

# Prevención cuaternaria en salud mental

Francesc Sáinz, Antoni Talarn

## Resumen

*Cada día llegan más demandas de ayuda a nuestras consultas que no son las típicas de los cuadros clínicos tradicionales, sino derivadas y basadas en problemas de adaptación a la vida cotidiana. En consecuencia, hay un ruidoso clamor social y profesional en pos de más servicios de asistencia psicológica y psiquiátrica, en el seno de la sanidad pública y concertada.*

*Los intereses gremiales, no obstante, no deben impedirnos la reflexión crítica sobre lo planteado anteriormente. ¿Realmente hay más trastornos mentales? ¿Debemos reclamar más servicios asistenciales en salud mental? ¿Debemos replantearnos nuestras intervenciones ante ciertos tipos de demandas?*

*Son cuestiones que surgen del ámbito de la prevención cuaternaria, es decir, de aquella que se ocupa de que se eviten o atenúen las consecuencias negativas de la actividad excesiva del sistema sanitario. La prevención cuaternaria en salud mental trata de evitar los efectos adversos del empleo excesivo de la psicofarmacología y de las diversas formas de psicoterapia. En el sector de la salud mental la prevención cuaternaria lucha contra la psiquiatrización y la psicologización de la sociedad.*

**Palabras clave:** *prevención cuaternaria, salud mental, psiquiatrización, psicologización.*

## 1. Introducción

En nuestra opinión, la mejor manera de empezar a hablar del tema de este trabajo es hacerlo desde la clínica.

El primer caso nos remite a un varón de 40 años, sin ningún tipo de antecedentes de trastorno de estado de ánimo, que acude a la consulta del psiquiatra quejándose de un moderado insomnio y de estar triste, apagado, con escaso apetito y pocas ganas de trabajar. El psiquiatra lo diagnostica de

*episodio depresivo leve* y le receta *Prozac*, citándolo para dentro de 3 semanas.

El segundo caso es el de un empresario de 45 años que se siente embotado en el trabajo y dice haber perdido el poder resolutivo y de liderazgo de antaño. Él mismo reconoce haberse excedido en su ánimo expansionista, así como la necesidad de contratar un ayudante y de tomarse unas vacaciones. Tras una breve exploración neuropsicológica el psicólogo le ofrece terapia cognitivo-conductual para modificar lo que califica de *estilo de afrontamiento vigilante rígido*.

Si el psiquiatra, del primer caso, le hubiese explicado al paciente —que acababa de perder a su padre— la diferencia entre un *duelo* y una *depresión*; y si el psicólogo del último ejemplo hubiese tenido en cuenta que su paciente admitía que lo mejor para él era reducir sus ambiciones económicas, contratar un ayudante y tomarse unas vacaciones, y le hubiese ayudado en ello; los dos hubiesen estado practicando la prevención cuaternaria.

La prevención cuaternaria propone que no se abuse de los sistemas sanitarios, sean de la índole que sean, en el supuesto de que todo abuso conlleva consecuencias negativas para el usuario del sistema en cuestión.

Así, el deudo vio colapsado su proceso natural de *elaboración del duelo* y tuvo que afrontar los efectos secundarios de los antidepresivos. Y el empresario siguió manteniendo un ritmo desaforado de conquista mercantil, que por poco le cuesta su matrimonio, su salud y hasta la misma empresa.

Dos intervenciones supuestamente terapéuticas y bienintencionadas pero que acabaron produciendo un efecto contrario al deseado. Es obvio que estos dos profesionales, como todos, trabajaron con buena intención y con el deseo de hacer el bien. Pero no hay que olvidar que, en ocasiones, las intervenciones pueden tener efectos indeseables y que el primer requisito es *no hacer daño*.

Es más fácil no hacer daño cuando se hace poco que cuando se hace mucho (Gérvás, 2007a). A veces

es necesario hacer mucho, operar, por ejemplo, pero a veces no es necesario tanto despliegue terapéutico. Sobre este eje pivota la prevención cuaternaria.

Veamos otra situación clínica: en cierta ocasión, acudió a nuestra consulta una señora derivada por su oncólogo. Nos dice que padece un cáncer de vejiga y que viene «porque el médico me ha dicho que las personas con cáncer, como yo, necesitan ayuda psicológica.» Pero lo cierto es que aquella paciente no la necesitaba en absoluto: asumía su enfermedad con entereza, estaba angustiada y preocupada, compartía su dolor con los suyos y mostraba una excelente adherencia al tratamiento. Hacerla venir a más interconsultas, hurgar en su vida, pasarle tres cuestionarios o darle un ansiolítico, hubiese sido un ejemplo de mala praxis, justo esa que desea evitar la prevención cuaternaria.

El concepto de prevención cuaternaria procede de la medicina y fue acuñado en 1985 por el médico belga Marc Jamouille (1986) y está aceptado por el *WONCA International dictionary for general/family practice* (Bentzen, 2003).

La definición más usada es la que dice que «la prevención cuaternaria es aquella que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario» (Gérvas, 2006). Se trata de evitar la iatrogenia que puede surgir del intervencionismo excesivo.

