Aloma 2011 | 29 | 325-340
Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport
ISSN: 1138-3194
Copyright © 2011
http://www.revistaaloma.net

Los malestares psicológicos en la sociedad del bienestar

Antoni Talarn[1], Anna Rigat[2] & Xavier Carbonell[3]
[1]Universitat de Barcelona
[2]CDIAP Garrotxa i Olot
[3]Universitat Ramon Llull

Resumen

En nuestra sociedad, y a pesar de los notables avances en el estado de bienestar, muchas personas se sienten enfermas y trastornadas ante los vaivenes de la vida. El infortunio cotidiano tiene hoy día rango de enfermedad, muchas veces de enfermedad mental. De ahí, el notable aumento de las consultas en los diferentes dispositivos sanitarios de todo tipo. El consumo, la tecno-ciencia y el individualismo, los tres sistemas a través de los cuales tratamos de alcanzar la felicidad en la actualidad, influyen en la forma en la que experimentamos las adversidades de la vida. A su vez, los medios de comunicación, la industria farmacéutica, los profesionales y los pacientes son los agentes implicados en lo que se ha dado en llamar la medicalización de la existencia. La conclusión es que las personas experimentan como enfermedades las contradicciones propias del sistema social.

Palabras clave: *malestar, medicalización, consumo, tecno-ciencia, individualismo*

Correspondencia:
Xavier Carbonell
FPCEE Blanquerna - Universitat Ramon Llull
C/Císter, 34. 08022 Barcelona
xaviercs@blanquerna.url.edu

Los malestares psicológicos en la sociedad del bienestar

Las sociedades occidentales, vaivenes económicos aparte, son cada día más ricas y resulta obvio que el bienestar ha avanzado considerablemente en los últimos decenios. No obstante, y a pesar de las encuestas que nos muestran a una población bastante satisfecha con su vida (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2008a), los diversos tipos de malestares, físicos, psicológicos y sociales no cesan de aumentar.

Dado el mayor confort material y de servicios sería esperable que estos malestares remitieran hasta un cierto nivel casi residual, acotado, quizá, a los márgenes de la sociedad rica. Sin embargo, no es así. De ahí que profesionales de la medicina, la psiquiatría, la psicología, la enfermería, la asistencia social, la educación y demás nos veamos ante la tesitura de atender cada día a más personas que se quejan de ciertos malestares que quizá tengan más que ver con "estar mal" que con auténticas "enfermedades" (Márquez y Meneu, 2003; Moynihan y Smith, 2002; Ramos, 2004; Smith, 2002).

La lista podría ser interminable: crisis de ansiedad, depresiones, distimias, duelos, niños revoltosos –supuestamente hiperactivos–, fatigas y algias variadas, hipocondrías, disfunciones sexuales, alteraciones de la personalidad, adicciones de todo tipo, anorexias y bulimias, vigorexias, dismorfofobias, aislamientos e inhibiciones sociales, adolescentes problemáticos y malos tratos, entre otros. ¿Cuántas consultas atendemos hoy día con estas problemáticas? Ahora y aquí esbozaremos sólo algunas ideas para comprender este fenómeno al que podríamos denominar *psicopatologización de la existencia*, que corre paralelo al de la medicalización de la sociedad (Illich, 1974; Kishore, 2002; Moynihan, Heath y Henry, 2002; Moynihan y Henry, 2006).

Radiografía de la sociedad actual

En la sociedad opulenta en la que nos hallamos hay un axioma básico e ineludible para la mayoría de nosotros: la búsqueda de la felicidad. Ser feliz es una especie de mandato incuestionable (Bruckner, 2000). Superada la época de la escasez y del ahorro, hemos entrado en una cotidianidad, donde lo que buscamos con más ahínco es la calidad de vida. Calidad en el trabajo, en las relaciones, en la identidad, en los estudios, en el ocio y en los servicios que recibimos.

Damos por conquistada la calidad –y por supuesto la cantidad– de los objetos materiales. Nadie se preocupa hoy día excesivamente por los niveles de calidad del televisor que acaba de comprar o del ordenador que necesita para trabajar. Todos, desde el más lujoso al más económico, han obtenido sus respectivas certificaciones. Y, por si acaso algo falla, ahí están las garantías del fabricante.

Lo que nos sucede es lo siguiente: hemos traspasado este modelo de calidad/garantía objetal a las cuestiones de *índole personal*. No es ninguna aberración y es muy comprensible. Despreocupados ya de las cuestiones materiales, nos atareamos en las espirituales. Pero en el trasvase de la felicidad material a la personal surgen varios problemas:

1. En lo personal no hay garantía que valga. (En lo material sí la hay).
2. En lo personal cuesta más de aceptar el límite (En lo material se comprende mejor).
3. Lo personal se construye en contacto con los otros, no depende sólo de uno mismo
   (Lo material nos viene dado y, si se puede, se compra).
4. Lo personal es cada día más individual y menos colectivo (Fin de las ideologías sostenedoras: clase, religión, política, etc.).

