones, superar las inhibiciones, satisfacer los requerimientos emocionales, obtener una gratificación inmediata, precisan un guía que le apoye y aconseje en las múltiples elecciones de su trayectoria vital.

Posibilidades de actuación sobre las demandas y sus consecuencias

Las preguntas claves que hay que plantearse son: ¿qué podemos hacer los profesionales de la salud mental ante semejante panorama asistencial? y ¿tenemos verdaderamente respuestas técnicas para dichos malestares? Ya que, si consideramos que estas personas merecen tratamiento, significa que hay que asumir 2 premisas: que tienen una disfunción biológica y que tenemos una respuesta técnica sanitaria adecuada a su problema.



El clínico actual, ante esta demanda demoledora, hasta hoy en día ha adoptado 2 posturas:

- Una actitud negadora del sufrimiento, de enfado e indignación ante la incompreensión hacia estas personas, de sorpresa e incredulidad ante las expectativas tan altas que depositan ante nosotros para que les ayudemos a resolver su problema. Con espada en mano, se resiste a gestionar como problemas íntimos estos asuntos, a luchar para evitar psiquiatrizar la vida, a responsabilizar a los usuarios de sus cosas e intentar devolverles a sus redes tradicionales. Con esta postura lo único que se entiende es que el deber médico es dar el alta a estas demandas devolviéndoles el mensaje explícito que “no les ocurre nada”. Probablemente esta actitud rígida e intransigente por parte del terapeuta aumentaría más el malestar del sujeto que no se sentiría comprendido, entendería que no queremos ayudarlo o no merece nuestra atención, y le llevaría a buscar soluciones por otras vías alternativas hasta la desaparición de su malestar o el reconocimiento de su enfermedad. Existe un peligro consecuente con esta actitud que es el de humillar al sujeto, desvalorizarlo, fomentar inadvertidamente sus resistencias y minar sus posibilidades de cambio.

- Pero, quizás lo más frecuente, es que al médico le cuesta decir que no le pasa nada, que su dolor está justificado y que él no tiene un remedio para ofrecerle. Y, por otro lado, como ya hemos dicho, el sujeto no admite en muchas ocasiones marcharse con las manos vacías, sin que se le reconozca su malestar como enfermedad. Por tanto, la posición más cómoda que adoptan muchos de los profesionales sería sancionar como enfermedad mental a ese malestar, poner una etiqueta diagnóstica y expender un psicofármaco. Pero está claro que este acto no está exento de sus consecuencias:

- La traducción de una queja en un diagnóstico psiquiátrico desposee al usuario del control de su vida, le desresponsabiliza de sus conductas y emociones que pasan a ser gestionadas por los expertos y tiende a reducir la capacidad del individuo para afrontar sus problemas; consecuentemente, colocamos al individuo como un espectador pasivo y enfermo ante los avatares de la vida.

- Si indicamos tratamiento al malestar afirmamos que todas las desgracias tienen una solución

técnica y pueden cesar con tal de que las vivamos con la psique y el tratamiento adecuados. Supone enmarcar en lo psicológico y en lo íntimo-privado asuntos y dilemas de origen ético y de ámbito público. Significa crear expectativas de felicidad y bienestar mediante el consumo de psicofármacos y psicoterapia.

- Aceptar estas demandas supone respaldar el debilitamiento de las redes tradicionales de contención, la mercantilización de los afectos y la sofisticación de las relaciones desde lo psicológico.

- Es más fácil cambiar los propios deseos que el orden del mundo. En este sentido, indicar tratamiento supone propugnar un adaptacionismo personal frente a las situaciones sociales injustas y contribuye a bloquear cualquier posibilidad de un planteamiento colectivo para luchar contra ellas.

- Y no olvidemos que sancionar como enfermedad a este tipo de quejas conllevará una saturación de la oferta asistencial en los centros de salud mental y el peligro consecuente de disminuir las prestaciones al resto de pacientes con enfermedades mentales, así como una mala distribución de los recursos económicos y asistenciales de los que los profesionales actuamos como gestores.

No podemos creer ingenuamente que nuestras intervenciones, por mínimas que sean y siempre guiadas por nuestra buena voluntad y el deseo de ayudar, van a ser inocuas. Nuestra capacidad terapéutica como profesionales de salud mental resulta bastante limitada y, antes de intervenir, debemos reconsiderar con actitud crítica los beneficios que podemos proporcionar y los daños que podemos infligir. Y, para ello, 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 evite efectos negativos de intervenciones innecesarias o excesivas (19).