La siguiente tabla permitirá situar la prevención cuaternaria en el contexto de las otras formas de prevención más conocidas:

PREVENCIÓN CUATERNARIA EN SALUD MENTAL

CONCIENCIA PERCEPCIÓN DEL SUJETO	TRASTORNO O ENFERMEDAD	
	AUSENTE	PRESENTE
Se siente sano	I. P. PRIMARIA Destinada a evitar enfermedades, eliminando o evitando su causa. Ej: campañas contra el tabaquismo	II. P. SECUNDARIA Detección temprana de problemas de salud: diagnóstico precoz. Busca la curación o la reducción de consecuencias. Ej.: Screening para los TCA
	IV. P. CUATERNARIA Busca proteger a las personas de la medicalización, psiquiatrización y/o psicologización de la sociedad.	III. P. TERCIARIA Reducción de los efectos cronicantes de los trastornos. Busca la máxima reintegración social del paciente. Ej.: Entrenamiento de habilidades sociales en psicosis

Como puede verse la prevención cuaternaria busca proteger a las personas de la *medicalización* de la sociedad.

Todos tenemos muy claro lo que significa la *medicalización de la sociedad*. Desde el trabajo pionero de Illich (1974) hasta los más modernos de

Moynihan y su grupo (Moynihan y Cassels, 2005; Moynihan, Heath y Henry, 2002; Moynihan y Henry, 2006) muchas voces han clamado contra la penetración de la medicina en un número creciente de áreas de la vida individual y colectiva que nada tienen que ver con la enfermedad ni la patología.

*Medicalización* significa, por ejemplo, que el envejecimiento se presente como un problema médico, que se equipare el concepto de *riesgo* con el de *enfermedad* y que por ello mucha gente está preocupada por cuestiones como la presión arterial, el tamaño de la próstata, el nivel de colesterol, la densidad ósea o los niveles hormonales en la menopausia. Y, sin embargo, sabemos —gracias a la medicina basada en la evidencia— que aunque haya algunas alteraciones en estos parámetros esto no significa que el sujeto esté enfermo ni mucho menos. Y también sabemos que los supuestos niveles problemáticos son establecidos por consenso entre especialistas muy influidos por la industria farmacéutica fabricante de remedios para estas supuestas alteraciones (Blech, 2003).

No podemos entrar aquí, por cuestiones de espacio, en las razones profundas del fenómeno de la *medicalización*. Digamos, tan sólo, que lo que sucede es que como la dinámica de mercado lo alcanza todo, también tiñe a las cuestiones sanitarias. Así, hay quien está dispuesto a obtener beneficios económicos de la preocupación y los malestares de la población; mientras que ésta cree, un tanto ingenuamente, que la salud y el bienestar se pueden *adquirir*, como si fueran un objeto de consumo más.

Obviamente, todo esto que estamos señalando nos remite a la *ética*. Cuando es el proveedor quien estimula la demanda a lo mejor ya no se puede pensar en la buena intención de la que hablábamos antes, sino directamente en una *malicia sanitaria* (Gérvas, 2007b). Malicia, ya que se fomentan creencias entre la población basadas en conclusiones falsas a través de medias verdades, propagandas y simplificaciones. Todo vale de cara a ampliar el negocio. Ciertamente, cuando nos sentimos pacientes sin estar enfermos es que algo no va bien.

El tema de la *medicalización* resulta, hoy día, muy evidente en medicina. Pero, ¿qué hay de nosotros, los profesionales de la salud mental? Nuestra preocupación es la siguiente:

Corremos el riesgo de *psiquiatrizar* y *psicologizar* en extremo a la sociedad en la que vivimos. Si se nos permite un barbarismo diríamos que corremos el riesgo de *desemecuatrizarlo* todo.

Es decir, de convertir en *enfermedades mentales o trastornos psicológicos* muchas situaciones que forman parte de la vida cotidiana de las personas. Y lo que es peor, corremos el riesgo de ofertar, entonces, tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos a personas que no los necesitan.

Se podría argumentar que *si no los necesitan no van a venir a buscarlos*. Pero esta idea ha demostrado ser falaz. La gente los vendrá a buscar si no impedimos que, desde ciertos intereses gremiales y desde los medios de comunicación, se les convenza de que padecen una determinada alteración psicológica. Y esto es precisamente lo que ocurre, al igual que en el caso de la *medicalización*.

El asunto es que si ciertas condiciones o situaciones de la vida se definen como *trastornos* la gente vendrá a consultarnos por ellos.

Es evidente que cuando se nos presenta un paciente con una demanda basada en su supuesta incapacidad para hacer frente a la vida cotidiana es por algo. Cuando una persona no puede resolver problemas que parecen relativamente sencillos, o asumir según qué insatisfacciones o dolores, nos está diciendo que algo falla y que deben de existir razones para que este fallo se produzca.

La cuestión es que a lo mejor estas razones no son sólo de índole psicológica o personal. Las personas respondemos a los mensajes que recibimos. Y los mensajes de hoy día nos dicen constantemente: «si estás mal es que tienes un problema; si tienes un problema seguro que se puede resolver; hay expertos que te pueden ayudar; la ciencia tiene respuesta para todo; la felicidad es no tener problemas; la salud es un estado de bienestar físico, psíquico y social» —esto último, como es sabido lo afirma nada menos que la OMS—; «tienes que eliminar este problema o puede ir a mayores», etc.

