

El trabajo con la demanda hacia la patología o la indicación de no-tratamiento.

Working with the demand to pathology or indication of non-treatment.

Alberto Ortiz Lobo

Psiquiatra. Centro de Salud Mental "Salamanca".
Hospital Universitario La Princesa, Madrid.

Resumen: En los últimos tiempos, cada vez más pacientes acuden a atención primaria y salud mental buscando una respuesta sanitaria ante el sufrimiento legítimo y adaptativo derivado de los avatares de la vida y las contradicciones sociales. El abordaje de este tipo de demandas de forma inflexible desde un marco teórico, lejos de ser neutral, puede favorecer la patologización y la iatrogenia. Desde una perspectiva crítica con nuestro desempeño laboral como profesionales de la salud mental, la indicación de no-tratamiento puede proteger al paciente de indagaciones, diagnósticos y tratamientos perjudiciales. Para ello tenemos que tener presente el principio de no maleficencia, ser conscientes de nuestros conflictos intelectuales y, desde la ética de la ignorancia, apostar en muchos de estos casos por la espera vigilante. De otra manera, a menudo podemos convertirnos en cómplices de un sistema que busca reducir a lo intrapsíquico y lo individual asuntos de trascendencia sociopolítica.

Palabras clave: demanda, indicación de no-tratamiento, psicoanálisis.

Abstract: In recent times, more and more patients are coming to primary care and mental health centers looking for a health response to legitimate and adaptive suffering caused by the vicissitudes of life and social contradictions. Dealing with this kind of demand in an inflexible way from a theoretical framework, far from being neutral, can favor pathologizing and be iatrogenic. From a critical perspective on our work performance, to indicate non-treatment can protect the patient from harmful inquiries, diagnostics and treatments. So, we must keep in mind the principle of no maleficence, be mindful of our intellectual conflicts and, considering the ethics of ignorance, to bet for watchful waiting in many of these cases. Otherwise, we often become accomplices of a system that seeks to reduce issues of sociopolitical significance to intrapsychic and individual things.

Key words: demand, non-treatment indication, psychoanalysis.

Introducción

En el número anterior de esta revista se publicó un interesante artículo firmado por Vucinovich que discute dos formas de abordar la demanda

de los problemas menores en salud mental¹. El autor plantea esta distinción desde la forma de dar respuesta al paciente: ya sea a la literalidad de su demanda y su queja, o atendiendo al deseo inconsciente que la atraviesa y que desborda,

por tanto, el lenguaje. En el primer grupo incluye todas las respuestas, ya sean medicalizadoras o desmedicalizadoras y en el segundo, únicamente al psicoanálisis que es la perspectiva que teoriza sobre el inconsciente. Sin embargo, en el desarrollo del texto, se centra en confrontar el paradigma psicoanalítico con el desmedicalizador.

En resumen, Vucinovich considera la indicación de no-tratamiento como una respuesta psicoeducativa que busca enseñar al paciente a entender que su sufrimiento es algo normal. Expone que se trata de una respuesta general, que no contempla la singularidad del paciente y que tiene la clara finalidad de descongestionar los centros asistenciales, por lo que su punto de vista es el de los gestores y su principal motivación son las razones económicas. Considera que esta normalización es un tapón que ahoga la demanda y que exige diagnosticar “salud” desde el mismo discurso con que se define lo patológico. Esto resulta un atolladero en el cual el psicoanálisis no se mete.

En contrapartida, Vucinovich considera que la respuesta psicoanalítica es la verdaderamente clínica puesto que busca un “buen hacer” con la demanda. En este sentido, el abordaje que hace el psicoanálisis sí que es singular y va más allá: se pregunta “cómo es que estos no-pacientes acuden a un psiquiatra o a un psicólogo”. La respuesta a esta cuestión la construye citando a Lacan y, básicamente, consiste en trabajar el deseo que late en esa demanda mediante una “rectificación subjetiva” del paciente (la rectificación de las relaciones del sujeto con lo real), que es el primer momento de la entrada en análisis. Esta respuesta, continúa explicando, preserva la posición propiamente médica, que no es medicalizadora ni desmedicalizadora, y además está marcada por la ética del psicoanálisis: “no se responde a la demanda del paciente porque solo puede hacerse con subrogados y porque obtura el campo del deseo”. De esta manera, finaliza, se produce un cambio en la demanda desde un reconocimiento de enfermedad o de cura hacia un deseo de saber del paciente.