Es por ello que los sociólogos hablan de la *sociedad de la decepción* o bien de la *felicidad paradójica* (Lipovetsky, 2006a; 2006b). En términos más sencillos y resumidos diríamos que nos sentimos infelices porque perseguimos la felicidad absoluta. Pero resulta que ésta nos ha resultado un tanto escurridiza, atisbamos fragmentos pero no plenitudes. El problema no es la búsqueda de la felicidad, puesto que esto siempre ha sido así y así será (McMahon, 2005). El problema radica en los caminos por los que transitamos para conseguirla. ¿Cómo buscamos la felicidad hoy día? ¿Qué caminos tomamos? Si podemos analizarnos daremos con la clave del cómo y el por qué llegamos a los malestares y decepciones.

Hay un camino que pasa por lo material. El consumo es su medio. Otro pasa por el bienestar y la seguridad de toda índole (sanitaria, alimentaría, del entorno, etc.). La tecno-ciencia es su sostén. Y, por último el camino más importante: el de la afectividad y del desarrollo personal, el cual está muy mediatizado por la sociedad de los individuos (Verdú, 2005) en la que vivimos. Hemos de hablar, pues, de tres grandes fenómenos que, de modo entrelazado, usamos para conseguir la felicidad (Lipovetsky y Charles, 2004) y que, a veces, son causa de desencanto: a) el consumo; b) los avances técnico-científicos; y c) la primacía del individuo. Consumo, ciencia e individualismo se comportan de modo paradójico: ofrecen enormes cotas de bienestar y, simultáneamente, grandes dosis de malestar. Veamos algunas de estas paradojas.

Consumo y mercado

Hoy en día es un tópico hablar del *consumismo*. Se suele acusar a la sociedad actual de ser excesivamente consumista, de despilfarrar en banalidades y de convertir al mundo en un supermercado (Houellebecq, 2000). En estas críticas, no obstante, no se diferencia entre consumo y

consumismo. Si el consumismo es visto como una exageración del consumo, entonces sí es criticable. Pero la vida es impensable sin el consumo. Nacemos e inmediatamente empezamos a consumir, es decir, a utilizar en nuestro propio provecho los recursos disponibles del exterior. No se puede vivir sin consumo. No hay nadie que no sea un consumidor. El problema, pues, no radica en el consumo, sino en su multiplicación desmedida. El consumo en sí no es fuente de infelicidad.

Pero en un extremo de la línea continua del consumo hallamos a quienes, infelices e insatisfechos, se lanzan a la orgía bulímica del *shopping*. Actúa entonces ese consumismo como un sucedáneo de la vida y la felicidad a la que se aspira, como un paliativo de los deseos frustrados de cada cual. Se trata del consumismo como ansiolítico, como satisfacción compensatoria, como una forma de levantar el ánimo (Bauman, 1998; Verdú, 2003).

En el otro extremo hemos de preguntarnos ¿Qué pasa con los afectados por la precariedad y los nuevos pobres? Hace unos años parecía que la prosperidad económica, el pleno empleo y el estado de bienestar conseguirían la reducción de la pobreza y la elevación general del nivel de vida. Ahora vemos que esto no ha sido así. Hay una nueva pauperización de masas resultante de los vaivenes socioeconómicos de los **últimos 30 años. La pesadilla del consumo no sólo es la de los adictos a las compras**, sino también la de los nuevos pobres (Bauman, 1998; De Sebastián, 2000; Navarro, 2002, 2006). Parados de larga duración, madres solas, jóvenes sin cualificar, gente que vive en barrios deprimidos, etc. Todos ellos, no obstante, participan de una cultura individualista y consumista propia de las clases medias. Los pobres han asimilado los valores sociales y, como todos, quieren tener acceso a los signos de distinción, a la moda, al consumo. De ahí esos jóvenes pobres con *look*, que buscan consumir para salir del desprecio social y de la imagen negativa de sí mismos o esas familias que no alcanzan para la luz pero se abonan a la TV por cable.

Los jóvenes, atrapados entre dos condiciones: la incitación al consumo y su propia limitación, experimentan un sentimiento de exclusión y frustración que puede llevarlos a comportamientos delictivos, fracaso escolar, crisis vocacionales, ansiedad, abuso de drogas, vandalismo y demás (Berghman, 1995). Los adultos caen con facilidad en la depresión, las crisis de pareja, la intolerancia a la frustración, el deterioro de las relaciones con los hijos, a los que no pueden garantizar, como antes sucedía, una vida mejor que la suya.

Esta pobreza material se vive como carencia de autonomía y de proyecto, como fracaso personal, fomenta la depresión y la ansiedad, mina la autoestima. El paro, por ejemplo, ya no se vive como un destino de clase, sino como una insuficiencia personal que acarrea autoacusaciones. Se experimenta vergüenza, humillación. En la sociedad del consumo, la

precariedad intensifica el trastorno psicológico, la convicción de haber fracasado en la vida.

No podemos menos que citar a Erich Fromm, en una frase un tanto antigua pero de plena vigencia: "Si las vicisitudes del mercado son los jueces que deciden el valor de cada uno, se destruye el sentido de la dignidad y del orgullo" (Fromm, 1947, p. 86). En ocasiones, estas personas minadas en su autoestima, en su dignidad y en su orgullo acuden a nuestras consultas.

Tecno-ciencia: progreso real, progreso imaginario

El otro gran paradigma de la sociedad moderna es el de la tecno-ciencia. Casi no hay ámbito del quehacer humano que quede fuera de su alcance: comunicaciones, biología, medicina, ecología, arquitectura, diseño, conflictos armados, espectáculos, *mass media*, educación, ocio, trabajo, seguridad, arte, etc.