Veamos un ejemplo acaecido en nuestro país: en junio de 2005 los informativos 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% considerarían necesario o muy necesario la presencia de un fármaco específico para tratar la *disfunción sexual femenina*.

Tras un estudio y unos datos tan poco refinados había una campaña, muy bien orquestada, que perseguía emular la rentabilidad de la Viagra, pero en el campo femenino.

Nos parece una clara muestra de que hoy día hay una *comercialización de la infelicidad cotidiana* que requiere para sus propósitos —ganar dinero— 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 supuestos *nuevos enfermos* (Gérvas y Pérez, 2006; González y Pérez, 2007).

Es por todo esto que —y este es un dato muy importante— hasta una cuarta parte de los pacientes que acuden a un centro de salud mental no padecen trastorno alguno diagnosticable como tal (Ortiz, García, Mata y Rodríguez, 2005; Ortiz, González y Rodríguez, 2006). Y muchos de estos supuestos pacientes acuden derivados desde la atención primaria y ya van medicados con psicofármacos. Es lo que se ha dado en llamar «la medicalización de los códigos Z» (Pérez, 2008).

Es por todo esto que estamos diciendo que debemos atender a la idea de prevención cuaternaria en salud mental.

Máxime teniendo en cuenta que todas las cifras disponibles indican un incremento espectacular de los supuestos problemas de salud mental en el seno de las sociedades ricas. La propia OMS anuncia una auténtica epidemia depresiva para dentro de pocos años. Por otra parte, cada día llegan más demandas de ayuda a nuestras consultas que no son las típicas de los cuadros clínicos tradicionales, sino derivadas y basadas en problemas de adaptación a la vida cotidiana. Y no cabe olvidar la presencia de las supuestas *nuevas patologías*, de las que luego hablaremos.

En consecuencia, ante tanta demanda de ayuda psicológica, hay un ruidoso clamor social y profesional en pos de más servicios de asistencia psicológica y psiquiátrica, en el seno de la sanidad pública y concertada. Parece, entonces, que se avecinan tiempos en los que los profesionales de la salud mental estaremos muy atareados. En principio, estas son buenas perspectivas para el gremio *psi*, ya que florecen nuevas subespecialidades y se amplían los puestos y los ámbitos de trabajo.

Los intereses gremiales, no obstante, no deben impedirnos la reflexión crítica sobre lo planteado anteriormente. ¿Realmente hay más trastornos mentales? ¿Debemos reclamar más servicios asistenciales en salud mental? ¿Más es igual a mejor? ¿Tienen una base sólida las *nuevas patologías*? ¿Debemos replantearnos nuestras intervenciones ante cierto tipo de demandas?

Son muchas preguntas para las cuales, obviamente, no tenemos respuestas. Pero creemos que es oportuno plantearse. Somos conscientes de que preguntarse si realmente hacen falta más servicios asistenciales en salud mental, cuando hay tantos psicólogos desempleados puede parecer una provocación, pero no es esa nuestra intención.

Probablemente sí hacen falta más servicios asistenciales en salud mental pero no hay que olvidar que *más no siempre es igual a mejor*, como demuestra la experiencia del aumento de servicios de atención primaria en medicina (Segura, 2008; Segura y Martín, 2008). Los médicos lo tienen claro: cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria mayor es la probabilidad de que sus habitantes se consideren enfermos, aumentando la percepción de malestar y de dependencia (Moynihan, 2002; Sen, 2002).

En salud mental quizás sí aún sea necesario un mayor gasto, pero entonces la cuestión que plantea la prevención cuaternaria radica en *qué tareas deben efectuar estos servicios o profesionales de la salud mental ante ciertas demandas*, ante los *códigos Z*, en una palabra.

La prevención cuaternaria plantea que en ciertas ocasiones —no pocas si tenemos en cuenta los datos antes apuntados— deberemos ofrecer una intervención diferente a la habitual.

Nos explicamos: *una de las ideas de la prevención cuaternaria en salud mental es la de que no siempre debemos aplicar nuestro arsenal diagnóstico y terapéutico más tecnificado o sofisticado, a pleno rendimiento.*

La prevención cuaternaria en medicina se plantea lo mismo (Gérvás, 2006). Así, por ejemplo, se proclama que no siempre se deben usar antibióticos —para no fomentar las resistencias bacterianas—, que no siempre se deben medicar los factores de riesgo cardiovascular —porque no todos los sujetos lo necesitan por igual— y que no son necesarios, ni útiles, la mayoría de cribados o tests genéticos disponibles en la actualidad —porque no aportan nada concluyente—. También se señalan (Gérvás, 2007b), la ineficacia, los problemas derivados y los intereses comerciales que hay detrás de los chequeos, las mamografías de cribado y otras actividades supuestamente beneficiosas para la población general.

En salud mental podríamos decir, siguiendo la idea de la prevención cuaternaria, que *no siempre debemos:*

- Buscar y asignar un diagnóstico psicopatológico.
- Emplear psicotropos.
- Emplear terapias psicológicas especializadas.