El objetivo del presente artículo es reflexionar, al hilo del texto de Vucinovich, sobre el abordaje de la demanda de los pacientes cuyo sufrimiento es reactivo y proporcionado a las circunstancias que están experimentando. Son aquellas consultas

vinculadas a pérdidas, problemas sociales, conflictos laborales, penurias económicas, etc. donde la eficacia de la respuesta del sistema sanitario es más cuestionable y puede ser perjudicial.

Marco teórico e intervencionismo

Desde luego, no es la pretensión de este artículo cuestionar la teoría psicoanalítica en la comprensión y tratamiento de los problemas mentales. El psicoanálisis ha demostrado de sobra su utilidad en este campo y buena parte de los profesionales de la salud mental trabajamos con sus propuestas. Sin embargo, como también sucede con cualquier otro abordaje, sea del tipo que sea, tenemos que ser cautos y proteger a nuestros pacientes de aquellas intervenciones perjudiciales por excesivas o inadecuadas.

Más de la mitad de los dolores abdominales agudos que se atienden en urgencias de un hospital se resuelven sin que se conozca el diagnóstico y sin proporcionar un tratamiento específico. El prurito médico podría conducir al profesional a indicar múltiples pruebas de imagen (eco, escáner, resonancia...) y hasta una laparotomía exploratoria para conocer el diagnóstico concreto, lo que hay detrás de esa queja de dolor de tripa. El daño que producirían estas exploraciones en buena parte de los pacientes sería considerable, por eso, ante un dolor abdominal agudo se opta por la prudencia: esperar y ver. Únicamente cuando la evolución clínica es mala, se van realizando intervenciones más invasivas. Lo que guía al profesional en esta actitud no es el ansia de saber, suya o del paciente, sino el compromiso de cuidar.

El abordaje psicoanalítico de la demanda que propone Vucinovich no es neutral, ni en su planteamiento ni en sus efectos, ni tampoco es la Verdad. Plantear la versión de que la demanda del paciente está atravesada por un deseo inconsciente (esta versión y no otra) puede resultar provechosa, sugerente, clarificadora... y también inútil, aburrida o confusa. Dependerá de muchos factores propios del terapeuta, del paciente y del encuentro intersubjetivo de ambos. Pero se trata de una intervención que, de entrada, busca ir más allá, como dice Vucinovich intenta suscitar un deseo de saber del paciente y, desde ahí, puede ser una respuesta patologizadora. De hecho, la “rectificación subjetiva” que propone, es el

primer momento para la entrada en análisis. Es una propuesta a bucear en lo personal, a indagar desde un marco teórico particular en los supuestos conflictos intrapsíquicos, y esta propuesta no puede ponerse en juego sistemáticamente en todas las demandas porque no siempre es la mejor para el paciente.

Cualquier teoría sobre los problemas mentales, desde el momento que también intenta dar cuenta de la fisiología o la psicología del sujeto, irrumpe en la “normalidad” y resulta imposible trazar una frontera nítida entre lo sano y lo patológico, esto no es exclusivo del psicoanálisis. No hay un límite establecido en el tratamiento del sufrimiento humano, siempre podemos fantasear con la posibilidad de que un psicofármaco, una intervención cognitivo-conductual, o un psicoanálisis, por ejemplo, puedan ayudar a los sujetos que nos demandan ayuda. Y este intervencionismo, alimentado por nuestra omnipotencia profesional, la compasión, la vanidad personal o la incapacidad para decepcionar al otro, conduce al perjuicio de estas personas que sufren los efectos adversos de unas supuestas soluciones de orden “psi” que sirven de poco en muchos casos. Por eso es fundamental desarrollar un sentido crítico y escéptico de nuestro propio desempeño laboral y no creer ingenuamente en una medicina o una psicología omnímodas².

La ética en el abordaje de la demanda

La ética juega un papel primordial en el abordaje de la demanda. Debemos atenernos a unas normas morales cuando ejercemos nuestro papel como clínicos y atendemos a nuestros pacientes. Más allá de la ética del psicoanálisis: “no responder a las demandas del paciente”, tenemos que considerar algunos principios de la bioética.