No hay quien ponga en duda el progreso y las cuotas de bienestar y comodidad que la tecno-ciencia conlleva. Ciertamente es un avance poder comunicarse como hoy lo hacemos, prolongar la calidad y la cantidad de la longevidad, poseer herramientas para los trabajos más penosos, disponer de instrumentos diagnósticos y terapéuticos que proporcionan enormes beneficios a los enfermos y demás logros que serían imposibles de reseñar por completo.

La tecno-ciencia promete y, en parte cumple, pero no puede darlo todo. Nos da más comodidad, más facilidades, pero no mayor realización personal. Sin embargo, no son pocos los que le piden a la tecno-ciencia aquello que antaño se le pedía a la religión: el milagro (Gray, 2004). Y es que las promesas de la tecno-ciencia, al igual que las del consumo, también han invadido el espacio de lo personal. Así, por ejemplo, a un nivel médico, hay quien pretende mostrar siempre un aspecto juvenil, eliminar la calvicie o la menopausia, vivir la vejez como una segunda adolescencia, disfrutar del sexo sin límite alguno, moldear su cuerpo a voluntad, tener hijos siempre que se desea, y que todo sea previsible, mejorable o reparable. En los aspectos psicológicos también se observan, en no pocas ocasiones, demandas desmesuradas: superar las pérdidas con psicótropos, mejorar el rendimiento personal en diferentes áreas, explicar y curar los trastornos mentales, etc.

Racionalmente sabemos que es imposible, pero no siempre somos tan racionales y esperamos de la medicina más de lo mucho que promete (Macip, 2008). ¿Cuánto malestar generan estas fantasías que antes no eran posibles? Tampoco resultan desconocidos los manejos de una parte de la industria farmacéutica o de la medicina. Un par de ejemplos recientes de ambas formas de negocio: ya está comercializada una píldora para mejorar el rendimiento de los videojugadores (Aldekoa, 2008); y

desde hace tiempo, incluso en nuestro país, se practica una intervención quirúrgica para paliar el rubor producto de situaciones sociales (Rex, Droft, Claes, Gothberg y Dalman, 1998).

Individualismo: libertad e incomodidad a partes iguales

Llegamos al punto esencial de la búsqueda de la felicidad. El paradigma personal, afectivo y relacional. Por más consumistas que seamos, esto no significa que pongamos las cosas por delante de las personas. Todas las encuestas lo confirman: lo que más valoramos es la familia, la pareja y los hijos. A continuación el trabajo, los amigos, las relaciones sociales, el ocio y demás (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2008b). Es decir, seguimos estimando, por encima de todo, los aspectos relacionales de la vida.

Sin embargo, una parte muy importante de los mismos ha cambiado mucho en poco tiempo. En concreto los que hacen referencia a los vínculos comunitarios. Hoy día todo encuadramiento colectivo parece caduco y pocos son los que abogan por visiones colectivas de los problemas humanos. Ya no hay lucha de clases, ni ideologías salvadoras y plenipotenciarias. La disciplina social impuesta por la familia, la tradición, el partido, el sindicato, la clase social, la nación, la moral o la iglesia ha desaparecido. Hoy el estilo de vida es más optativo que nunca. Se pretende vivir a la carta. Pertenecemos a multitud de clubs y asociaciones, pero ninguno nos da identidad definitiva.

La sociedad tradicional y moralista era restrictiva, pero enmarcaba los deseos y por lo tanto limitaba las frustraciones. Hoy día somos más libres, pero tenemos más posibilidades de sentirnos decepcionados. Somos más exigentes, más reflexivos, más "yo", pero también más propensos a la incomodidad, la frustración y el desencanto. Hemos ganado cotas de libertad en todo, pero, por el contrario, también nos podemos sentir, en un momento dado, más solos y menos sostenidos por el entorno.

Y ante la vida, ante sus placeres y sus infortunios nos sentimos solos, dependiendo únicamente de nosotros mismos y nuestras decisiones y aptitudes. Cada vez hay más gente que vive sola, ancianos, divorciados y jóvenes. De ahí la abundancia de las citas por Internet y los chats (Sánchez-Carbonell y Beranuy, 2007).

Los antiguos referentes no nos sostienen, o al menos no del mismo modo a como lo hacían antaño. La familia, por ejemplo, es cada vez más reducida, dispone de menos tiempo para compartir, los abuelos están fuera de casa –en la residencia o de crucero–, y los hijos pequeños están atareados con sus labores escolares y extraescolares. En el ámbito de la pareja se multiplican las experiencias amorosas y esto permite una mayor libertad de elección, pero los compromisos son volátiles, abundan los finales rápidos. Las decepciones son abundantes en tanto en cuanto se

aspira al eterno amor romántico. No es que nos decepcionemos más que antes, es que nos desengañamos más a menudo (Lipovetsky, 2006). Y en el trabajo, abundan la precariedad, los salarios bajos, las titulaciones que no sirven, el techo de cristal y los ascensores sociales averiados. La profesión, para muchos, ya no es seña de identidad. El resultado de todas estas circunstancias es que vivimos en la era de la autoconstrucción del yo. Somos los únicos responsables de nosotros mismos (Bauman, 2005). Y en este mundo de capitalismo feroz y veloz, de cuerpos jóvenes y delgados, y de individuos librados a su suerte, esto no es nada fácil.