Reconsideración sobre el abordaje de las personas con malestar

Indudablemente, y muy a nuestro pesar, la demanda existe y no podemos ignorarla, y ante

esta evidencia, lo más sensato sería pensar cuál es el manejo más correcto para estos casos con las mínimas consecuencias negativas tanto para el usuario como para los profesionales de la salud mental. Hasta el día de hoy, no existe ningún estudio sobre la eficacia de tratar los malestares de la vida cotidiana y tampoco sobre el modo más eficaz y efectivo de manejarlos. Sí existe algún estudio en el que se ha descrito que una sola cita en los centros de salud mental puede ser suficiente y positivamente valorada por el paciente y por el médico de cabecera.

Puesto que las 2 posturas anteriormente descritas no han conseguido resolver el problema de una manera satisfactoria, cabría pensar en otra alternativa que ayude a este tipo de personas a encontrar otra salida, facilitarle la convivencia con el conflicto y el manejo del mismo y reivindicar el sufrimiento acompañante como legítimo. La intervención en salud mental sería fundamentalmente una labor de contención, que no significa ignorar el sufrimiento, ni trivializarlo; ni tampoco magnificarlo ni darle el estatuto de enfermedad para el que corresponde un psicofármaco. Y eso podría realizarse en una única entrevista de evaluación, a lo sumo 2-3, que, al mismo tiempo, suponga un encuentro psicoterapéutico en el que, más allá de la comunicación de una etiqueta diagnóstica, se debería establecer una alianza terapéutica de confianza, aceptación y colaboración entre terapeuta y paciente.

Una buena alianza será el sostén relacional de cualquier opción terapéutica que se considere indicada. Y se establece a través de una relación recíproca y bidireccional en la que el terapeuta está incluido y, si todo va bien, la alianza queda silente en la relación, actúa sin sentir. En la investigación psicoterapéutica, uno de los hallazgos más predominantes consiste en que la calidad de la alianza es el predictor más consistente del éxito del tratamiento; ahora bien, muchas veces se observan dificultades en la formación de los profesionales, ya no solo teórica, sino también por factores personales y emocionales complejos, y por la dificultad de transmitir aspectos intuitivos y creativos necesarios para la destreza terapéutica (20).

La calidad de la relación terapéutica siempre se ha considerado como un agente curativo básico

en la tradición experiencial. Los contemporáneos han adoptado explícitamente el concepto de alianza, han hallado que a medida que integran una postura empática con intervenciones más directivas, el concepto de alianza se hace particularmente más útil. El componente del vínculo de la alianza consiste en la calidad afectiva de la relación entre paciente y terapeuta en la que la actitud del terapeuta debe ser de disposición de ayudar y comprender el universo del enfermo en todas sus variables, teniendo en cuenta que el malestar también se ve afectado por circunstancias familiares y sociales para cristalizar con expresión única en aquella persona; el malestar es siempre de la persona, de aquella persona. Y para poder adoptar esta actitud también es básico el humanismo, uno de los pilares básicos en toda relación terapéutica y, a su vez, una verdadera herramienta de trabajo. Hay que tener presente de modo práctico y real que el objeto de la actuación médica es un ser humano, aquella persona única e irrepitable. El terapeuta debe reconocer el camino entre la persona y el significado que el malestar tiene para ella ya que el malestar es para dicha persona una manera de estar en la vida (20-22).

Propuesta para un minimalismo terapéutico

La indicación de no-tratamiento, que es una intervención frecuente en el día a día de los profesionales de salud mental, sujeta a múltiples variables de índole clínica, asistencial, personal del terapeuta y del paciente y del mismo encuentro intersubjetivo y particular entre el profesional y el paciente. Una intervención que además contiene elementos psicoterapéuticos que podemos analizar. Indicar no-tratamiento certifica, de alguna manera, la salud mental del sujeto. Es llamativo que una intervención tan frecuente, con tanta relevancia clínica y que técnicamente precisa el manejo de habilidades psicoterapéuticas haya sido tan poco estudiada y dignificada (6).

El considerar la indicación de no-tratamiento como una intervención psicoterapéutica le permite al profesional ver al paciente como alguien que necesita ayuda y no como un usuario equivocado, lo que permitirá al paciente sentirse comprendido en su sufrimiento y no expulsado del sistema sanitario.



