



Sobre los mal llamados trastornos menores

Francisco Dionisio Casado Cañero

FEA Psicología clínica. UGC Salud Mental Área Hospitalaria de Valme

Profesor asociado CIS. Universidad de Sevilla

Noviembre 2012. Boletín Psicoevidencias nº34. ISSN 2254-4046

Este trabajo nace de la reflexión que he venido realizando desde hace tiempo sobre mi tarea cotidiana en mi lugar de trabajo, sobre muchos de los casos que he atendido, y muchas de las situaciones que he escuchado, y a las que he intentado ofrecer alivio. A ello se añade en estos momentos, una urgencia moral y ética de escribir sobre ello, en los que a través de nuestra experiencia personal, así como de la resonancia social y la información que nos ofrecen los medios de comunicación, hay una vivencia más generalizada de desesperanza, miedo e incertidumbre. Antes de empezar a escribir estas líneas he leído en prensa la información sobre las vivencias de aquellas personas que pierden su hogar, y con él mismo, la última línea que les separa de la exclusión social, situaciones que acaban en algunos casos en el suicidio. Deseo escribir sobre la significación y valoración de los trastornos ansiosos y depresivos, sobre su relevancia y significado, y protestar con mi trabajo sobre la injustificada etiqueta de “trastornos menores”, introducidos en el acrónimo ADS.

El dato que los mismos tengan una elevada frecuencia, que de una manera u otra, con mayor o menor intensidad, sean experiencias de las que no nos encontramos lejanos en nuestra experiencia personal y vivencial, no nos puede servir para trivializarlos. Considero un prejuicio, y una cierta forma de alejamiento, de conjuro, de la cercanía, de la impregnación y resonancia con nuestras propias experiencias, esta postura. Ello no tendría más relevancia si fuera un mero mecanismo de defensa particular y personal, pero reviste problemas éticos cuando constituye una limitación para el acercamiento al sufrimiento de otra persona, cuyo alivio es nuestra tarea fundamental, y es una disfunción institucional, cuando se fomenta desde el propio sistema esta trivialización. De la misma, se puede derivar asimismo una pésima praxis, mediante la medicalización a través de la inmediata y aliviadora solución farmacológica, que es la que se suele, y de forma realista, conociendo las condiciones de ese ámbito, puede ser ofrecida desde Atención Primaria. Consideramos que esta alternativa facilita la iatrogenización de un sufrimiento, como la creación de una falsa percepción de la propia vivencia, que convierte en enfermedad lo que es sufrimiento, y el desarrollo de mecanismos de evitación experiencial, que

ubican a la persona que sufre en el rol de enfermo, añadiendo el consumo de fármacos a los problemas que antes ya tenía.