El principio hipocrático *primum non nocere* hace referencia a la no maleficencia, a no perjudicar a nuestros pacientes innecesariamente. Siempre se han minimizado los daños que se realizan en el campo de la salud mental y particularmente en la psicoterapia. Es complicado establecer una relación de causa-efecto sobre los efectos adversos de los tratamientos psicológicos, especialmente porque estos efectos son menos evidentes e inmediatos que los que pueden producir, por ejemplo, los psicofármacos. A pesar de todo, tenemos

pruebas de la iatrogenia que produce la psicoterapia y los perjuicios consisten, básicamente, en el empeoramiento de los síntomas, la aparición de otros nuevos o un aumento de la preocupación sobre los existentes, que un paciente tenga una experiencia negativa que le provoque reticencia a buscar tratamiento en el futuro, que se produzcan alteraciones en el funcionamiento del individuo, dependencia al tratamiento en el que se exagera su importancia y poder, daño al entorno en la medida en que empeoran las dinámicas familiares, de pareja o amistad o la aparición de conflictos laborales inéditos, etc³⁻⁶. Esto supone que al atender la queja debemos plantearnos si nuestro paciente se va a beneficiar finalmente de un tratamiento (o si, por el contrario, los riesgos pueden superar los posibles beneficios), y si en este trabajo de la demanda voy a favorecer con mis interpretaciones el que el paciente sienta la necesidad de tratarse.

En este punto, también podemos aludir a lo que llamamos la ética de la ignorancia⁷. Tenemos muchas teorías para entender el comportamiento humano, unas más insuficientes que otras, pero ninguna definitiva. Así que nuestros conocimientos al respecto son limitados y la capacidad de predecir cómo va a evolucionar un paciente, sobre el que influyen tantísimos factores de su entorno, también lo es. Frente a la arrogancia que han caracterizado a la psiquiatría y la psicología que incluso se han atrevido a irrumpir en múltiples campos ajenos a la clínica desde una posición pseudocientífica, podemos en muchos casos asumir y compartir nuestra ignorancia con nuestros pacientes y “esperar y ver”. Interpretar la ansiedad como una alteración de los neurotransmisores que hay que corregir o como una angustia de castración que hay que verbalizar puede ser extraordinariamente útil en muchos casos, pero no en todos. Especialmente es mucho más dudoso en los pacientes que presentan síntomas leves, reactivos, proporcionados, donde el entorno en forma de conflicto laboral, familiar, económico o social es el que determina en buena medida su malestar. En estas circunstancias, abrir la puerta a una interpretación personal (ya sea intrapsíquica o cerebral) que puede finalmente conducir a un tratamiento que puede reportar más daños que beneficios, tiene riesgos y no está muy justificada.



La decisión de esperar y ver, de indicar no-tratamiento, es puramente clínica: ante el problema humano que tengo delante, voy a esperar una mejor evolución si no recibe un tratamiento, ya que los efectos adversos del mismo serán mayores que los beneficios. Sin embargo, ya que estamos hablando de bioética, psicoanálisis y asistencia pública, no está de más mencionar el principio de justicia. Como profesionales de la sanidad pública, es nuestro deber redistribuir los limitados recursos sanitarios para reducir la desigualdad entre los pacientes. Habitualmente y según la ley de cuidados inversos descrita por Julian Tudor Hart⁸, se proporciona más atención a quien más la demanda y no a quienes más la necesitan. Además, los pacientes leves son a menudo los preferidos, evolucionan mejor (muchas veces a pesar de nuestras intervenciones) y por tanto nos devuelven una imagen exitosa, de mayor eficacia. Por este motivo, es imprescindible que los profesionales garanticemos una buena atención clínica precisamente a los pacientes más graves, y esta premisa ha de mantenerse independientemente de nuestra perspectiva de trabajo. La práctica psicoanalítica en el sistema sanitario público, tampoco puede escaparse a ella.

Conflictos intelectuales, contradicciones sociales y práctica asistencial pública

Si trabajamos en la sanidad pública dando un servicio a la sociedad, tenemos que comprometernos con el cuidado de cada uno de nuestros pacientes y con el beneficio de la comunidad.