El mero hecho de hacer una entrevista encaminada a determinar si una persona precisa o no tratamiento ya conlleva una intervención con elementos psicoterapéuticos que debemos considerar de una manera consciente para valorar y dignificar dicha intervención. Es más, no olvidemos que la tarea diagnóstica del terapeuta comienza ya cuando se encuentra por primera vez con el paciente y que el tratamiento comienza antes de que formalmente se haya instituido; el terapeuta, por sí mismo, ya es un “medicamento”, por lo que será terapéuticamente conveniente una adecuada relación terapeuta-paciente (23). “El médico empieza a tratar al enfermo -dice E. von Deycleu- en el momento de darle la mano”.

¿Y cuáles son esos elementos psicoterapéuticos con los que vamos a contar en dichas intervenciones?

1. El LUGAR donde se realiza esta intervención tiene peculiaridades a considerar. En la consulta de Salud Mental la narrativa del paciente puede estar más consolidada ya que en Atención Primaria le han respaldado de alguna manera con la derivación y el paciente viene predispuesto con su discurso. Pero, a su vez, puede servirle al terapeuta en salud mental para “desafiar” (reconducir, resignificar) esa misma narrativa ya que, para el paciente, el profesional cuenta con más información, más experiencia y más formación presumiblemente que el médico de cabecera. Este encuentro “terapeuta experto-sujeto que pide ayuda” ya es, en muchas ocasiones, tranquilizador (6). No olvidemos la importancia del ENCUADRE como instrumento terapéutico; pero, en estos casos, no el encuadre en el sentido de una estructura rígida de referencia para el paciente, sino el encuadre en término de sostén y presencia que aportan seguridad y confianza al individuo (el término empleado por Winnicott (25) era el de *holding*), como sinónimo de confiabilidad y afectividad adecuadas. De este modo, posibilitamos la confianza del paciente en el método, en el profesional y en la devolución que le realizamos sobre su malestar.
2. ESCUCHA: Ya, a mitad del siglo XX, Gregorio Marañón advertía del peligro de usar herramientas técnicas sin escuchar con atención al enfermo ni interesarse por él. Cuando el médico se sienta y escucha, le está comunicando una actitud humanista. Hay que buscar de un modo diferente, con mirada diferente. Es necesario escuchar con disposición de acogimiento, con entusiasmo e interés, concentración y tiempo. Hoy en día, estamos perdiendo el gusto por sentarnos y oír narrativas de vida (22). Escuchar con atención es una verdadera herramienta de trabajo y una habilidad que el médico tiene que aprender para conocer y entender al enfermo como persona y, consecuentemente, para curar, aliviar, tranquilizar, calmar de manera competente (21); hay que valorar también el estado emocional del paciente para el que la mayoría de las veces no estamos entrenados. La actitud general de escucha del terapeuta facilita o dificulta la narración del paciente y su participación en la conversación. Tal actitud se traduce en unas manifestaciones como la postura, los gestos, los movimientos, la mirada, el tono/volumen/ritmo de la voz, la indumentaria, etc. (24) Y en esa actitud de escucha activa, es importante lo que transmitimos: el entusiasmo, la cercanía, el interés por el otro. Y todo ello nos puede ayudar a comprender y aliviar a los que buscan alivio de sus sufrimientos cotidianos. Algo sencillo pero cada vez más escaso.
3. Habitualmente, en las primeras entrevistas de evaluación, la técnica más empleada es la EXPLORACIÓN. El instrumento principal en salud mental para la exploración es, obviamente, la conversación en la que la intervención del terapeuta tome la forma de pregunta interrogando, indicando y orientando, animando a proseguir en el relato, incluso con el silencio (24). Pero, en gran medida, la exploración es también intervención: indagar más en la experiencia del individuo con el fin de aumentar su comprensión de sí mismo. Watchel (26) entiende por el arte de explorar la habilidad para analizar aspectos de experiencia y motivación del sujeto, aspectos de su sentido de sí mismo y de otros, y hacerlo de una manera que sea mínimamente crítica para la autoestima del paciente con cautela y respeto, como una invitación a la reflexión. Además, el mero hecho de preguntar en la exploración tiene efectos estructurantes en la relación terapéutica que permite igualar posiciones de los 2 participantes y transmitir un respeto por los matices singulares de la experiencia del individuo. Y no sólo eso, el preguntar también conlleva

metacomunicaciones, también pueden contener connotaciones exculpatorias o acusadoras, ayuda a entender y clarificar la demanda, detectar necesidades y/o expectativas, ayuda al cuestionamiento de la relación causa-efecto, permite la búsqueda de detalles inadvertidos o acontecimientos extraordinarios y el establecimiento de nuevas perspectivas.

