

Sobre unas reflexiones de tintes maniqueos

Sr. Director: Las reflexiones de Gérvas y Pérez¹ acerca de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre me han parecido atinadas porque encierran bastantes verdades, pero me han suscitado de inmediato una pregunta: si se publicaran en un periódico de gran difusión, ¿a qué conclusiones podrían llegar los lectores?

Tal vez me equivoque, pero tengo la impresión de que su artículo sobre los ámbitos de la atención primaria y especializada destila cierta visión de tintes maniqueos –cuyas resonancias me recuerdan postulados de la *nemesis medica* de Illich²–. Me ha sorprendido, la verdad, por la talla intelectual y el aparato crítico de que han dado muestras repetidamente sus autores.

Después de haber navegado unos cuantos años como técnico en salud por aguas con navegantes solitarios y con cíclopes, he llegado a varias conclusiones. En ambos ámbitos encuentras mares de sargazos y restaños de paz. No me parece justo percibir a los especialistas como galenos peligrosos que observan a sus pacientes con un campo visual muy angosto. Considero más cercano a la realidad afirmar que no todos, pero muchos de ellos se preocupan por conocer la vida de sus pacientes y que la tienen en cuenta al estimar la probabilidad preprueba³ y al prescribir medidas, incluso de índole social, al darles el alta.

En cuanto al valor predictivo de las actividades diagnósticas, los especialistas lo tienen más fácil, porque cabe esperar que la prevalencia de las enfermedades sea más alta en los hospitales que en los centros de salud, al igual que en estos últimos es más alta que en la calle⁴.

Todo parece indicar que muchos especialistas no informan al médico de familia sobre los ingresos y las altas de los pacientes de su cupo, y qué duda cabe de que en las derivaciones de pacientes al especialista prescritas por muchos médicos generales/de familia hay un buen margen de mejora. (¿Por qué todos coinciden, entonces, en la necesidad de aumentar la proporción

de primeras consultas de acto único?) En uno y otro ámbito cunde asimismo la impresión de que no es desdeñable la proporción de las pruebas diagnósticas no justificadas que solicitan navegantes solitarios y cíclopes, lo cual reduce las probabilidades posprueba y aumenta el coste del diagnóstico³. ¿Qué explicaría, si no, la necesidad reiterada hasta el hartazgo y puesta de manifiesto por unos y por otros de consensuar criterios de derivación? ¿Disponemos de resultados definitivos de estudios realizados sobre la idoneidad de las solicitudes de pruebas radiológicas que hacen médicos de familia y especialistas?

No pienso que las urgencias hospitalarias, ni las de los centros de salud –dicho sea de paso–, constituyan poco menos que un garante o la antesala de la yatrogenia, un territorio, en fin, muy peligroso. ¿Por qué no estimamos, por ejemplo, las tasas de complicaciones, de mortalidad y de readmisiones, no brutas, sino las ajustadas por riesgo⁵, atribuibles a las actuaciones en urgencias y evaluamos además la idoneidad de las visitas a urgencias⁶ y vemos qué pasa?

Tampoco creo que pueda generalizarse el hecho de que dirigirse directamente a un especialista sea un comportamiento en gran parte tributario de las clases sociales alta y media-alta, del mismo modo que no osaría afirmar que la gente culta e ilustrada –no sé exactamente dónde se encuentra la linde que acota a este grupo de la población– no acuda a su médico de cabecera. ¿Qué sabemos de esto con certeza en nuestro país? ¿Cuál es la distribución porcentual según la extracción social de la gente que acude directamente desde su casa a las urgencias hospitalarias sin pasar por un punto de atención continuada? ¿No tendrá algo que ver con ello también, y entre otras cosas, la accesibilidad del común de las gentes a ese servicio? ¿De dónde ha surgido la necesidad de interponer entre los servicios de admisión de urgencias y las verdaderas urgencias hospitalarias sistemas de *triage*?, y disculpe el lector el galicismo.