Breve crónica de los psicomalestares modernos

Consumimos más, poseemos más bienes materiales y de servicios, tenemos la última tecnología y vivimos de modo muy autónomo. ¿Se acompaña todo ello de un mayor bienestar psíquico y físico? ¿Es nuestra vida más satisfactoria? Los datos indican que no.

Lo que sucede es lo siguiente: vivimos mejor, pero más solos (cese de sistemas comunitarios de soporte); el consumo se nos aparece como el gran dador de bienestar (pero suele frustrar o dar menos de lo que parece); y la tecno-ciencia promete todo tipo de mejoras (con pocos resultados visibles). Se podría argumentar, quizá, que lo que pasa es que nos quejamos más que antes porque somos más exigentes. En realidad, no se trata de que seamos más exigentes o intolerantes a la frustración que hace unos años, se trata de que nos hemos creído el mensaje de que esta vida puede ser una auténtica maravilla gracias al consumo, a la tecno-ciencia y a ser nosotros mismos. No somos como niños exigentes de por sí, somos como niños a los que se les ha prometido mucho y que reciben poco: se indignan. El resultado es que todo esto no nos hace más felices. Y muchos se sienten infelices e insatisfechos.

Como antes señalamos, todas las encuestas, más allá de la crisis actual, muestran a la población razonablemente satisfecha con su vida. Y, sin embargo, parece que vivimos en una época donde el malestar de todo tipo es una epidemia. Por ejemplo, en la *Encuesta Nacional de Salud* (Ministerio de sanidad y Consumo, 2006) se dice que el 14.7% de los españoles padece depresión, ansiedad u otros trastornos mentales. Se afirma también que el 21.3% de la población mayor de 16 años está en riesgo de padecer algún trastorno mental. En concreto el 15.6% de los hombres y el 26.8% de las mujeres. Si bien, el 70% de la población afirma estar satisfecho o muy satisfecho con su salud. En Cataluña: según datos del *Consell Assessor de Salut Mental de la Conselleria de Salut de la Generalitat*, el 30% de los pacientes atendido en atención primaria tiene algún problema de salud mental (Infocop online, 2008). El problema más frecuente es la depresión y le siguen los trastornos de ansiedad y las adicciones.

Según la Organización Mundial de la Salud (2009), la depresión será el tercer problema de salud más importante en el mundo, afecta a un 15% de la población mundial. Y, además, aparecen nuevas patologías, aunque mejor deberíamos hablar de *nuevas demandas*: algunos casos de adicciones a Internet, al teléfono móvil, al juego, a las compras, al sexo y demás (López, 2006); supuestos trastornos nuevos: como el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia (Ramos, 2007) o síndromes como la vigorexia (Pope, Phillips y Olivardia, 2000) o el síndrome postvacacional (Leija, 2007).

¿Qué está pasando? Una explicación simplista tipo: "La sociedad nos vuelve locos, la gente es más sensible", no nos resulta suficiente. Está pasando lo que siempre ha pasado: que la sociedad modela los malestares de todo tipo. En la Edad Media, muchos se sentían poseídos por el diablo. En la Viena de Freud, abundaba la histeria; y hoy día hay lo que hay debido a la sociedad que tenemos. ¿Y qué tenemos nosotros, por encima de casi todo?: el mercado. Ante tanto insatisfecho no se puede dejar escapar una oportunidad de negocio tan enorme. Hoy día hay una comercialización de la infelicidad cotidiana que requiere para sus propósitos (comerciales) que se definan y diagnostiquen como trastornos y/o enfermedades cosas que no lo son: la tristeza, el miedo, la timidez, la indisciplina infantil, el fracaso escolar, el cansancio, la intranquilidad, el estrés, la ansiedad, el aburrimiento, etc. Esto hace aumentar la nómina de nuevos enfermos (González y Pérez, 2007). Sin embargo, sabemos que hasta una cuarta parte de los pacientes que acuden a un centro de salud mental no padecen trastorno alguno diagnosticable como tal (Ortiz-Lobo, García, Mata y Rodríguez, 2005; Ortiz-Lobo, González y Rodríguez, 2006). Veamos cómo se da este proceso que se articula en tres momentos sucesivos:

1. El mercado crea marcas y las ciencias sanitarias adoptan, a veces, los diagnósticos como si fuesen marcas, como el etiquetaje de un producto. Los duelos son depresiones, incluso pueden llegar a ser un trastorno con entidad propia en el próximo DSM; la timidez: fobia social; los niños y adultos inquietos padecen trastorno de la atención; las disfunciones: son enfermedades.
2. En el mercado la marca y el envase son, a menudo, más importantes que el contenido. En lo que nos atañe, esto representa que la novela vital del paciente desaparece en las consideraciones de su malestar. Sólo se tiene en cuenta el envoltorio sintomático, el diagnóstico, es decir, el lazo con el que va envuelto el sufrimiento.
3. El mercado se mueve con rapidez y con urgencia, buscando la satisfacción, el alivio inmediato. Se pierden espacios para la reflexión, el cuestionamiento o el encuentro social: nos entregamos al fármaco. El malestar se medicaliza (Ramos, 2004) y se desvitaliza.

