

## El problemático abordaje de la salud mental

Vengo de unas **Jornadas sobre Salud Mental y Atención Primaria** donde se han planteado crudamente algunos **problemas de la sanidad** (pública y privada) al tratar la enfermedad mental.

El primero es que **las cifras actuales** y las previsibles en el futuro muestran que **no hay (ni habrá) profesionales suficientes (psiquiatras, psicólogos, médicos de familia, enfermeras...)** para tratar el sufrimiento mental. La causa de su aumento es el estrés que provoca la creciente desigualdad, las soluciones a una enfermedad social no pueden ser sólo tratamientos individuales. Los que hacen negocio (sanidad privada, farmacéuticas) aumentarán sus dividendos (prestaciones por dinero del que lo tenga), el resultado es una sociedad intoxicada por psicofármacos.

Pero para los trabajadores de la sanidad pública, cuyo objetivo es cuidar, esa no es la salida.

Se habló de **necesario cambio en los profesionales** para dejar de usar un modelo reactivo (diagnóstico: ansiedad; tratamiento: ansiolíticos) y empezar a escuchar y tratar los orígenes del mal. Los profesionales pasamos a ser agentes de cambio en vez de reaccionar a demandas. **Evitar la cronificación de los pacientes y su circulación perpetua en los servicios**, normalizar lo no patológico como la tristeza o del duelo, desmedicalizar lo cotidiano, valorar el papel de los «legos» no asumiendo responsabilidades no propias (del paciente, de la sociedad, de la institución) sino reflejándolas, estimulando su acción.

Es fácil teorizar en la sala de un Congreso pero, **¿qué hacer en consulta frente a una demanda de malestar cuyo origen es social?**

**Sentada en mi sala de espera, llorando, sin cita, una camarera de piso me espera.** Dolor insoportable en ambas muñecas que le impide trabajar y dormir, tiene que seguir haciendo 25 habitaciones por día en su hotel multiapartamento. Dos hijos adolescentes y las tareas de hogar, de Extremadura y sin soporte familiar. La van a echar. Trasmite desánimo e impotencia. **Me pide unos parches para el dolor y algo para dormir.**

También se habló de eso.

**Frente a la actitud de desentenderse** (no es mi problema) se puede plantear otra forma de hacer que, sin salir del espacio profesional y recuperando el sentido de cuidar, **integre las causas sociales del malestar, se «haga cargo» de la queja y pase de la impotencia a la acción.** El diagnóstico se vuelve más complejo: al túnel carpiano bilateral se añade trastorno adaptativo de predominio ansioso, tabaquismo, sedentarismo y sobrepeso, desarraigo, soledad, explotación laboral... y expectativas inadecuadas. Desde el **«hacerse**

**cargo»** los instrumentos no dejan de ser profesionales: escucha, coordinación de recursos (ecografía diagnóstica, posible infiltración, terapia analgésica), baja laboral corta, abordaje familiar de la ansiedad, medidas higiénicas y terapias naturales para el insomnio... y un **enfoque comunitario que implique movilizar actores sociales para mejorar las condiciones laborales de las camareras de piso**. El plan rompe el discurso biológico (una píldora para todo) y los protocolos establecidos y coloca con intervenciones comunitarias al centro de atención primaria en el barrio como abogado de la salud.

En las Jornadas se concluyó que estos dos dilemas solo se pueden enfrentar desde un **modelo de trabajo conjunto entre la atención especializada en salud mental y la atención primaria**, es decir la creación de un único dispositivo asistencial hecho para la contención de la angustia (del paciente y del profesional).

Pero eso requiere un proyecto y la voluntad de hacerlo y **¿cómo vamos a hablar de colaboración entre instituciones y equipos, si las instituciones públicas desaparecen y los equipos se disuelven?**

Mientras... se puede seguir contratando psicólogos sin formación clínica para distribuir por las escuelas.

[José Manuel Aranda Regules](#)

Médico de Familia. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Baleares