

De los procesos de duelo a la medicalización de la vida

¿Podemos continuar viviendo de espalda a la muerte, el dolor colectivo, las frustraciones, las minusvalías...?

Nuestro trabajo clínico de cada día nos enfrenta a la realidad de que una parte cada vez mayor de nuestros conciudadanos en proceso de duelo, afectados por la turbulencia afectiva de haber perdido algo querido u odiado —o querido y odiado al tiempo—, va a ver cronificado su sufrimiento durante años.

Referentes culturales

La tragedia griega

En el año 334 a. C.

Aristóteles postuló que la tragedia era capaz de lograr que el alma se elevara y purificara de sus pasiones. Este proceso, la “catarsis” es la purificación interior que consigue el espectador a la vista de las miserias



Teatro de Epidaurus (Grecia).

humanas. El fondo común de lo trágico será la lucha contra un destino inexorable, que determina la vida de los mortales, y el conflicto que se abre entre el hombre, el poder, las pasiones y los dioses. Los temas de la tragedia, sin duda grandilocuentes, no sólo no han perdido vigencia, sino que además se resignifican y materializan continuamente en los distintos sucesos que padece la humanidad.

Los duelos por muertes y las reacciones ante las pérdidas afectivas de otro tipo poseen fases, bases biopsicológicas y desarrollos similares. Por eso se utiliza el caso de los procesos de duelo por la muerte de un ser querido como paradigma de los procesos de duelo. Pero también ese parecido está facilitando que nuestras costumbres y hábitos respecto a las pérdidas, las frustraciones y los dolores estén llevando derroteros similares a los que la sociedad está adoptando respecto a las costumbres mortuorias.

Nuestras costumbres y hábitos respecto a las reacciones afectivas ante las pérdidas están derivando “tras el rumbo de la muerte”. Cada vez se ve peor eso de entristecerse durante días o meses porque hemos perdido a una pareja, un amigo, una amiga, un amante, un ideal, un trabajo... Hay que olvidar, olvidar y “*tirar para adelante sin mirar atrás*”. Ahora que ya “los hombres lloran”, ahora tal vez no llora casi nadie. Ni hombres ni mujeres. Porque si lloras, si lloras varias veces al día durante meses, no es que estés triste, tal vez profunda y justificadamente triste. Aunque haya muerto tu amada, lo que más querías en la vida, lo que era tu aliciente para vivir, para organizarte, para salir cada día al asfalto, para afrontar cada día problemas laborales, problemas de tráfico, problemas ecológicos, problemas de guerras y masacres genocidas... Aunque haya muerto o hayas perdido a quien te consolaba, ayudaba ante esos conflictos y problemas, a quien te alegraba, solazaba, distraía, acompañaba, compartía el frío y el calor viscerales contigo, no debes manifestarlo mucho porque, entonces, no es que estés triste... Es que estás *deprimido*.



“Otro ejemplo dramático lo proporciona el disparatado uso de fármacos (legales) para controlar a los niños “hiperactivos” en algunas sociedades “avanzadas”. Al parecer, hay ciudades en los USA en las cuales se hallan en supuesto “tratamiento” con dichos fármacos hasta 25 de cada cien niños de 8 a 12 años”.

La imagen, de Tino Soriano

Unos niños juegan animados en el “Chevrolet Ranch” cerca de la población estadounidense de Amarillo. Los visitantes pintan los vehículos “plantados” en tierra de las maneras más inverosímiles, de manera que el aspecto del lugar cambia con frecuencia.

Prohibido sufrir

Así, miles y miles de conciudadanos están viendo empeorada su vida y sus capacidades más humanas, están cronificándose en supuestos trastornos psicopatológicos antes inexistentes, están cronificándose en el uso de psicofármacos de utilidad dudosa. En parte, porque no se les deja la oportunidad de estar tristes, de sufrir la turbulencia afectiva de todo duelo importante y de recrear y re-crearse, re-vitalizarse a partir de ellos. En parte, porque ya no nos *con-dolemos* suficientemente los unos con los otros. Inmediatamente se niega el derecho a la pena, a la tristeza expresada públicamente.

No es que estén tristes, sino que están “deprimidos”. Algunos llevamos decenios tratando de aclarar tan sutil y escurridiza diferencia, pero miles de profesionales en la opulenta Europa y millones de conciudadanos parece que han resuelto el dilema. Y, al parecer, de la mejor forma posible: sin pensar en él. Y, sin embargo, hoy estamos en posición de poder afirmar que buena parte de los tratamientos “antidepresivos” que se administran en nuestra sociedad no mejoran significativamente la salud *social*, aunque puedan ser muy útiles en algunos casos de depresiones graves o severas.