Desde modelos los modelos centrados en la noción de afrontamiento al estrés (1, 2, 3,4) la ansiedad es una respuesta que nace la interacción del sujeto con su medio. En cómo este hace frente a las demandas que el medio le efectúa de forma continuada. Esta interacción no es una mera relación física, sino que adquiere sentido desde la valoración que hace el sujeto de las demandas del medio, que básicamente son de naturaleza social, el modo en que se siente comprometido por ellas, compromiso que sólo es comprensible desde el significado que posee esa demanda desde su biografía, sus relaciones actuales y su posición social y su proyecto vital. Demandas a la que hará, o no, frente de forma más o menos satisfactoria con la movilización de conductas, que adquieren sentido dentro de una valoración de la situación y de una planificación de las mismas de cara a unos objetivos. Ello hace que sea un modelo de clara índole cognitiva, en el que es fundamental la función perceptiva de atribución, el valor que otorgan los sujetos, mediante cogniciones a través de la que evalúan los sucesos. Es evidente que estas cogniciones de atribución son consecuencia de un proceso acumulativo en el que intervienen desde el aprendizaje temprano de patrones de evaluación de relaciones sociales, la *inteligencia social*, que nos permite integrar dentro de un marco coherente los diferentes patrones de relación interpersonal, y que es objeto de un aprendizaje no intencional con claras semejanzas y relaciones con el aprendizaje del lenguaje (véase en esta línea el concepto de Esquema Disfuncional Temprano de Young, 5), a la interiorización de patrones culturales y la auto-imagen que el sujeto genera de sí mismo a través de su biografía. Evidentemente, porque somos seres sociales, que tan sólo podemos existir como tales en una sociedad concreta, sobre ello incide de un modo notorio el conjunto de condiciones de vida, los recursos sociales, económicos y culturales, de los individuos y de su entorno, tanto familiar como social, las posibilidades que estos ofrecen para servir como red de apoyo, sobre la que actúa como determinante la situación social y económica general, el acceso a recursos, que puede ser más o menos desigual, la existencia de políticas sociales y económicas de inclusión y apoyo social o de exclusión . En el momento actual en España estamos viviendo una situación en la que hay una continuada degradación de las condiciones sociales, con un crecimiento progresivo de los índices de desigualdad social y exclusión, remito a la lectura de las abundantes noticias en prensa sobre ello, de una carencia de perspectivas personales, de destrucción de un ámbito de integración e identificación social como es el trabajo, como ya ha sido señalado por Sennett (6), y de una vivencia de carencia de posibilidad de proyecto personal, de la posibilidad de una trayectoria

que de coherencia a la vida propia, lo que coloca a las personas que sufren esa situación en una vivencia de desesperanza e indefensión, que como ha sido señalado por Lewinshon et al y Miller y Seligman (7,8) está en la raíz de las vivencias depresivas.

Es en este marco en el que asistimos a un aumento significativo de la demanda de atención en nuestros servicios, que observamos los que trabajamos en las unidades de salud mental comunitaria, y que ha sido reflejado de modo notorio en el artículo [“Cuando la burbuja te explota a ti”](#) editado en El País del 30 de octubre de 2012.

Ante todo ello como profesionales de un servicio público de salud, que implica un abordaje centrado en el desarrollo de la salud y bienestar de los ciudadanos, y que en el caso de los psicólogos clínicos implica un énfasis en los aspectos psicosociales, y vivenciales, hemos de dar una respuesta a la situación a la accedemos de modo privilegiado por nuestro desempeño. Respuesta que ha de tener un sentido claramente ético y comprometido, con una percepción clara de cuáles son nuestras opciones ante esta realidad, y el papel de apoyo hacia las personas que sufren. Apoyo que ha de ser algo más que la mera empatía y simpatía, sino que ha de ir más allá de ello ofreciendo una lectura y un abordaje profesional y técnico que sirva desde nuestro ámbito de conocimiento a la comprensión de la vivencia, a la denominación adecuada de su vivencia a la persona que sufre. Lo anterior es un requisito indispensable para que pueda existir un afrontamiento de las emociones, desde una perspectiva de aceptación de las propias vivencias y sentimientos como legítimos, y que haga posible el desarrollo por parte de quien sufre de estrategias, de la toma de decisiones necesarias, muchas de ellas en el ámbito de las decisiones vitales personales y de la acción social, para la resolución o atenuación por lo menos de los hechos vinculados a su sufrimientos. Es notorio que desde esta perspectiva es absolutamente irrelevante la clasificación en base a criterios de CIE o DSM, no sólo no aportan nada a la comprensión de lo que está ocurriendo, sino que en muchos casos tan sólo sirven para la creación de una falsa consciencia en quien padece, y como una coartada para la distancia en quien observa.

Consideramos que la primera tarea es la escucha, la comprensión empática, de la vivencia, de las circunstancias en la que esta acaece, así como la valoración de cómo esta situación afecta a su proyecto de vida, a sus compromisos personales relevantes, Es muy importante entender las expectativas, la anticipación de cómo va a ser su futuro, qué valoración hace de este, y de los recursos que posee, y de la interpretación de la capacidad que posee para poder influir en el

curso de los acontecimientos. Todo ello es necesario, y va mucho más allá de la mera psicopatología al uso, para poder entender, y a la vez dar una respuesta coherente, empática y digna de crédito a quien sufre y nos pide ayuda.