## 2. No hagamos del diagnóstico una epidemia

Todos sabemos que en nuestra disciplina el concepto de *enfermedad o trastorno* no está nada claro. Y también nos cuesta, a veces, diferenciar entre *malestar* y *trastorno*. No insistiremos más en este tópico. Pero lo traemos a colación porque en las sociedades ricas cada vez más se tiende a considerar como *enfermedad* cualquier *malestar*. Hoy día, tendemos a pensar que todo aquello que perturbe nuestro bienestar es una *enfermedad* o un *trastorno*. La idea de que cierto nivel de padecimiento, tristeza, ansiedad, preocupación, timidez, rabia, etc., es consustancial a la vida está *demodé*. En la actualidad el dolor de todo tipo, especialmente el *dolor mental*, se considera *evitable*.

Esto hace que acudamos al psiquiatra o al psicólogo con la esperanza de que nos alivie el malestar y, paso previo para tal acción, nos dé un diagnóstico.

Al principio del artículo hablamos de tres supuestos diagnósticos: *la depresión leve, el estilo cognitivo rígido y el síndrome del vestidor*. En la actualidad parece que hay un auténtico *furor diagnosticandis* en salud mental. Algunos ejemplos podrían ser: el síndrome postvacacional, el síndrome de Diógenes, la anorexia, la ebriorexia, el síndrome de Stendhal, el trastorno negativista de la personalidad, el síndrome del nido vacío, el trastorno por déficit de atención, el síndrome de *burnout*, el trastorno de ansiedad estacional, el síndrome de despersonalización dilatada, el trastorno bipolar en la infancia, el síndrome de alienación parental, el trastorno negativista desafiante, el síndrome repentino de irritabilidad, el trastorno por atracón, la apotemnofilia, el síndrome de ansiedad latente, el trastorno disfórico premenstrual, el síndrome postcaída.

Cuatro de los anteriores son invenciones de un escritor (Donovan, 2005), los 16 restantes no, y a primera vista no es tan fácil adivinar cuáles son los inventados.

Creemos que no vamos bien por este camino, pero no queremos entrar a discutir si estas entidades son reales o no. Lo que está claro es que algunas de ellas promueven demandas y, por lo tanto merecen atención, luego veremos de qué tipo. Pero, en cualquier caso, lo importante aquí es que, en nuestra cultura, cuando un malestar recibe un nombre automáticamente pasa a ser considerado una *enfermedad*. Y de ahí al tratamiento médico, psiquiátrico o psicológico va un breve gesto.

Cuando acude a nuestra consulta una persona porque no sabe manejar a sus hijos, porque tiene ante sí una jubilación que le preocupa o para que le ayudemos en cada conflicto con su pareja... *no podemos diagnosticarlo*. Así de simple. A no ser que definamos *el síndrome de la incapacidad parental*, el de *la ansiedad prejubilatoria* o el de *la pareja discutidora*; cayendo de nuevo en lo anteriormente criticado.

Nuestra propuesta en este sentido, acorde a los principios de la prevención cuaternaria, es clara: *procuremos limitar al máximo el uso de rótulos diagnósticos*. En muchos casos será más útil para todos situar según qué demandas en el ámbito de la vida cotidiana y sus adversidades —que es de donde surgen— que en el ámbito de la psicopatología. Reducir el malestar a una etiqueta diagnóstica puede ser perjudicial para todos: para el paciente, para el terapeuta y para el sistema sanitario.

### 3. Uso y abuso de psicofármacos

En este ámbito está clara la propuesta de la prevención cuaternaria: *limitar el uso de estos medicamentos al máximo, o dicho de otro modo, al empleo de las dosis mínimas, clínicamente pertinentes y eficaces, evitando que el paciente se habitúe al uso del medicamento y se pasivice en cuanto al de sus propios recursos personales*.

Como es sabido en la última década los ISRS se han convertido en un *best seller* en España, tan sólo superados por los antiulcerosos y los hipolipemiantes (M.S.C., 2008). Este incremento de ventas va en paralelo al aumento del diagnóstico de la depresión, sin que sepamos si tales diagnósticos son correctos o no, o si tan sólo sirven para justificar la prescripción de los antidepresivos (Ortiz y Lozano, 2005). Pero estos nuevos hábitos diagnósticos y terapéuticos —antes pasaba lo mismo con la ansiedad y los ansiolíticos— no han disminuido ni el número de suicidios, ni las bajas laborales por depresión (Gérvas, 2006). ¿Qué está pasando pues? Muy probablemente que se diagnostica mal y que se usan en exceso estos fármacos.

Pero, como el uso y el abuso de los psicofármacos es un tema que suele generar bastante consenso, al menos entre los profesionales de la psicología, no insistiremos más aquí con otras cifras de consumo y demás datos escalofriantes.

Pero, sí deseamos plantear dos temas que nos preocupan especialmente y que creemos que deben ser colocados encima de la mesa, ya que tienen

mucho que ver con la prevención cuaternaria y los psicofármacos.