4. Nuestro esfuerzo por ayudar a la persona para que cambie se basa en la comprensión de aquello que va mal. El término de empatía se refiere a la capacidad de ponerse en el lugar del otro y darse cuenta de cuáles son sus sentimientos y cómo es su experiencia de esa situación (27). Debemos hacer uso de la EMPATÍA como agente terapéutico para ver el mundo a través de sus ojos y comprender y valorar sus perspectivas, y por tanto, dar así una respuesta adecuada. Es importante entender el sentido y la validez por el que la demanda a salud mental es vivida para esa persona como necesaria, del mismo modo se debe respetar la forma que tiene ese individuo de organizar e interpretar su experiencia. Y una clave para tratar de comprender cómo ve el sujeto el mundo ahora y, al mismo tiempo, ayudarlo a verlo de otro modo, consiste en empatizar simultáneamente con su deseo de cambio y transmitirle la fuente de su malestar como algo transicional o temporal. La respuesta empática (capacidad del terapeuta de hacer ver al paciente que ha entendido su experiencia) es una de las habilidades más importantes en psicoterapia y, por ello, debe ser entrenada. No olvidemos además la importancia de la forma en que el terapeuta comunica su experiencia empática pues su estilo puede resultar crítico a la hora de que el paciente se sienta comprendido; es necesaria una actitud de implicación y sinceridad que transmitan al paciente que es entendido, aceptado y respetado, y así el cambio se produce con más facilidad.
5. El APOYO es el elemento clave en toda psicoterapia. Y en esta propuesta de minimalismo terapéutico no va a ser menos. Si el apoyo es una parte esencial del mismo proceso de exploración, debemos hacer uso de él en estos casos. De hecho la falta de un apoyo adecuado es uno de los impedimentos más comunes para llevar a cabo una evaluación eficaz. La

manera en que se ofrezca y el hecho de que el terapeuta lo haga de forma más o menos explícita es probable que sea distinto en cada caso.

6. El terapeuta debe colocarse implícitamente como LEGITIMADOR de las experiencias, sentimientos, emociones y conductas del individuo ofreciendo una imagen de sí como alguien capaz de percibir la complejidad y de evaluarla en términos comprensivos y benévolos. Hay que generalizar y dar información sobre el problema y su naturaleza con el objetivo de tranquilizar. Es importante resaltar que el problema existe y la legitimidad e importancia correspondiente desde el punto de vista subjetivo. Y también hay que hacer una personalización del problema mediante su contextualización insistiendo en la validación del sufrimiento como algo real pero también como algo no patológico (6, 24). Curiosamente, lo que uno observa en la inmensa mayoría de estas personas no es que tengan unos deseos o sentimientos graves. Por el contrario, suelen ser deseos muy comunes pero que están codificados como vergonzosos, prohibidos o peligrosos. Al paciente no sólo hay que hablarle de sus deseos, sino de la codificación que realiza de ellos, porque el objetivo terapéutico es que se puedan desprender de esos significados negativos y aceptar sus sentimientos.

Con estos elementos terapéuticos, en esa entrevista de evaluación, vamos a poder acompañarnos con el paciente y poder construir conjuntamente una versión inicial del problema, para posteriormente desequilibrar y “violentar” su discurso con la introducción de nuevos significados que justifiquen a su vez la indicación de no-tratamiento. Y los elementos psicoterapéuticos que utilizaremos para esta segunda fase serán la explicación y la resignificación/reformulación.

7. Es importante explicar a estos individuos el significado de su experiencia. Una EXPLICACIÓN con un diálogo sencillo y franco abarca aspectos de la experiencia que trascienden en el aquí y el ahora y capta la experiencia del paciente en su totalidad; dicha explicación debe ser una intervención empática que se deriva de datos próximos de la experiencia, debe incluir mensajes de reconocimiento, aseguramiento, reflejo, sostén



y atención, y nos va a permitir que el paciente se sienta identificado, comprendido y contextualizado. Eso sí, dicha explicación también debe incluir una confrontación, de características no punitivas, que sirva al sujeto a aceptar otras realidades, con unas perspectivas flexibles y limitadas, agrandar los límites de su tolerancia y conocerse y conocer el mundo desde la perspectiva de los otros.