Sufrimiento cronificado

Además, nuestro trabajo clínico de cada día nos enfrenta a la realidad de que una parte cada vez mayor de nuestros conciudadanos en proceso de duelo, afectados por la turbulencia afectiva de haber perdido algo querido u odiado —o querido y odia-

do al tiempo—, va a ver cronificado su sufrimiento durante años. Y la forma más frecuente y extendida de cronificarlo es hoy el uso aventurero de todo tipo de psicofármacos, cuya utilidad no está probada en estas situaciones. Y sin que a los que se los recetan, administran, aconsejan, venden, fabrican y propagan les importe, al parecer, ayudar a formarse en la diferenciación entre lo que es un duelo “normal”, un duelo complicado o un duelo patológico. Sin que se sepa o se paren mientes en cuáles son las tareas propias de cada momento de los procesos de duelo y ante las pérdidas: cómo debemos ayudar en cada caso y momento; cuándo debemos acompañar y sólo acompañar —en la mayoría de los casos—; cuándo, alternativamente, los profesionales deben *asesorar*, facilitar cambios, y cuándo *intervenir*; es decir, introducir acciones técnicas especializadas.

Vivimos de forma tan disociada de las emociones y los procesos de duelo ante las pérdidas porque tal vez soportar la frustración, cuando ésta es inevitable, soportar la pena y la tristeza que tarde o temprano nos abaten —pero no necesariamente *deprimen*—, soportar y sentir las pérdidas, ha llegado a ser algo cada vez más ocasional, escondido, intimidado —que no intimidista—, marginalizado, estigmatizado... Pero, como individuos y como pueblos, ¿podemos continuar viviendo de espaldas a la muerte, el dolor colectivo, las frustraciones, las minusvalías...? ¿De espaldas a los duelos y los procesos de duelo?

Consecuencias biopsicosociales

Por supuesto que no. Hoy sabemos que, si no se perciben, sienten, toleran y elaboran las pérdidas y frustraciones, van a

darse una serie de consecuencias biopsicosociales. Los griegos clásicos ya conocían ampliamente el tema, al menos desde el siglo VI a. C. Por eso el pueblo griego estaba obligado a presentar anualmente las tragedias. Si vivimos de espaldas a nuestros errores, de espaldas al dolor que producen nuestros propios errores y los dolores y muertes producidos directa o indirectamente por nosotros, eso es el *hybris*. La tragedia griega clásica muestra una y otra vez cómo la arrogancia, la obstinación, el narcisismo, son uno de los fundamentos de los pecados de *hybris*. Pero toda *hybris* tiene su *némesis*, su castigo. Y en el campo de la negación de los duelos y los procesos de duelo ante la muerte y las pérdidas creo que la *némesis* ha alcanzado una relevancia suficiente como para que la tengamos muy en cuenta en nuestra política cotidiana y de *lo cotidiano*. La psiquiatrización creciente de la vida en los países “desarrollados” es una buena muestra de esa *némesis*: **tras la invasión de nuestra vida y nuestra intimidad por los psicofármacos y la demanda de que psicólogos y psiquiatras nos hagamos cargo de más y más aspectos de la vida cotidiana se oculta la creencia, omnipotente y mágica donde las haya, de que las pastillas y la cirugía lo solucionarán todo, al menos hasta que lleguen las milagrosas y supertecnológicas “curaciones genéticas”.**

¿Cómo conseguir el control del gasto farmacéutico en un mundo dominado por esas tendencias ideológicas y relacionales? Según lo que venimos diciendo, el control del gasto farmacéutico no es sólo un problema presupuestario: es un problema fundamentalmente ideológico y social. Está claro que, por un lado, las propias industrias fabricantes favorecen el gasto social en fármacos: es la base de la expansión de sus negocios en una economía de mercado. **Pero además el aumento del consumo de fármacos, y en especial de psicofármacos, lo favorece sobre todo una ideología social, una cultura que, cada vez más, resulta intolerante e incapaz de tolerar las pérdidas y las frustraciones afectivas y vitales. Lo favorece nuestra baja tolerancia tal vez al sufrimiento, pero sobre todo a la ansiedad:** ¿cómo puede tolerar hoy un consultante visitar a un médico y no salir sin varias recetas o, como poco, una petición de “pruebas complementarias”? *¿Sólo hablar, sólo palabras, sólo esperar y observar? ¿Sólo eso, doctor?* Y, desde el otro lado de la mesa, a menudo, muy a menudo, el profesional tolera aún menos eso de sostener una entrevista profesional, una consulta, y no dar algún medicamento ni indicar alguna prueba complementaria. *¿Sólo hablar, sólo palabras, sólo esperar y observar? ¿Sólo eso? Me protestarán, me pondrán reclamaciones.*