Primer asunto: desde la psiquiatría hay defensores de lo que se ha dado en llamar la *psicofarmacología paliativa* (Charlton, 2000; 2003; Charlton y McKenzie, 2004). Una nueva especialidad psiquiátrica que pretende, sencillamente, ayudar a las personas a experimentar una *mayor calidad de vida* con el uso de psicofármacos. Sus argumentos: puesto que hay demanda, ¿por qué no establecer la oferta? ¿Por qué limitar el uso de psicotropos a los pacientes enfermos, cuando su uso podría alegrarle la vida a un montón de gente?

Segundo asunto: En Estados Unidos ya existe la figura del *psicólogo médico*. Es decir, del licenciado en psicología que, tras un periodo de formación, está habilitado para recetar psicofármacos. La revista *Papeles del Psicólogo*, auspiciada por el *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, le dedicó un monográfico en 2007, posicionándose claramente a favor de esta nueva especialidad.

Tenemos claro que no podemos ponernos a debatir estas cuestiones aquí y ahora porque el tema se las trae. Pero está claro que desde la posición de la prevención cuaternaria no se vería con muy buenos ojos que los psicólogos recetásemos fármacos, puesto que la evidencia nos dice que ya se prescriben en exceso. Desde la prevención cuaternaria la idea sería: *más profesionales recetando no equivale, necesariamente, a mejor atención sanitaria*. Sabemos que esto no agota el debate en torno a esta cuestión, obviamente, pero ahora estamos hablando de prevención cuaternaria y fármacos, no de otros temas.

Pero vayamos a lo nuestro, a las psicoterapias. Veamos qué tenemos que decir, desde la prevención cuaternaria, en cuanto a su uso y abuso.

### 4. Uso y abuso de las psicoterapias

A diferencia de los psiquiatras, los psicólogos no sólo somos expertos en trastornos mentales. Se supone —aunque nos parece que es mucho suponer— que también lo somos en cómo vivir mejor la vida. Por lo tanto, en principio, no deberíamos tener problema en ofrecerle un tratamiento psicoterapéutico a cualquiera que lo demande. Además, todas las teorías que respaldan nuestras terapias tienen margen para indicar un tratamiento. Es aquella vieja idea, que aún muchos sostienen, que dice que *a todos nos iría bien ir al psicólogo*. Olvidando que el primer, y seguro

beneficiario de tal medida, será el propio psicólogo, ¡sobre todo si trabaja en la privada! En todo caso, la idea sería que *aquí estamos para quien nos lo pida...* si hay demanda..., pues hay oferta. Igualito que el *psiquiatra paliativo* aquel que está dispuesto a mejorar la vida de los *no enfermos*.

Hasta aquí ningún problema, todos con trabajo y contentos. Pero desde la prevención cuaternaria se plantean las cosas de otro modo.

Si le ofrecemos terapia a todo aquel que la pide, sin mayor discriminación, resulta que estamos extendiendo la creencia, ya de por sí masiva, de que la gente no puede enfrentar los problemas de la vida sin ayuda profesional (Ortiz, 2008a). Como si todo el mundo necesitase su *coaching* o su *counselling* para alcanzar la máxima calidad de vida. Con esta idea lo que hacemos es preparar *consumidores de psicoterapias*, no ayudar a la gente a actuar por sí misma.

Es más, si empleamos esta política, y nos centramos sólo en el sujeto, se pierden de vista los condicionantes sociales —económicos, culturales, institucionales, laborales y demás— que determinan, en gran medida, el malestar del mismo. El *sistema*, por llamarlo de algún modo, ha encontrado una hábil fórmula para defenderse y eximirse de toda responsabilidad, frente a aquellos que padecen emocionalmente en su entorno: *responsabilizar* al individuo de sus éxitos y de sus fracasos, descontextualizando el malestar de su medio social. Como si el asunto fuese un *fracaso personal*. Las contradicciones sociales, los abusos, las malas condiciones de todo tipo, se ocultan y los problemas ya sólo son *privados*.

Ya sabemos que la idea sonará un poco anticuada y puede ser calificada de antipsiquiátrica, pero nos parece que tiene valor lo que nos dice Ortiz (2008a): «Indicar tratamiento en este sentido puede conducir a un “adaptacionismo” personal frente a situaciones sociales injustas y contribuir a bloquear cualquier posibilidad de un planteamiento colectivo para luchar contra ellas».

Somos conscientes de que el psicólogo no puede cambiar la sociedad y de que no es esa nuestra misión. Pero sí que hay una serie de cosas que podemos hacer:

1. Mostrar una actitud más crítica con la información científica habitual, cuestionando —que no negando— en profundidad la validez de ciertas novedades químicas, diagnósticas y terapéuticas.
2. Pensar qué es lo que beneficiará más a nuestro paciente: un tratamiento en toda regla u otro tipo de intervención.

3. En este sentido sería posible reconsiderar la indicación de *no tratamiento*. Cuando se habla de *no tratamiento* no se está diciendo *no ayuda o no intervención*, como enseguida veremos.

Detallemos esto un poco más:

A los *pacientes* que se dicen a sí mismos que están *enfermos* porque se los ha convencido de tal cosa, o a los que creen que un tratamiento psicológico les evitará el sufrimiento que toda vida conlleva, hay que ofrecerles una intervención que modifique estas creencias erróneas.