8. La estrategia terapéutica que resulta nuclear y específica en la indicación de no-tratamiento es la resignificación de la demanda. Esto supone que el sujeto logre un cambio de perspectiva en torno a la narrativa que trae con el objetivo de que no se vea a sí mismo como “un enfermo” necesitado de tratamiento, si no como alguien sano que está en una situación problemática que le produce un sufrimiento pero que es legítimo y adaptativo y, por tanto, no requiere tratamiento. Fernández Liria y col. (24,28), afirman que un encuentro es terapéutico cuando en su curso se produce una transformación en los relatos dominantes del paciente, una nueva versión del problema, que permite incluir nuevas experiencias, significados e interacciones, y ello no se realiza a través de la interpretación, sino del comentario. El terapeuta se halla ante una historia que reinterpretar, lo cual conlleva co-crear con la otra persona un significado, o mejor, abrir un abanico de significados nuevos construyendo relatos alternativos que puedan ser reconocidos como propios y permita acceso a una nueva solución. Es lo que denominamos REFORMULACIÓN o RECALIFICACIÓN o RESIGNIFICACIÓN. Los problemas con los que vienen las personas a consulta se derivan, en gran medida, de la forma en que interpretan y dan significado a los acontecimientos de su vida. Igualmente, mucho de lo que contribuye a la resolución de estas dificultades implica ayudarles a construir nuevos significados, encontrar otras formas de dar sentido a sus experiencias y, como resultado, nuevas posibilidades para una conducta más adaptada. También pueden utilizarse para ayudar a encaminar al paciente hacia la acción, hacia el cambio movilizando recursos personales y sociales e, incluso, a una actitud contemplativa en aquellos casos que no precisan de una

intervención inmediata o depende del entorno (29). E igualmente podríamos aplicarlo a las personas que acuden a consulta con malestar; según Watchel (26), el hecho mismo de que la gente crea que la verdad sobre ellos es desagradable es lo que está en la base de sus dificultades, en particular en la forma en que organiza, categoriza y da significado emocional a esa verdad. El terapeuta debe ayudar a afrontar verdades que son incómodas y que han sido negadas o evitadas por esa razón, y el trabajo del terapeuta es transmitir al paciente una forma nueva de comprenderse a sí mismo que le capacite para experimentar el cambio. Hay que ver qué versiones de la verdad son menos dolorosas, más útiles, más fácilmente aceptables para el paciente, con mayor eficacia transformativa. El cambio sólo puede ocurrir en el contexto de la aceptación de la realidad tal como es, y la aceptación fundamentalmente está vinculada a la posibilidad de cambio (Linehan y Wagner).

Con la resignificación de la narrativa que trae el paciente a la consulta, vamos a poder finalmente cerrar la entrevista comunicándole el alta, la utilidad de ese encuentro, informarle de los pasos a dar si empeora y despedirnos.

Conclusión

Dado que la demanda por malestar asociado a los avatares de la vida cotidiana cada vez es mayor en las consultas de salud mental, es necesario replantearnos el manejo de estos pacientes con el objetivo de no psiquiatrizar/psicologizar la vida cotidiana ni producir una saturación de los recursos asistenciales. Pero, a su vez, esta intervención de no-tratamiento debe suponer el establecimiento de una relación de intercambio terapeuta-paciente como un pacto entre 2 personas conscientes de sus límites y con un respeto mutuo con el objetivo de intentar encontrar juntos la mejor solución posible. Esta forma de encarar el malestar es, en apariencia tan simple y tan sofisticada en lo profundo, por cuanto supone hacer posible un encuentro humano y contiene muchos elementos terapéuticos que deben ser entrenados, todos ellos encaminados a que el individuo no asuma su rol de enfermo y no busque una respuesta técnica sanitaria a su malestar.

Como dice Pascal Bruckner (9), “un acto de pensar la historia del sujeto cuya subjetividad ha de ser entendida más allá de los síntomas y que precisa de otro que haga posible la significación de su malestar. Un acto clínico íntimo, de apariencia simple, pero de enorme complejidad subyacente”, “un planteamiento potenciador de los propios recursos y posibilidades del paciente para

desarrollar la salud e impedir la enfermedad”. Este planteamiento potenciador basado en la filosofía esencial propuesta por Mies van der Rohe (“menos es más”) sería la base de una propuesta para la comprensión y atención del malestar en la posmodernidad.