De ahí que nuestra cultura actual fomente la medicalización, la psicologización, y la psiquiatrización de la existencia. O de algunas existencias que se encuentran parcial, o totalmente, atoradas en su búsqueda de la felicidad. Muchas de las nuevas demandas que hemos relatado pueden ser realmente trastornos, pero, en la mayoría de ocasiones, no serán alteraciones dignas de tal categoría sino quejas y discursos de malestar medicalizados, psicologizados y psiquiatrizados. Lo que, dicho sea de paso, no les resta un ápice de realidad sanitaria.

Los agentes de la psicopatologización de la existencia

De acuerdo con Márquez y Meneu (2003), los agentes implicados en la situación que estamos describiendo son los siguientes: a) los medios de comunicación; b) la industria farmacéutica; c) los profesionales sanitarios; d) los pacientes y e) los gestores políticos del sistema sanitario.

Dejaremos de lado los gestores políticos, por falta de espacio, y nos detendremos, con no demasiado detalle, en el resto de los agentes implicados. A la gente de la calle, a la gente normal y corriente, le llega la mayoría de las novedades a través de los medios de comunicación. Dichos medios están obligados a la noticia sensacionalista, a la primicia que llame la atención de la audiencia y a la velocidad en la transmisión de la información y no tienen más remedio que difundir las ideas predominantes en el sistema, sin la menor posibilidad de contraste de los datos. Nos hablan, entonces, de la medicina –y en parte de la psiquiatría y la psicología– como ciencias exactas, omnipotentes y omniscientes, capaces de dar respuesta a toda situación que se les plantee. Proclaman, casi a diario, datos epidemiológicos de dudosa procedencia –facilitados en no pocos casos por la propia industria–, avances en la investigación genética de multitud de trastornos y condiciones particulares, descubrimientos de nuevas enfermedades, supuestos avances de investigación con posible repercusión terapéutica a largo plazo.

¿Quién, hoy día, es capaz de resistirse a estos cantos a la esperanza? He aquí un ejemplo de lo que estamos comentando: en junio de 2005, los informativos *prime time* de Antena 3 TV difundían la noticia de un nuevo fármaco –*Ninafar* (L-Arginina) de los laboratorios Litaphan– estimulante del deseo sexual femenino. La información incluía los resultados de unos estudios que mostraban que el 40% de las españolas afirmaba tener una vida sexual insatisfactoria y que el 80% consideraría necesario o muy necesario la presencia de un producto específico para tratar la disfunción sexual femenina.

Tras un estudio y unos datos tan poco refinados estaba una campaña muy bien orquestada que perseguía emular la rentabilidad de la Viagra pero en el campo femenino. Y es que al ciudadano, a través de los medios de comunicación, le llega el reflujo sutil, pero poderosísimo,

de la industria farmacéutica, el segundo agente implicado en el tema que nos ocupa.

Seamos claros: si hoy priva el modelo biológico en el abordaje de todo tipo de queja, no es por razones científicas sino económicas. La industria fomenta una determinada visión de los malestares y los trastornos mentales. En lo mental todo se nos presenta como de orden biológico o genético: la violencia, el juego, la delincuencia, el alcoholismo, la depresión, la psicosis, los trastornos de la personalidad, la hiperactividad infantil, las fobias, las obsesiones, la anorexia, la bulimia, todo absolutamente. En los demás ámbitos sanitarios priva el *marketing* del miedo (Moynihan, Heath y Henry, 2002) y la industria se ocupa de difundir mensajes atemorizantes, y un tanto desmedidos sobre el colesterol, la tensión arterial o la osteoporosis, por poner sólo unos ejemplos (Blech, 2003).

Queremos que se nos entienda bien. Necesitamos a la industria farmacéutica y consideramos que aporta grandes beneficios a la sanidad. Pero no por ello debemos validarla al 100%, u omitir según qué críticas. Ya sabemos que cuando la ciencia conecta con el dinero a veces las cosas no son tan científicas como parecen y acaban siendo más empresariales que otra cosa (Smith, 2005). Naturalmente no estamos sugiriendo que la industria farmacéutica sea la causa de que la gente tenga problemas, sino que es causa de que los problemas que tiene la gente sean presentados como trastornos mentales –o de otro tipo–, de supuesta base biológica, remediable, precisamente, con algún tipo de medicación (González y Pérez, 2007).

Tanto es así que hoy día hay defensores de lo que se ha dado en llamar la *psicofarmacología paliativa* (Charlton, 2000; 2003), una supuesta especialidad de la psiquiatría que pretende, sencillamente, ayudar a las personas a experimentar una mayor calidad de vida. Aunque el debate se pueda plantear a un nivel científico (Charlton y Mckenzie, 2004), una primera cuestión se impone con rotundidad: ¿son los psicofármacos los que han de ofrecernos una mayor calidad de vida? (Talarn, 2007).