El objetivo de nuestra acción será el de contextualizar el sufrimiento en su biografía y sus circunstancias, ayudándole a gestionar sus preocupaciones y malestares fuera del contexto sanitario (Ortiz, 2008a).

También será el ayudarlo a resignificar y reinterpretar su malestar; así como a encontrar ayuda y soporte entre sus iguales, fomentando sus vínculos personales y comunitarios.

Si podemos hacer todo esto habremos contribuido a fortalecer al sujeto para futuras preocupaciones y habremos evitado, aunque sólo sea un poco, que se debiliten aún más los lazos tradicionales con los que se hacía frente al sufrimiento en tiempos no muy lejanos (familia, amigos, vecinos, sindicatos, asociaciones, etc.).

Fijémonos en lo que nos dice Rendueles (Álvarez-Uría y Varela, 2007), con su habitual y afilada prosa:

Es sobre esa ausencia de los antiguos espacios de soporte social, sobre las ruinas de las escuchas espontáneas del patio de vecinos, o de la taberna, donde se reclutan los clientes de los centros de salud mental. Hay que buscar escuchas mercenarias y profesionales cuando esa relación íntima se quiebra y ya no hay un grupo natural en el que apoyarse. [...] El terapeuta que no quiera ser por siempre ese lenitivo de lo real debe mediar para que esas personas encuentren grupos naturales y relaciones no profesionales que les proporcionen esos vínculos serenos que antes poblaban lo social, y facilitaban el adiós al psiquiatra.

Es decir, que si operamos de este modo, estaremos combatiendo la *medicalización de la vida*. Y dicho sea de paso, también habremos ahorrado tiempo y dinero al sistema nacional de salud, tema nada desdeñable, dados los tiempos que corren.

El nombre de esta intervención es lo de menos. Ramos (2004) la bautiza como *consulta terapéutica*, en un marco de *minimalismo terapéutico*. Ortiz habla de *la indicación de no tratamiento* (2008b).

La cuestión importante es que en esta intervención se den (Ortiz, 2008b):

1. una escucha empática,
2. una legitimación del sufrimiento,
3. una deconstrucción del planteo original,
4. una resignificación que le permita al paciente manejarse mejor, darle un sentido a lo que le sucede, y
5. por último, que el paciente deje de sentirse como tal para reincorporarse a la cotidianeidad con otra perspectiva.

Ventajas de esta intervención:

1. Es breve y terapéutica, pero no usa una terapia.
2. Puede ser eficaz, más eficaz incluso que una terapia en toda regla, sencillamente porque no hay terapia posible para el malestar de la vida cotidiana.
3. Nos permite ver al paciente como alguien que necesita ayuda, pero no como alguien enfermo o trastornado.
4. Le permite al paciente no vernos como alguien omnipotente.
5. Es artesanal, en el sentido que le dan Sennet (2006) y Saínez (2009) a esta palabra: trabajo bien hecho, no industrial ni protocolizado, con el que se tiene un vínculo personal, que da identidad y va más allá de modas y tendencias. Más allá del DSM y las guías de tratamiento tan en boga hoy día, añadiríamos nosotros.
6. En este sentido, cuando actuamos así, el malestar es realmente *escuchado*. Mucho más escuchado que si es de inmediato traducido en un diagnóstico, que desoye lo particular y se basa en lo genérico.
7. Y es *tratado* de verdad. Mucho más que si se implementa un tratamiento estándar ajeno a toda comprensión, ya sea farmacológico o psicológico.

Otras ventajas de este tipo de intervención:

- se evitan las acciones *en cascada*: insatisfacción del paciente, nuevas visitas, nuevos diagnósticos, nuevas pruebas, otros tratamientos, y así sin solución de continuidad,
- se evita caer en un organicismo ingenuo («debe ser genético porque mi padre ya sufría mucho con mi madre...»),
- se evita minimizar el malestar («usted no tiene nada...»), o maximizarlo («está usted enfermo...»).

## 5. De los sentimientos, emociones y duelos

Quisiéramos llamar la atención en cómo se prescriben sentimientos y emociones como si fuera algo que se puede *dirigir* sin más. Aquí debemos decir que el quehacer colectivo, a veces, va en dirección opuesta al sentido común. Es habitual decirle a alguien que ha perdido a un ser querido: «La vida sigue, debes ser fuerte...», «No ganas nada llorando...», «Deberías tratar de no pensar...»

Vivir la vida es un asunto complejo y comporta dificultades. La idea de lograr la felicidad es un tema subjetivo que no puede controlarse con cuatro ideas vertidas en el último *best-seller* de turno. En realidad, conviene tener presente que nunca logramos tener un estado de felicidad como algo permanente. Vivir es difícil y una continua búsqueda de algo que no sabe muy bien precisar. Las ideas orientalistas desprendidas del budismo, hinduismo y demás; la filosofía clásica; algunos pensadores actuales; las investigaciones neurocientíficas, nos enseñan muchos conocimientos sobre lo humano. Vivir, sin embargo, es un proceso individual que procuramos hacer acompañados y que resulta en realidad una empresa imposible de abordar en su totalidad.