La segunda tarea, vinculada íntimamente a la anterior, es la devolución, la ayuda, la incitación a la creación por quien sufre de un relato, de una comprensión coherente, integrada, y orientada al afrontamiento de las emociones, de lo que acaece. Es preciso ser catalizadores, nada más que eso, de la construcción de una *adecuada consciencia*, evitando las mistificaciones, tanto psicológico-médicas como morales (mucho del discurso ideológico presente en esta situación social incide en la culpabilización, en el defecto moral, de quien sufre las consecuencias de la crisis, y se trasluce en muchos comentarios y opiniones públicas y publicadas) de su vivencia y situación, siendo preciso el abordar la *falsa consciencia* creada desde estas premisas.

Una tercera tarea es el planteamiento de estrategias de manejo. Es importante señalar, que en el momento presente, no valen tan sólo, aunque en muchas ocasiones sea muy necesario e imprescindible, el arsenal de técnicas de manejo y abordaje de los problemas de ansiedad y depresión, de los que existen tratamientos psicoterapéuticos bien establecidos, que en todas las guías clínicas son los abordajes de elección. Nos encontramos cada vez más con situaciones en las que la modificación de la vivencia y la subjetividad, la incitación al desarrollo de actividades de afrontamiento, y de movilización de su red social, no es suficiente. Ya que los recursos sociales del sujeto, las perspectivas realistas de modificación de sus condiciones y circunstancias de vida son nulas, y su red social está agotada, sobrepasada o en situación similar o aún peor. En esta alternativa consideramos que hemos de ser honestos y plantear la realidad de un modo claro a quien sufre, la verdad es algo a lo que estamos obligados, reflexionar y entender, pararnos a hablar sobre ello, y a la vez orientar hacia otros ámbitos donde su problemática, si no resuelta puede ser comprendida y al menos expresada. Ello significa una toma de consciencia, una posición clara por parte del profesional. No se trata de convertirnos en activistas revolucionarios, ello no es nuestro rol, pero sí en ser conscientes y hablar claro de lo que ocurre, en un contexto en el que hasta colectivos como los jueces empiezan a hablar alto y claro (véase portada de [El País del 11 de noviembre de 2012](#)).

Referencias bibliográficas

- (1) Lazarus RS y Folkman S. 1986 (versión original en lengua inglesa 1984) Estrés y procesos cognitivos. Ed. Martínez Roca, Barcelona.
- (2) Lazarus RS. 2000 (versión original en lengua inglesa 1999) Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud. Ed. Descleé de Brouwer, Bilbao.
- (3) Bandura A. 1987 (versión original en lengua inglesa 1986) Pensamiento y Acción: fundamentos sociales. Ed. Martínez Roca, Barcelona.
- (4) Bandura A. 1999 (versión original en lengua inglesa 1995) Auto-eficacia: como afrontamos los cambios de la sociedad actual. Ed. Descleé de Brouwer, Bilbao.
- (5) Young JE. 1999. Cognitive therapy for personality disorders: a schema focused approach (3ª edición) Practitioner's Resource Series. Sarasota FL.
- (6) Sennett R. 2000 (versión original en lengua inglesa 1998) La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Ed. Anagrama, Barcelona.
- (7) Lewinshon PM, Hoberman H, Teri L y Hautzinger M. 1989. An integrative theory of depression. En: Hooley JM et al, Readings in abnormal psychology, John Wiley & Sons, New York.
- (8) Miller S y Seligman MEP. 1984 (versión original en lengua inglesa 1982) El modelo reformulado del desamparo y la depresión: evidencia y teoría. En: Neufeld RWJ, Psicopatología y stress, Ed. Toray S.A., Barcelona.