Omnipotencia biotecnológica

A la omnipotencia y los poderes casi mágicos atribuidos a la biotecnología hay que añadir otros elementos profundamente enraizados en nuestra cultura, y que parece que están aumentando en los últimos decenios: por ejemplo, el *inmediatismo* y *pragmatismo*: hay que resolver las cosas ya, pronto, inmediatamente, sin preocuparse demasiado por los medios y largos plazos... ¿Representaba el rofecoxib tan gran mejora como para haber pasado los riesgos que todos hemos corrido porque se haya comercializado y utilizado precipitadamente?

Investigaciones británicas muestran que, de los pacientes que están apuntados en un médico de cabecera, el 5% experimenta pérdidas de personas significativas cada año, con los procesos de duelo consiguientes. Y que la mayoría acuden o son asistidos médicamente en las semanas o meses subsiguientes. Pero si tenemos en cuenta las ideologías y las prácti-

cas antes citadas, ¿cuántos se están cronificando en nuestras sociedades mediante lo que he llamado la *cronificación medicalizada*? Otro ejemplo dramático lo proporciona el disparatado uso de fármacos —legales— para controlar a los niños “hiperactivos” en algunas sociedades “avanzadas”. Al parecer, hay ciudades en Estados Unidos en las que se hallan en su puesto “tratamiento” con dichos fármacos hasta 25 de cada 100 niños de 8-12 años. Aún no sabemos casi nada de los efectos de la mayoría de los fármacos sobre el cerebro de los niños, todavía biológicamente inmaduro y en transformación continua, ¿y se les administran durante años fármacos que afectan su fisiología de forma declarada? En el mismo sentido, ¿cuántas personas están tomando antidepresivos, incluso el famoso Prozac y sus equivalentes, porque los proporcionan las clínicas de estética, ya que ayudan a adelgazar sin esfuerzos y frustraciones? O, simplemente, para “*seguir a cien, a tope*”, “*para no ponerme triste*”, “*porque estar triste no es guay*”.

Cronificación medicalizada

Pues bien, **muchos profesionales y ciudadanos pensamos hoy día que esas situaciones tienen que ver con las dificultades individuales y sociales para afrontar los procesos de duelo y pérdida —además de con el uso perverso de ciertos mecanismos comerciales, claro está—. Es un tema sobre el que deberíamos reflexionar. Y reflexionar en tanto que ciudadanos, miembros de la polis. Y con mayor urgencia en tanto que médicos o, en general, profesionales asistenciales. Como hemos dicho, en toda profesión asistencial se trabaja cotidianamente sobre y con duelos y procesos de duelo.**

Para terminar, recordemos de nuevo a los griegos clásicos, uno de los antecedentes de nuestra cultura. Recordemos, por ejemplo, cómo acaba la tragedia de *Las troyanas* de Eurípides: en el nihilismo total, en la destrucción y autodestrucción que suponen el duelo patológico, cuando las culpas son ya insostenibles e inelaborables. A la desesperación final de Hécula, la reina, a la locura autodestructiva de Casandra, al resentimiento sin tregua ni piedad de Andrómaca, a la derrota y muerte de los troyanos, a la muerte de la mayor parte del ejército griego a manos del mar, de Poseidón, responde la frase final de éste, terrible y destructiva como sólo puede serlo un melancólico irritado:

“Ahora vais a pagar.

»Haced la guerra, mortales imbéciles. Destrozad los campos y las ciudades.

*»Violad los templos, los sepulcros,
y torturad a los vencidos.*

»Haciéndolo así, reventaréis.

»Todos.”

Es el final trágico, pero no el único posible. ¡Cuántas obras científicas, artísticas, sociales tienen que ver con una forma sublimada de elaborar los duelos por parte de los grandes creadores!: Van Gogh, Beethoven, Goya, gran parte del arte religioso y funerario... ¡Cuántas transformaciones creativas o desarrollos personales tienen que ver con la posibilidad de soportar la “turbulencia afectiva del duelo”, con los cambios endocrinos y neurológicos que lleva aparejados...! Es decir que, como coreaban los manifestantes contra la guerra de Irak en 2003 y 2004, “un mundo diferente es posible”. Un mundo diferente en el que se pueda atender mucho más adecuadamente a los procesos de duelo, tanto en la asistencia como en la vida cotidiana.]