Con todo este bagaje llegamos ya a las trincheras asistenciales. A los profesionales: médicos, psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, etc. A todos nos resulta, a veces, muy difícil sustraernos a tanta ideología y demanda que dice, en torno a nuestra profesión y a los malestares de los pacientes, que: todo es un trastorno, orgánico, que requiere medicación y que es solucionable rápidamente. De ahí que se produzcan movimientos profesionales que, cuando menos, calificamos de sorprendentes. Así, resulta que es en la atención primaria en donde se recetan el mayor número de antidepresivos y ansiolíticos (Ortiz-Lobo y Lozano, 2005; Wang, Demler, Olfson, Pincus, Wells y Kessler, 2006); u observamos que en la psiquiatría vuelve con fuerza el electroshock

(Bertolín, Sáez, Hernández de Pablo y Peiró, 2004; Rojo, 2006), ya sea aplicado a menores (Chung y Varghere, 2008; Esmaili y Malek, 2007) o a ancianos (O'Reardon, Cristancho, Cristancho, Fontecha y Weiss, 2008). Mientras, en la psicología clínica, no pocos abogan por el llamado *psicólogo médico*, habilitado para recetar psicótropos, como ya sucede en algunos estados de Norteamérica (Wautier y Tolman, 2007).

Y, ¿qué decir, por lo que respecta a los pacientes? Son, sin duda, el eslabón más débil de la cadena. Pese a la falta de consciencia y actitud crítica (o incluso debido a ésta) ¿no son el más fuerte en tanto son el consumidor y, por tanto, el elemento que energiza todo el mecanismo? Receptores de todo lo visto hasta aquí, cuando se sienten aquejados de algún que otro malestar tienden a considerarse enfermos. Casi siempre, entonces, resulta más fácil tomar una pastilla que revisarse uno mismo o cuestionarse las circunstancias en las que se vive. O decirse que uno tiene una enfermedad –heredada–, más que aceptar que se tienen conflictos. O pensar, pongamos por caso, que un hijo tiene un trastorno por déficit de atención, que nada tiene que ver con la dinámica familiar, el afecto o la contención. Reaccionan de modo lógico a lo que se les dice. Vienen con carácter de urgencia, ya que en esta cultura la satisfacción inmediata es una constante. Acaban creyendo que ser bien atendidos es estar bien medicados.

Conclusiones

No hay sociedad humana que haya estado exenta de malestares y de trastornos psicológicos. La nuestra, obviamente, no es una excepción. Tampoco nos debe llamar especialmente la atención el hecho de que los malestares actuales estén mediados por el tipo de sociedad en la que vivimos, no puede ser de otro modo. La cuestión que hemos querido destacar es el efecto que sobre estos padecimientos han tenido la penetración de los tres grandes paradigmas que definen a las sociedades ricas desde hace unos años: el mercantilismo a ultranza, la fe en la tecno-ciencia y el auge del individualismo. En nuestra opinión, y en la de muchos de los otros autores que han ido desfilando por estas páginas, esos efectos han sido perjudiciales. El resultado es que muchas personas se consideran enfermas ante los avatares de la vida. Y los que sufren psicológicamente, arrastrados por la medicalización de la sociedad y por sus propias formas de proceder ante cualquier problema, también se sienten de este modo, por lo que suelen visitar al médico para hacer frente a su incomodidad (Pundik, 2008). Recorren el largo y complejo rosario de pruebas de todo tipo para el descarte de la patología orgánica y, finalmente, por eliminación, acaban en la consulta del profesional de la salud mental, generalmente el psiquiatra. De ahí al psicofármaco resta un leve gesto. Y aunque criticamos con energía la medicalización y el consumo abusivo

de psicofármacos, no somos complacientes con la psicologización y el empleo desmedido de las diversas formas de psicoterapia. De hecho, ambos fenómenos formarían parte del mismo proceso descrito.

Con todo lo dicho hasta aquí, se acaba imponiendo la creencia de que la gente no puede enfrentar las vicisitudes de la vida sin una asistencia profesionalizada, lo que genera en los individuos una actitud pasiva ante el sufrimiento. Como señala Ortiz-Lobo (2006) con esta ideología se prepara a la gente para consumir, no para actuar. De ahí que ya haya profesionales de la salud mental y de la asistencia primaria que se planteen la posibilidad de la indicación de no tratamiento –lo cual no equivale, lógicamente, a no intervención o no atención, sino a una intervención dirigida a resignificar el malestar y la demanda del supuesto paciente–, en el contexto de una prevención cuaternaria. Se entiende por prevención cuaternaria aquella que trata de evitar el uso innecesario de las intervenciones sanitarias, en el sentido de que si éstas son innecesarias, su empleo deviene en un perjuicio para el paciente (Gervas, 2006; Ortiz-Lobo, 2008).

Y, por último, aunque no menos importante: cuando el malestar individual, a menudo fruto de una contradicción social, es tratado desde un punto de vista técnico-sanitario, y no como un asunto de raigambre social, se está ocultando la verdadera raíz del problema. Las tensiones colectivas como el paro, la precariedad laboral, la inmigración, la desigualdad entre géneros, etc. se acaban convirtiendo en problemas personales, privados. El sistema, por llamarlo de algún modo, queda a salvo de todo cuestionamiento.