El compromiso con el cuidado del paciente puede verse amenazado por distintos conflictos de intereses, pero probablemente los más generalizados y de los que tenemos menos conciencia a la vez, son los conflictos intelectuales. Estos surgen cuando nos identificamos extraordinariamente con una idea y, sin actitud crítica, la aplicamos sistemáticamente. Si me convierto en un experto en autismo, por ejemplo, a una gran parte de mis pacientes los diagnosticaré con esta etiqueta. No lo voy a hacer malintencionadamente, al contrario, pensaré que mis acertados juicios son fruto de mi conocimiento superlativo sobre el tema y mi perspicacia. Los conflictos intelectuales se mantienen mediante el sesgo de confirmación, la tendencia a buscar y encontrar

pruebas confirmatorias de las creencias existentes y a ignorar o reinterpretar pruebas que las desafíen. Todo ello nos conduce a una práctica asistencial sistematizada, cómoda, sin tener que movernos de nuestro marco. El compromiso con el cuidado del paciente queda subrogado al compromiso con mi teoría. Y cualquier teoría, también la psicoanalítica, tiene el riesgo de patologizar la conducta humana cuando esta es analizada en un dispositivo asistencial. Suscitar en los pacientes posibles conflictos y fallas desde cualquier perspectiva conduce a producir falsos positivos y sobrediagnósticos. Los falsos positivos son aquellas personas sanas que son tratadas como enfermas. El sobrediagnóstico consiste en producir juicios clínicos que pueden estar bien justificados, pero de cuyo tratamiento se van a derivar más daños y riesgos que beneficios. En ambos casos, hacemos peligrar el compromiso con el cuidado de nuestros pacientes.

El compromiso con la comunidad obliga a los profesionales que trabajan en el sistema público de salud mental a intentar establecer un límite, si no entre salud y enfermedad, sí entre quiénes se van a beneficiar del tratamiento que todos vamos a sufragar y quiénes no. La práctica privada modifica el compromiso con la comunidad: un cirujano plástico puede realizar en su quirófano privado cuantas mamoplastias de reducción le demanden individualmente por cuestiones de estética, pero si trabaja en un hospital público, solo podrá intervenir en aquellas demandas que se acompañen de complicaciones físicas, como una dorsalgia, por ejemplo.

El punto de mira que nos ocupa este texto es la respuesta a la demanda de pacientes con un sufrimiento derivado, en muchas ocasiones, de contradicciones políticas y económicas: precariedad laboral, paro, conflictos sociales, pobreza, incertidumbres vitales... Un sufrimiento que se puede manifestar en forma de indignación, tristeza, rabia, miedo o preocupación. En estas circunstancias, poner el foco en lo intrapsíquico buscando un deseo inconsciente implícito en la demanda puede resultar ingenuo cuando no imprudente. El psicólogo Ian Parker postula que la psicología actual es un instrumento al servicio del sistema capitalista que contribuye activamente al control y a la opresión. Desde esta perspectiva, la respuesta psicoanalítica de Vuci-

novich sí que puede ahogar, no la demanda del sujeto, sino la conformación de una respuesta colectiva. Con la psicologización de los problemas sociales se evita que salgan a la luz las verdaderas causas del malestar y que se señale con el dedo a los responsables. Los asuntos políticos y económicos son reducidos a conflictos intrapsíquicos escondidos en el inconsciente o en alteraciones de los neurotransmisores, la psiquiatría y la psicología adquieren un carácter disciplinario en la medida que regulan la individualidad, y los profesionales de la salud mental se convierten en servidores del adaptacionismo de los sujetos a las injusticias sociales⁹. Si en los últimos años se ha disparado la demanda en salud mental por este tipo de problemas, la respuesta no podemos buscarla en la psique o en el cerebro del individuo sino en el contexto sociocultural, político y económico en el que estamos todos inmersos.

La indicación de no-tratamiento

Hoy en día ya conocemos mejor el daño que infligimos en salud mental cuando producimos diagnósticos e indicamos tratamientos. Por ello, es crucial que realicemos prevención cuaternaria, esa actividad clínica fundamental que disminuye los perjuicios derivados de nuestras actuaciones sanitarias¹⁰. La indicación de no-tratamiento es la intervención paradigmática en este campo en la medida que protege al paciente de los efectos adversos de juicios clínicos y actividades terapéuticas que reportan más perjuicios que beneficios. A nivel técnico, esta intervención no pretende ser una respuesta psicoeducativa y general, como tampoco lo es el psicoanálisis, aunque enseñe al paciente que existe un inconsciente donde residen sus deseos, inefables hasta ese momento, y se base de forma general en la interpretación de la transferencia.