No podemos resolver los enigmas de la vida, sólo podemos vivirlos y entender cuanto nuestros sentidos e inteligencia cognitiva y emocional nos permiten. Aciertos y distorsiones nos acompañan durante toda la existencia. Las cátedras universitarias, los laboratorios científicos, los filósofos ilustrados, los psicoanalistas profundos. Todos nosotros deberíamos compartir nuestros conocimientos y, a la vez, reconocer la ignorancia, siguiendo el legado socrático.

En la sociedad de la compra-venta, los profesionales y los agentes de salud tenemos la obligación de comunicar que no todo se puede resolver, que no hay fórmulas mágicas, ni psicológicas, ni bioquímicas, para resolver toda la complejidad del vivir y lo más importante, que es la tesis central de este escrito, que tampoco ni siquiera es necesario, ni hace falta y que incluso puede ser perjudicial. Decir que podemos curarlo todo y resolverlo todo puede ser altamente perjudicial para la salud.

Así que, como poco, es fraudulento vender la idea de que un fármaco cura la timidez, como si ésta se tratara de una úlcera gástrica causada por una bacteria. También, puede ser engañoso vender la idea de que los cursillos resuelven las angustias existenciales y son útiles para manejarse con la

muerte, el amor, el sexo, la relación con los hijos, los conflictos personales.

La oferta asistencial existe porque hay personas con necesidades específicas. Es buena idea ir a visitar un médico, un psicólogo, un psicoanalista, como lo es ir a consultar un abogado cuando uno tiene necesidades difíciles de solventar por sí solo. La ayuda psicoterápica a personas que tienen un alto nivel de sufrimiento es una buena práctica asistencial. Hacer grupos con personas que comparten una problemática común se ha demostrado que es muy útil.

Lo que queremos dejar aclarado es el hecho de que cada uno se enfrenta a su vida y a su problemática vital, incluidos sus procesos de enfermar, según su funcionamiento personal. Los profesionales no debemos dirigir la vida de nadie, ni crear necesidades que no existen, como hacen las multinacionales de la venta de productos. Tan sólo debemos salir al encuentro y contribuir en la mejora de las condiciones de vida, del enfermar y del morir... sólo cuando es preciso.

## 6. Conclusiones

1. Estamos inmersos en un proceso de medicalización-psiquiatrización-psicologización de la vida cotidiana. Pero los profesionales de la salud mental debemos resistirnos ante las *modas científicas*.
2. Se explota comercialmente la intolerancia al malestar y se reducen las formas no profesionales

de hacerle frente, tanto las colectivas como las individuales.

3. Este proceso conlleva que se diagnostique a personas con malestar que podemos considerar sanas y se las trate con tratamientos estándar. Ambos procesos pueden conllevar efectos adversos.
4. Es necesario evitar diagnósticos y tratamientos excesivos.
5. La *consulta terapéutica* —o *indicación de no tratamiento*— puede ser una intervención útil, basada en la prevención cuaternaria ya que protege al paciente de efectos adversos, resignifica su malestar y lo reorienta a un contexto no sanitario.
6. Hacer prevención cuaternaria en salud mental es trabajar para llegar a ser innecesarios —en según qué casos—, buscar la máxima calidad con la mínima cantidad, ofrecer intervenciones no invasivas, no negar la realidad social —y denunciarla, en la medida de lo posible—.

**Francesc Sáinz**

Tel. 93 451 60 20

francescsainz@gmail.com

**Antoni Talarn**

Tel. 646 292 078

atalarn@ub.edu

## Bibliografía

- ÁLVAREZ-URÍA, F y VARELA, J. (2007). «Conversación con el psiquiatra y escritos Guillermo Rendueles. ¿Miserias morales o malestares íntimos?» *Archipiélago*, 76, 9-27. Disponible en: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=56234> (Recuperada en Mayo 2009).
- BENTZEN, N. (2003). *WONCA International dictionary for general/family practice*. Copenhagen: Laegeforeningers Forlag.
- 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.
- CHARLTON, B.G. (2000). *Psychiatry and the human condition*. Abingdon: Radcliffe Medical.
- (2003). «Palliative psychopharmacology: a putative speciality to optimise the subjective quality of life». *QJM. An international Journal of Medicine*, 96, 375-378.

- y MCKENZIE, K. (2004). «Treating unhappiness: society needs palliative psychopharmacology». *The British Journal of Psychiatry*, 185, 194-195.
- CHOBANIAN, A.V.; BAKRIS, G.L.; BLACK, H.R.; CUSHMAN, W.C.; GREEN, L.A.; IZZO, J.L.; JONES, D.J.; MATERSON, B.J.; OPARIL, S.; WRIGHT, J.T. y ROCCELLA, E.J. (2003). «Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure». *Hypertension*, 42, 1206-1252. Disponible en: <http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/full/42/6/1206> (Recuperada en Mayo 2009).
- DONOVAN, G. (2005). *Doctor Salt*. London: Scibner. Traducción castellana: *El Dr. Salt*. Barcelona: Tusquets, 2008.
- GÉRVAS, J. (2006). «Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España». *Gaceta Sanitaria*, 20, 127-134.