Referencias

- Aldekoa, X. (12 de setiembre de 2008). Videojuegos con química. *La Vanguardia*, pág. 24. Disponible en: http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2008/06/12/pagina-24/71655027/pdf.html?search=aldekoa (Recuperada en octubre de 2011).
- Bauman, Z. (1998). *Work, consumerism and the new poor*. Buckingham: Open University. Traducción castellana: *Trabajo, consumo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa, 2000.
- Bauman, Z. (2005). *Liquid life*. London: Polity Press. Traducción castellana: *Vida líquida*. Barcelona: Paidós, 2006.
- Bertolín, J. M., Sáez, C., Hernández de Pablo, M.E. & Peiró, S. (2004). Eficacia de la terapia electroconvulsiva: revisión sistemática de las evidencias científicas. *Actas Españolas de Psiquiatría, 32*, 153-165.
- Blech, J. (2003). *Die Krankheitserfinder: Wie wir zu Patienten gemacht werden*. Frankfurt: Fischer Verlag. Traducción castellana: *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino, 2005.

- Bruckner, P. (2000). *L'euohorie perpétuelle. Essai sur le devoir de bonheur*. Paris: Grasset & Frasquelle. Traducción castellana: *La euforia perpetua. Sobre el deber de ser feliz*. Barcelona: Tusquets, 2001.
- Berghman, J. (1995). Social exclusion in Europe: policy context and analytical framework. En G. Room (Ed.): *Beyond the threshold. The measurement and analysis of social exclusion*. Bristol: Policy Press.
- Charlton, B. G. (2000). *Psychiatry and the human condition*. Abingdon: Radcliffe Medical.
- Charlton, B. G. (2003). Palliative psychopharmacology: a putative speciality to optimise the subjective quality of life. *QJM. An international Journal of Medicine, 96*, 375-378.
- Charlton, B. G. & Mckenzie, K. (2004). Treating unhappiness: society needs palliative psychopharmacology. *The British Journal of Psychiatry, 185*, 194-195.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2008a). *Barómetro junio 2008*. Disponible en: http://datos.cis.es/pdf/Es2766mar_A.pdf (Recuperada en octubre de 2011).
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2008b). *Barómetro enero 2008*. Disponible en: http://datos.cis.es/pdf/Es2749mar_A.pdf (Recuperada en octubre de 2011).
- Chung, A. & Varghere, J. (2008). Treatment of catatonia with electroconvulsive therapy in an 11-year-old girl. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42*, 51-53.
- De Sebastián, L. (2000). Globalización, exclusión y pobreza. *Anthropos, 194*, 55-64
- Esmaili, T. & Malek, A. (2007). Electroconvulsive therapy (ECT) in a six-year-old girl suffering from major depressive disorder with catatonic features. *European Child and Adolescent Psychiatry, 16*, 58-60.
- Fromm, E. (1947). *Man for himself*. New York: Rinehart & Co. Traducción castellana: Ética y psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económico, 1957.
- Gervas, J. (2006). Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gaceta Sanitaria, 20*, 127-134.
- González, H. & Pérez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- Gray, J. (2004). *Heresies, against progress*. London: Granta Books. Traducción castellana: *Contra el progreso y otras ilusiones*. Barcelona, Paidos. 2006.
- Houellebecq, M. (2000). *El mundo como supermercado*. Barcelona: Anagrama.
- Kishore, J. (2002). *A dictionary of public health*. New Delhi: Century.
- Illich, I. (1974). *The medical nemesis. The expropiation of health*. London: Calder and Boyars. Traducción castellana: *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, Seix Barral, 1975.

- Infocop online (2008). *Tres de cada diez catalanes que acuden a atención primaria sufren problemas de salud mental*. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1687&cat=39 (Recuperada en octubre de2010).
- Leija, G. (abril de 2007). Revisión teórica del síndrome postvacacional. Ponencia presentada en el *IX Congreso Internacional de Ergonomía*. México, D.F., México.
- Lipovetsky, G. (2006a). *Le bonheur paradoxal*. Paris: Gallimard. Traducción castellana: *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona: Anagrama, 2007.
- Lipovetsky, G. (2006b). *La société de deception*. París: Les éditions Textuel. Traducción castellana: *La sociedad de la decepción*. Barcelona: Anagrama, 2008.
- Lipovetsky, G. & Charles, S. (2004). *Les temps hypermodernes*. Paris: Grasser & Fasquelle. Traducción castellana: *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Anagrama, 2006.
- López, F. (2006). *Drogas y adicciones en la sociedad actual*. Almeria: Universidad de Almeria.
- Macip, S. (2008). *Inmortales y perfectos. Como la medicina cambiará radicalmente nuestras vidas*. Barcelona: Destino.
- Márquez, S. & Meneu, R (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria, 5*, 47-53.
- McMahon, D. M. (2005). *Happiness: A History*. New York: Atlantic Monthly Press Tradución castellana: *Una historia de la felicidad*. Madrid: Santillana, 2006.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Encuesta Nacional de Salud 2006*. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaIndice2006.htm (Recuperada en octubre de 2011).
- Moynihan, S., Heath, I. & Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal, 324*, 886-890.
- Moynihan, R. & Henry, D. (2006). The fight against disease mongering: Generating knowledge for action. *PLoS Med, 3(4),* e191. Disponible en: http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371%2Fjournal.pmed.0030191. (Recuperada en Diciembre de 2011).
- Moynihan, R. & Smith, R. (2002). Too much medicine? *British Medical Journal, 324*, 859-860.
- Navarro, V. (2002). *Bienestar insuficiente, democracia incompleta*. Barcelona: Anagrama.
- Navarro, V. (2006). *El subdesarrollo social de España. Causas y consecuencias*. Barcelona: Anagrama.
- O'Reardon, J. P., Cristancho, M. A., Cristancho, P., Fontecha, J. F. & Weiss, D. (2008). Electroconvulsive therapy in a 96-year-old patient with severe aortic stenosis: A case report and review of the literature. *The Journal of Electroconvulsive Therapy, 24*, 96-98.