En la evaluación clínica habitual, a través de una escucha empática construimos con el paciente una historia singular, la suya, que recoge sus conflictos, su mundo emocional, su idea de lo que le sucede y lo que espera de nosotros. Solo en ese momento (y no a priori como parece sugerir Vucnovich), nos podemos plantear con el paciente, en efecto, si esa narrativa de sufrimiento se corresponde con algo que se pueda beneficiar de un tratamiento (por su intensidad, egodistonia, inadecuación con su entorno, etc.) o si por el contrario

se puede atribuir a una respuesta emocional dolorosa, pero proporcionada, legítima y adaptativa a la situación que está experimentando. En el segundo caso, a partir de entonces, nos podemos plantear realizar una indicación de no-tratamiento. Para ello, se deconstruye la versión “medicalizada” (mediante preguntas sugerentes, interpretaciones, confrontaciones, metacomunicaciones y todas las intervenciones psicoterapéuticas que queramos poner en juego) para buscar un nuevo sentido a sus sentimientos en el contexto de su biografía y experiencia vital únicas. La demanda se enmarca de esta manera, desde una perspectiva longitudinal, dentro de la historia del sujeto y se contextualiza en su entorno familiar, social, laboral-académico e interpersonal, teniendo en cuenta sus valores y expectativas¹¹.

Frente al intervencionismo de producir diagnósticos y prescribir terapias, la indicación de no-tratamiento se basa en la espera vigilante. Aunque en el presente se consensúa con el sujeto que es innecesario iniciar un tratamiento, evidentemente la puerta no queda cerrada para siempre, desde la ética de la ignorancia. Se apuesta de entrada por la capacidad de autogestión del sujeto, de lidiar las emociones con sus propias herramientas, movilizar apoyos de su entorno inmediato y acudir a otro tipo de agencia social si esto fuera necesario.

Aunque trata de cuidar al paciente de los excesos de las intervenciones en salud mental, esta propuesta no es infalible. Muchas veces se pueden acabar realizando tratamientos innecesarios o pueden no iniciarse otros que deberían haber comenzado de entrada. Igualmente, esta propuesta se puede pervertir como cualquier otra, y ser utilizada por los profesionales para no hacerse cargo de pacientes que les resulten molestos, o por los gestores para imponer intervenciones de “alta resolución” que expulsen a pacientes que sí precisan de una evaluación más pormenorizada o se van a beneficiar de un tratamiento.

La indicación de no-tratamiento es una respuesta prudente que diagnostica cautelarmente “salud”, por eso no es neutral, apuesta por la desmedicalización. Sin embargo, tal vez sea mejor saber en qué lado estamos y reflexionar desde ahí los pros y los contras, que pensar ingenuamente que somos neutrales.

Contacto

Alberto Ortiz Lobo • Centro Salud Goya. Salud Mental.
Calle O´Donnell, 55 • 28009 Madrid
aortizlobo@yahoo.es

Bibliografía

1. Vucinovich N. Entre dos versiones de la demanda: diferencias entre desmedicalización y psicoanálisis. Norte de salud mental 2014;48:19-25 <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/762/756>
2. Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Ed. Grupo 5. Madrid, 2013.
3. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. Perspectives on Psychological Science 2007;2:53-70.
4. Crown S. Contraindications and dangers of psychotherapy. British Journal of Psychiatry 1983;143:436-444.
5. Roback H: Adverse outcomes in group psychotherapy: Risk factors, prevention and research directions. Journal of Psychotherapy Practice Research 2000;9:113-122.
6. Szapcznik J, Prado G. Negative effects on family functioning from psychological treatments: a recommendation for expanded safe monitoring. Journal of family Psychology 2007; 21(3): 468-478.
7. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoule M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. PrimaryCare. 2010; 10(18): 350-4.J.
8. Hart JT. The Inverse Care Law. Lancet 1971;i: 405-12.
9. Parker I. La psicología como ideología: contra la disciplina. Ed. Catarata. Madrid, 2011.
10. Ortiz Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Revista Española de Salud Pública 2011;85:513-523 http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n6/02_colaboracion_especial1.pdf
11. Ortiz Lobo A, Murcia García L. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: Trastornos mentales comunes: manual de orientación. AEN. Estudios, 41. Madrid, 2009 <http://documentacion.aen.es/pdf/libros-aen/coleccion-estudios/trastornos-mentales-comunes-manual-de-orientacion/179-la-indicacion-de-no-tratamiento-aspectos-psicoterapeuticos.pdf>

- Recibido: 04/04/2014
- Aceptado: 04/05/2014