Contacto

Beatriz García Moratalla. CSM de Sestao.
C/ Antonio Trueba, nº 17 (Amb.). • Sestao 48910 Bizkaia
beatriz.garciamoratalla@osakidetza.net

Bibliografía

- Ortiz Lobo A. Consultas sin patología en un centro de salud mental. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría. 2004.
- Ortiz Lobo A., García Moratalla B., Lozano Serrano C. Las consultas sin patología en salud mental. En Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Coordinado por Ander Retolaza. AEN Estudios/41. 2009. Pág.: 97-108.
- García Moratalla B. Análisis prospectivo de las consultas sin diagnóstico de trastorno mental en un centro de salud mental. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría. 2008.
- Ortiz Lobo A., García Moratalla B., Lozano Serrano C., de la Mata Ruiz I., Rodríguez Salvánés F. Conditions that do not reach the threshold for mental disorder in spanish psychiatric outpatients: prevalence, treatment and management. *International Journal of Social Psychiatry*. April 29, 2010; doi: 10.1177/00200764010368616.
- Ortiz Lobo A. Los profesionales de la salud mental y el tratamiento del malestar. *Átopos*, 2008, 7: 26-34. ([www.atopos.es/pdf-7/ los-profesionales-de-salud-mental.pdf](http://www.atopos.es/pdf-7/los-profesionales-de-salud-mental.pdf)).
- Ortiz Lobo A., Murcia García L. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Coordinado por Ander Retolaza. AEN estudios/41. 2009. Pág.: 179-194.
- Baca E. Los límites de la psiquiatría: entre la demanda de curación y la búsqueda de la felicidad. En Hechos y Valores en psiquiatría, 2003. Fundación Archivos de Neurobiología. Ed. Triacastela. Pág.: 529-564.
- Ortiz Lobo A., de la Mata Ruiz I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Átopos*, 2004, 2 (1): 15-22. (www.atopos.es/pdf-3/yaesprimavera.pdf).
- Bruckner P.: La euforia perpetúa. Sobre el deber de ser feliz. Ensayo Tusquets. 2001.
- Marina J.A.: El problema de los valores en psiquiatría. *Archivos de Psiquiatría* 1999; Supl 3: 55-67.
- Bauman Zygmunt. Vida líquida. Paidós y sociedad, 2006.
- Lyon D. Postmodernidad. Alianza Editorial. 2000.
- Lipovetsky G. La era del vacío. Ed. Anagrama. 3ª edición. 2005.
- Ramos García J. Medicalización del malestar. Alegato por una aproximación compleja para un minimalismo terapéutico. *Rev Asoc Esp Neurop*. 2004, 91:99-113.
- Sennett R. La corrosión del carácter. Ed. Anagrama. 5ª edición. 2001.



16. Soria J. La salud como valor en psiquiatría. En *Hechos y Valores en psiquiatría*, 2003. Fundación Archivos de Neurobiología. Ed. Triacastella. Pág.: 97-115.
17. Verdú V. El estilo del mundo. Ed. Anagrama. 3ª edición. 2003.
18. Safran Jeremy D. La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. Ed. Desclee de Brouwer. 2005.
19. Ortiz Lobo, A. Iatrogenia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales menores. En *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Coordinado por A. Retolaza. AEN estudios/41. 2009. Pág.: 313- 323.
20. González Blasco P. De los principios científicos para la acción: el idealismo práctico de la medicina de familia. *Atención Primaria*, 2004; 34(6): 313-7.
21. González Blasco P., Janaudis M.A., Rozenfeld Levites M. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Atención primaria*. 2006; 38 (4): 225-9.
22. González Blasco, de Benedetto M.A., Ramírez Villaseñor I. El arte de curar: el médico como placebo. *Atención Primaria*. 2008; 40 (2): 93-5.
23. Pedro Laín Entralgo. El médico y el enfermo. Triacastella. 2003.
24. Fernández Liria A., Rodríguez Vega B.: La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Desclee de Brouwer. 2001.
25. Nemirovsky C.: Encuadre, salud e interpretación. Reflexiones alrededor de conceptos de D.W. Winnicott. *Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en internet: aperturas en psicoterapia psicoanalítica*. 2003. www.aperturas.org
26. Watchel P.: La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz. Ed. Desclee de Brouwer. 2010.
27. De Celis Sierra, M.: Reconsideración del concepto de empatía. Nuevas direcciones en psicoterapia. *Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en internet: aperturas en psicoterapia psicoanalítica*. www.aperturas.org
28. Fernández Liria A., Hernández Monsalve M., Rodríguez Vega B.: Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. *A.E.N. Estudios/19*. 1997.
29. Zapater Torras F., Vila Rigat R. Habilidades para no medicalizar. *FMC*. 2008; 15(10): 672-7.

- Recibido: 26-4-12.
- Aceptado: 31-5-12.