

---

## La salud mental en la práctica médica

### Mental health in medical practice

Marcelo Colussi  
Investigador independiente

Este trabajo fue financiado con recursos del autor. Es resultado de un proceso de investigación bibliográfica, conducida por el Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS-, Facultad de Ciencias Medias, Universidad de San Carlos de Guatemala, Área de investigación en salud pública e investigación social de la salud, con el propósito de apoyar el proceso de docencia, los servicios y la investigación. Con acuerdo del autor y del CICS, se incluye en esta publicación. Correo electrónico [mmcolussi@gmail.com](mailto:mmcolussi@gmail.com)

**Resumen:** el ensayo previene contra la práctica que el agente de salud atribuya significados psicopatológicos a condiciones humanas - diferencias personales y subjetivas - que escapan a concepciones usuales de normalidad, pero que no constituyen necesariamente patologías mentales. Es preciso mantener actitudes no estigmatizantes hacia actos humanos que pueden parecer incomprensibles o irracionales, pero que forman parte de las muy diversas características de la personalidad humana. Omitir estas precauciones puede conducir o perpetuar en la práctica médica una tradición psiquiátrico-manicomial que, en forma abierta o tácita, actúa en forma punitiva, o una excesiva medicalización de condiciones que escapan al control inmediato del agente de salud. El adecuado entrelazamiento de factores fisicoquímicos con los psicológicos y sociales no siempre está suficientemente presente en la formación y la práctica habituales de los agentes y/o proveedores de salud. A ello se opone una actitud cauta y abierta que busca comprender el sentido oculto de las conductas y malestares del paciente más allá del ámbito biomédico y psicofarmacológico.

**Palabras claves:** patologización, malestar psicológico, medicalización, sistemas de salud.

**Abstract:** The essay warns against the practice of healthcare providers attributing psychopathological meanings to human conditions—personal and subjective differences—that fall outside the usual conceptions of normality but do not necessarily constitute mental disorders. It is essential to maintain non-stigmatizing attitudes towards human actions that may seem incomprehensible or irrational but are part of the wide-ranging characteristics of human personality. Failing to take these precautions can lead to or perpetuate a psychiatric-institutional tradition in medical practice, which, either openly or tacitly, acts in a punitive manner or results in the excessive medicalization of conditions beyond the immediate control of the healthcare provider. The appropriate integration of physical, chemical, psychological, and social factors is not always adequately present in the usual training and practice of healthcare agents and/or providers. This contrasts with a cautious and open-minded



Marcelo Colussi

Recibido: 23 de febrero de 2024

Aceptado: 30 de julio de 2024

Publicado: 30 de septiembre de 2024

approach that seeks to understand the hidden meaning of the patient's behaviors and ailments beyond the biomedical and psychopharmacological realm.

**Key words:** Pathologization, psychological distress, medicalization, healthcare systems.

## **La formación del médico y por qué actúa como actúa. El sistema de salud y su forma de tratar la salud mental.**

La salud no se restringe a cuestiones solamente biológicas. Es siempre y necesariamente una cuestión bio-psico-social. En otros términos, el elemento subjetivo (aquello que tiene que ver con lo psicológico en sentido amplio, con lo afectivo, con el campo de las pasiones) está siempre presente. No hay dolencias que sean, pura y mecánicamente, solo biológicas. Somos más que células, tejidos, órganos o sistemas. El paciente, que es algo más que "un hígado graso", "una fractura de fémur" o "el de la cama 17", es un sujeto en situación, holístico, con una historia personal y social a sus espaldas, con deseos, motivaciones, fantasías, preocupaciones que lo pueden agobiar, o presentar un nivel de ansiedad que no es el que lo trajo a consulta, pero que no deja de influir, a veces en forma determinante, en su historia clínica.

No todos los pacientes reaccionan de la misma manera al mismo tratamiento; hay factores que varían las respuestas, y eso tiene que ver con su estructura subjetiva, con su constitución psicológica. Apurémonos a aclarar rápidamente y con vigor que esas variantes no constituyen necesariamente *patología mental*: son diferencias personales, subjetivas.