- Organización Mundial de la Salud (2009). *Depression*. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ (Recuperada en May., 2009).
- Ortiz-Lobo, A. (2006). Los profesionales de la salud mental y el tratamiento del malestar. Átopos. *Salud mental, comunidad y cultura, 7*, 26-34.
- Ortiz-Lobo, A. (noviembre de 2008). Prevención cuaternaria en el tratamiento del malestar. Ponencia presentada en el *XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. Madrid, España.
- Ortiz-Lobo A., García, B., Mata, I. & Rodríguez, F. (2005). Las consultas en un centro de salud mental sin trastorno mental diagnosticable. *Archivos Psiquiatría, 68*,151-168.
- Ortiz-Lobo, A., González, R. & Rodríguez, F. (2006). La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria, 38*, 563-569.
- Ortiz- Lobo, A. & Lozano, C. (2005). El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Atención Primaria, 35*, 152-155.
- Pope, H. G., Phillips, K. A. & Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: The Free Press.
- Pundik, J. (2008). *La vida medicada. El ataque a la subjetividad*. Madrid: Filium.
- Ramos, J. (2004). Medicalización del malestar. Alegato por una aproximación compleja para un minimalismo terapéutico. *Revista Española de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 91*, 105-113.
- Ramos, J. (2007). Fibromialgia y otros algoritmnos asociados. En A. Talarn (Comp.): *Globalización y salud mental* (pp. 30-340). Barcelona: Herder.
- Rex, L. O., Droft, C., Claes, G., Gothberg, G. & Dalman, P. (1998). The Boras experience of endoscopic thoracic sympathicotomy for palmar, axillary, facial hyperhidrosis and facial blushing. *European Journal of Surgery, 164*, 23-26.
- Rojo, J. E. (2006). Tratamientos físico-biológicos. En J. Vallejo (Ed.): *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp.767-776). Barcelona: Masson.
- Sánchez-Carbonell, X. & Beranuy, M. (2007). La adicción a internet como sobreadaptación social. En A. Talarn (Comp.): *Globalización y salud mental*. (pp. 341-368). Barcelona: Herder.
- Smith, R. (2002). In search of "non-disease". *British Medical Journal, 324*, 883-885.
- Smith, R. (2005). Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *Plos Medicine, 2*. Disponible en: http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0020138 (Recuperada Dic., 2008).
- Talarn, A. (2007). El mercado de la salud. En A. Talarn (Comp.): *Globalización y salud mental* (pp. 165-220). Barcelona: Herder.
- Verdú, V. (2003). *El estilo del mundo. La vida en el capitalismo de ficción*.

Barcelona: Anagrama.
- Verdú, V. (2005). *Yo y tú, objetos de lujo. El personismo: la primera revolución del siglo XXI*. Barcelona: Debate.
- Wang, P. S., Demler, O., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B. & Kessler, R. C. (2006). Changing profiles of service sectors used for mental health care in the United States. *American Journal of Psychiatry, 163*, 1187-1198.
- Wautier, G. & Tolman, A. (2007). Psicología y psicofarmacología: compañeros naturales en la atención sanitaria holística. *Papeles del Psicólogo, 28*, 66-76.

Abstract

In our society, and despite the remarkable advances in the welfare state, many people feel sick and altered by the ups and downs of life. Daily misfortunes are now considered to be a disease, many times a mental disease. Hence, the outstanding increase in consultations in the different health care services. Consumerism, techno-science, and individualism, the three systems through which we try to achieve happiness at present, have an influence on the way we experience adversities in life. In their turn, mass media, the pharmaceutical industry, the professionals and patients are the agents involved in the so-called *medicalization of existence*. The conclusion is that people experience the contradictions particular to the social system as diseases.
Keywords: discomfort, medicalization, consumerism, techno-science, individualism.

Resum

En la nostra societat i, malgrat els notables avenços en l'estat del benestar, moltes persones es troben malament i estan trastornades davant els vaivens de la vida. L'infortuni quotidià té, avui dia, rang de malaltia, moltes vegades de malaltia mental. D'aquí, el notable augment de les consultes en els diferents dispositius sanitaris de tot tipus. El consum, la tecnociència i l'individualisme, els tres sistemes a través dels quals mirem d'assolir la felicitat en l'actualitat, influeixen en la manera com experimentem les adversitats de la vida. Al seu torn, els mitjans de comunicació, la indústria farmacèutica, els professionals i els pacients són els agents implicats en l'anomenada medicalització de l'existència. La conclusió és que les persones experimenten, com a malalties, les contradiccions pròpies del sistema social.
Paraules clau: malestar, medicalització, consum, tecnociència, individualisme.