- y PÉREZ, M. (2006). «El auge de las enfermedades imaginarias». *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 13, 109-111.
- (2007a). «¿El trabajo diario? ¡Basado en la prevención cuaternaria!». *Boletín REAP*, 4, 6-7.
- (2007b). «Malicia sanitaria y prevención cuaternaria». *Gaceta Médica de Bilbao*, 104, 93-96.
- GONZÁLEZ, H. y PÉREZ, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- ILLICH, I. (1974). *The medical nemesis. The expropriation of health*. London: Calder and Boyars. Traducción castellana: *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Seix Barral, 1975.
- JAMOULLE, M. (1986). «Information et informatisation en médecine générale». En: J. Berleur, Cl. Lobet-Marais, R.-F. Poswick, G. Valenduc y Ph. Van Bastelaer (Eds): *Les informa-G-iciens. Les professionnels de l'informatique dans leurs rapports avec les utilisateurs*. Namur: Presses Universitaires de Namur (pp. 193-209).
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2008). «Principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2007». *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 32, 98-100. Disponible en: [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol32\\_3NoticTemasInteres.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol32_3NoticTemasInteres.pdf). (Recuperada en Mayo, 2009).
- MOYNIHAN, R. (2002) «Too much medicine?» *British Medical Journal*, 324, 859-860. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1122814> (Recuperada en Mayo 2009).
- MOYNIHAN, R. y CASSELS, A. (2005). *Selling sickness: How the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. New York: Nation Books. Traducción castellana: *Medicamentos que nos enferman e industria farmacéutica que nos convierte a todos en pacientes*. Barcelona: Terapias Verdes, 2006.
- MOYNIHAN, S.; HEATH, I. y HENRY, D. (2002). «Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering». *British Medical Journal*, 324, 886-890.
- MOYNIHAN, R. y 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 Mayo 2009).
- ORTIZ-LOBO, A. (2004). «Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado». *Átopos*, 2, 15-22. Disponible en: [http://www.atopos.es/pdf\\_03/yaesprimavera.pdf](http://www.atopos.es/pdf_03/yaesprimavera.pdf) (Recuperada en Mayo 2009).
- (2008a). «Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar». *Átopos*, 7, 26- 34. (pág. 30). Disponible en: [http://www.atopos.es/pdf\\_07/Los-profesionales-de-salud-mental.pdf](http://www.atopos.es/pdf_07/Los-profesionales-de-salud-mental.pdf) (Recuperada en Mayo 2009).
- (2008b). «Prevención cuaternaria en el tratamiento del malestar». Ponencia presentada en *XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. Organizado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid, noviembre.
- ORTIZ-LOBO A.; GARCÍA, B.; MATA, I. y RODRÍGUEZ, F. (2005). «Las consultas en un centro de salud mental sin trastorno mental diagnosticable». *Archivos Psiquiatría*, 68, 151-168.
- ORTIZ-LOBO, A. y LOZANO, C. (2005). «El incremento en la prescripción de antidepresivos». *Atención Primaria*, 35, 152-155.
- ORTIZ-LOBO, A.; GONZÁLEZ, R. y RODRÍGUEZ, F. (2006). «La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable». *Atención Primaria*, 38, 563-569.
- PÉREZ, R. (2008). «Codigo Z o el mal del insatisfecho». *El País*, 24 de Junio. Disponible en: [http://www.elpais.com/articulo/salud/Codigo/Z/mal/insatisfecho/elpepusocal/20080624elpepisa1\\_1/Tes](http://www.elpais.com/articulo/salud/Codigo/Z/mal/insatisfecho/elpepusocal/20080624elpepisa1_1/Tes) (Recuperada en Mayo 2009).
- 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.
- SAÍNZ, F. (2009). «¿Todos necesitamos visitar al psicoanalista?». En: A. Talarn (Ed.). *Psicoanálisis al alcance de todos*. Barcelona: Herder.
- SEGURA, A. (2008). «Más medicina no siempre es mejor». *El País*, 29 de enero. Disponible en: [http://www.elpais.com/articulo/salud/medicina/siempre/mejor/elpepusocal/20080129elpepisa1\\_7/Tes](http://www.elpais.com/articulo/salud/medicina/siempre/mejor/elpepusocal/20080129elpepisa1_7/Tes). (Recuperada en Mayo 2009).
- SEGURA A. y MARTÍN, A. (2008). «La insatisfacción de la atención primaria». *El País*, 13 de mayo, pág. 39. Disponible en: [http://www.elpais.com/articulo/salud/insatisfaccion/atencion/primaria/elpepusocal/20080513elpepisa1\\_4/Tes](http://www.elpais.com/articulo/salud/insatisfaccion/atencion/primaria/elpepusocal/20080513elpepisa1_4/Tes) (Recuperada en Mayo 2009).
- SEN, A. (2002). «Health: perception versus observation». *British Medical Journal*, 324, 860-861. Disponible en: <http://ukpmc.ac.uk/articlerender.cgi?artid=477285> (Recuperada en Mayo 2009).
- SENNET, R. (2006). *The culture of new capitalism*, New Haven: Yale University Press. Traducción castellana: *La cultura del nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.