Cuando se piensa en la esfera mental, en lo que tiene que ver con lo psicológico, se suele asociar eso casi mecánicamente con psicopatología. La misma, cuando es explicada por la Neurofisiología (disciplina que no se encarga específicamente del nivel psicológico de las respuestas conductuales) habla de las "rarezas" orgánicas: desde las demencias seniles a la epilepsia, desde el mal de corea al síndrome de Tourette, etc. Pero estamos llenos de "rarezas" que hacen parte de la normalidad; rarezas psicológicas incongruentes, inesperadas, fuera de toda lógica racional.

¿Por qué fumamos si sabemos que eso es pernicioso, por ejemplo? Hay infinidad de conductas que no son "patológicas", pero se salen de lo que consideramos normal. La homosexualidad, por ejemplo, hasta el año 1990 estaba considerada una psicopatología por la Organización Mundial de la Salud; para los griegos clásicos era un privilegio de los aristócratas varones, para muchas religiones es un pecado, hoy se la toma como una preferencia sexual. ¿Qué es entonces? ¿Qué debe hacer el médico o el agente de salud ante la diversidad sexual, por ejemplo?: LGBTIQ+. Esa es una "rareza" normal. De lo que se trata es de tener una actitud abierta, no estigmatizante, ante las conductas "incomprensibles".

Otros ejemplos, no hay que odiar, pero odiamos; no hay que envidiar, pero envidiamos. No hay que "codiciar la mujer del prójimo", enseña un mandamiento bíblico, pero los moteles están siempre llenos de "pecadores y pecadoras". No hay que ser violentos, pero miramos

peleas de boxeo sin inmutarnos. Actitud a seguir ante todo esto: mejor que juzgar y sermonear, escuchemos con atención para ayudar a que el paciente tome conciencia de lo que hace. Buscar entender y hacerle entender el porqué de actos incomprensibles para la razón.

Existe una larga tradición que une lo psicológico con algún problema en la esfera llamada sentimental, o afectiva. Si el paciente presenta "cosas raras" (por ejemplo: no responde al tratamiento como se esperaba, no sigue al pie de la letra las indicaciones, presenta una sintomatología que no evidencia ningún daño/desbalance anatómo-fisiológico), allí puede decirse que hay algo "mental". Es decir: la esfera psíquica conllevaría psicopatología. Pero no necesariamente es así: pensemos en todas las "rarezas", características de la personalidad, "mañas" y estilos que pueden llamar la atención: no por fuerza son "locuras". Nadie creería que un embarazo es producto del espíritu santo. Pero no lo cuestionamos si pasó con la Virgen María, según asegura la tradición católica. Lo raro debe escucharse, no ser abordado con electrochoques o lobotomías, o despreciándolo por "tonto" o "sin sentido".

Puede apreciarse ahí el peso de una tradición psiquiátrico-manicomial muy enraizada en el sentido común y también en la práctica médica. Lo "raro", lo que escapa a la regularidad biológica, se aborda con un criterio casi punitivo. Hay que *alejalo o encerrarlo*.

Por supuesto, obviamente no se "encierra" a cuanto paciente presenta "rarezas". Pero la idea manicomial está siempre presente. De hecho, las acciones de Salud Mental reciben por parte del Ministerio de Salud y Asistencia Social un porcentaje ínfimo de todo el presupuesto anual, que ronda el 1% (la prevención/promoción prácticamente no existe). La atención primaria en este ámbito es una incógnita. Y de esa exigua inversión, tres cuartas partes están dedicadas al Hospital Psiquiátrico. ¿Qué queremos decir con esto? Que la intervención que tiene que ver con ese problemático campo tiene mucho de una mezcla de paternalismo y autoritarismo. O sea: la idea de encierro -con o sin muros perimetrales, con o sin chaleco de fuerza en sentido estricto- está presente.

En esa sintonía, no es raro que el médico tratante "solucione" el malestar subjetivo, psicológico, aquello que "no se ve", con una apelación a esa ideología del encierro. Que no es, claro está, el confinamiento en un manicomio, pero que puede funcionar, simbólicamente, como eso. Se silencia ese decir a veces inoportuno del paciente con regaños (actitud autoritaria: "¡No me siga haciendo eso!", "¡Deje de pensar así!"), con consejos (actitud paternalista: "Si usted quiere, puede", "Todo depende de que ponga voluntad"), o solo con la indicación de psicofarmacología que, muchas veces, puede cronificarse, convirtiendo al paciente en un drogodependiente, sin solucionar su problema de fondo.

Decía Freud (1971), *que era médico*, pero había renunciado al ejercicio de la Medicina tradicional para la atención de pacientes con problemas psicológicos dando lugar al nacimiento del Psicoanálisis, aun antes de haberlo dado a luz pública, que "La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas

pocas palabras bondadosas", (p. 126). ¿Qué significa eso? Que una tarea básica en la práctica médica es *escuchar* al paciente.

Desde ya, siempre se lo escucha. O, al menos, se escucha el relato de su dolencia. De ahí que se puede hablar -y eso sucede a diario- de "un hígado graso", "una fractura de fémur" o "el de la cama 17". Pero eso no significa escuchar en su totalidad lo que transmite. Puede haber -y de hecho, siempre hay- más que la narración puntual de lo que le aqueja. Ahí es donde cobra sentido aquello de la integración biológica-psicológica y social. Salud Mental, en definitiva, es incorporar esa forma de abordar los problemas.

Es común escuchar, casi con un nivel de protesta, de crítica, no sin un escondido malestar, de parte del practicante de la Medicina, que "el paciente no colabora", "no hace caso", "no tiene nada (orgánico)". Se llega a decir, por ejemplo, "la paciente es una simuladora", quizá refiriéndose a una mujer con sintomatología histérica. ¿Se está escuchando ahí el verdadero malestar? Recordemos, aquello de inconsciente, tan decisivo para entender nuestras "rarezas" humanas.

Atender lo psicológico en la consulta médica no significa "trabajar de psiquiatra", dando un diagnóstico psicopatológico de acuerdo al correspondiente manual de Psiquiatría que se utilice, o al vademécum del caso, para medicar en consonancia. Por supuesto, no se está indicando acá que la psicofarmacología no sea necesaria, indispensable a veces. Incluso la interconsulta o referencia a Psiquiatría. Pero una escucha atenta, sin prisa, mostrando un real interés por la persona que se tiene delante, sin precipitaciones, no pensando solo en el paciente que sigue, a veces puede ser muy útil. Más útil que una práctica que, a la postre, puede resultar iatrogénica. ¿Se entiende lo de actitud manicomial?

Resumiendo, podría decirse que hay que "desmanicomializar" el tema de la Salud Mental -valga el neologismo-, en el ejercicio médico cotidiano, abriendo la posibilidad de otra actitud. Es decir: hay que romper estigmas. Recordando, igualmente, que no todo es psicopatología y no toda conducta humana necesita ser tomada como enfermiza. A veces una escucha atenta, abierta y no prejuiciosa, puede ayudar a curar más que toda una parafernalia de acciones médicas. Decía Jacques Lacan, el principal continuador de Sigmund Freud:

El neurótico es un enfermo que se cura con la palabra, y sobre todo con su propia palabra.

Debe hablar, contar, explicarse a sí mismo. Freud definía el psicoanálisis como la asunción por parte del sujeto de su propia historia, en la medida en que ella está constituida por la palabra dirigida a otro. El psicoanálisis es el reino de la palabra, no hay otro remedio. Freud explicaba que el inconsciente no es tan profundo como inaccesible a un examen profundo de lo consciente. Y decía que, en ese inconsciente, el que habla es un sujeto dentro del sujeto, trascendiendo al sujeto. La palabra es la gran fuerza del psicoanálisis (Lacan, 1971, p. 236).

Sin ser psicólogo o psiquiatra, es decir: siendo cualquier otro agente de salud (médico u otra profesión paramédica) se puede contribuir en mucho a la situación emocional de alguien que consulta. La cuestión es darle su dimensión de sujeto sufriente al paciente, un sujeto total como indivisible unidad biológica, psicológica y social. Ante las conductas "raras" mejor no juzgar o condenar sino tratar de entender lo que pasa. Las angustias, síntomas psicológicos e inhibiciones varias, igual que un delirio o una alucinación, tienen sentido, significan algo. Un intento de suicidio, por ejemplo, no es simplemente una "manipulación". Es un mensaje desesperado que hay que saber leer. Quizá no se vea inmediatamente el sentido oculto en todas estas conductas, por eso hay que ser cauto, saber escuchar, dejar que el consultante se explye y no tapan las rarezas inmediatamente con psicofarmacología.

Sin dudas, la formación recibida por el gremio médico y el personal de salud en general tiene una profunda carga biológica. Ello es imprescindible, sin dudas. Pero si la salud consiste, como se dijo anteriormente, en ese articulado entrelazamiento de factores fisicoquímicos, psicológicos y sociales, estos dos últimos no están lo suficientemente presente en la formación y, por tanto, en la práctica cotidiana de los agentes de salud. Al decir "Salud Mental", por tanto, se siguen repitiendo mitos y prejuicios, uniendo ese campo con "locura". Este último término, cotidianamente utilizado en nuestra visión de las cosas, no es un concepto científico precisamente. Pero marca el día a día. "Yo no estoy loco" es la primera respuesta, casi espontánea, que puede decirse ante la sugerencia de consultar con un especialista de Salud Mental. ¿Por qué? Porque se asocia "locura" con alienación, con pérdida de control de sí mismo, y de ahí: discapacitado, inútil, inservible. Pero tener *desajustes* en lo anímico no significa que se perdió la razón: significa que no se puede tener todo absolutamente bajo control.

Es necesario que el grupo de profesionales de la salud vaya formándose otro concepto: entender que nunca hay perfección, control absoluto de todo, completud sin límites. El campo de lo psicológico-social viene a demostrar que lo humano es más que respuestas fisicoquímicas. *Hay comida de sobra en el mundo, pero muchísima gente pasa hambre; y junto a ello hay obesidad, o anorexia.* Eso demuestra que los problemas humanos, los de salud sin duda también, no son solo cuestiones técnicas, por lo que es imprescindible hacer entrar el elemento social y psicológico, tanto para el análisis de los mismo como para su resolución.

Como el campo de la Salud Mental está tan plagado de prejuicios, por medio de trabajo se intenta abrir una perspectiva nueva para el estudiante y/o prácticamente de la Medicina y actividades afines. Como la formación es eminentemente biomédica, y en ello *las grandes empresas farmacéuticas tienen mucho que ver*, la hiper medicación de nuestros pacientes es un hecho. En el ámbito de lo anímico esa práctica puede llegar a ser iatrogénica, pues medicaliza algo que, muchas veces, no es biomédico. Para una buena atención, muchas veces es más operativo escuchar y saber acompañar anímicamente a quien consulta que ver, estigmatizando, su "locura". Lo mejor, por tanto, es saber darse tiempo y escuchar. El ser humano es más que un cuerpo: es un cuerpo conformado por el deseo de otros y por lo social.

Sin duda, una óptima atención de un ser humano requiere tiempo y sabemos que eso es lo que más falta en la práctica hospitalaria. La urgencia, la cantidad abrumadora de pacientes, es una carga con la que difícilmente se puede lidiar. Junto a ello existe la enorme dificultad del seguimiento: se ve un paciente y quizá nunca más se tiene contacto con él, pues una reconsulta será atendida por otro profesional. Como se ve, el problema de la salud no se agota en lo técnico: implica un ámbito político. ¿Por qué la salud pública es cómo es? ¿Por qué los laboratorios premian/incentivan a los médicos que más medican? Todo esto no es caprichoso: es una urgente necesidad de la acción médica a revisar con criterios políticos. En ese sentido, la salud -incluyendo esto que llamamos Salud Mental- no se agota en una pastilla.

## Referencias

Freud, S. (1971) *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*. Tomo 2. En Obras Completas, Tomo 2. Biblioteca Nueva.

Lacan, J. (1971). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En Escritos II. Siglo XXI Editores.

Derechos de Autor (c) 2024 Marcelo Colussi.

Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)