No he encontrado datos para convencerme racionalmente de que la medicalización innecesaria o la prescripción de la marca comercial más cara o de medicamentos de utilidad terapéutica baja sean territorios virtualmente exclusivos de unos u otros; por el contrario, tengo para mí que más

bien son males ecuménicos y que algunas albricias caen en ambos lados.

No considero descabellado afirmar que a nadie le complace lidiar con la incertidumbre. (Por ejemplo, ¿qué preferimos barajar, estimaciones puntuales, o tomar decisiones sobre la base de intervalos de confianza?, ¿por qué tanto temor a sustituir los tullidos valores de *p* por estimaciones bayesianas?) Las que no me parecen del todo acertadas, porque simplifican demasiado la realidad, son las afirmaciones que dimanan de dilemas: «El médico especialista tiene aversión a la incertidumbre...», «El buen médico general/de familia navega alegre y confiado por el Mar de la Incertidumbre...»¹. En esto coincido plenamente con Rafael Sánchez Ferlosio cuando dice que el error consiste en «claudicar ante el dilema, en no rebelarse airado y doblegarse a la ley del tercero excluido»⁷. A mi juicio, unos y otros afrontan buenas dosis de incertidumbre y toman decisiones en ese piélagos donde escasea la certeza, como cualquier ciudadano de a pie tantas veces al mes.

Creo que la realidad de los dos ámbitos, como bien saben ambos autores, es mucho más compleja, que, dicho mal y pronto, en todas partes cuecen habas. Yo preferiría que unos y otros, huyendo de la precariedad a que conducen las visiones binarias de la realidad, dirigiéramos nuestros esfuerzos a evaluar con rigor y en nuestra atención primaria y especializada los problemas mencionados –y no ser así tan cautivos de las extrapolaciones–, a sustentarlos con información fidedigna, a ponerlos en conocimiento de todos y a idear y poner en marcha soluciones.

Mucho me temo que el nivel de incertidumbre con que todos trabajamos sigue siendo demasiado alto para legitimar bastantes de las afirmaciones que hacemos al respecto.

C. Campillo Artero

Servei Balear de la Salut (IB-Salut).
Palma de Mallorca. Baleares. España.

Palabras clave: Ámbitos de la atención primaria. Ámbitos de la especializada. Valor predictivo de las actividades diagnósticas.

1. Gérvas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria*. 2005;35:87-90.
2. Illich I. *Medical nemesis. The expropriation of health*. New York: Pantheon Books; 1976.

3. Sox HC Jr, Blatt MA, Higgins MC, Marton KI. Medical decision making. Stoneham: Butterworths; 1988.
4. Gordis L. Epidemiology. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1996.
5. IASIST. Programa de Indicadores de Calidad Asistencial (PICA). Barcelona: IASIST; 2004.
6. Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. Rev Esp Salud Pública. 1999;73:461-75.
7. Sánchez Ferlosio R. Vendrán más años malos y nos harán más ciegos. Barcelona: Ediciones Destino, Áncora y Defín; 1993. p. 49-50.

Respuesta de los autores. Aguja de marear para técnicos de salud

Sr. Director: «Aguja de marear» significa brújula (lo que se emplea para orientarse en el mar, para viajar por el mar, para «marear»), pero también mecanismo de orientación, empleado figuradamente en situaciones complejas o inesperadas. Se precisa mucha aguja de marear para moverse con soltura en el Mar de la Incertidumbre.

En la redacción final de nuestro artículo¹ intentamos cumplir con el lema del extinto semanario satírico *La Codorniz*, «la revista más audaz para el lector más inteligente». Parece que hemos fracasado. No hemos sido lo suficientemente audaces. Insistimos:

1. Los lectores de nuestro artículo, si se hubiera publicado en un periódico de gran difusión, concluirían que es bueno, conveniente y lógico pasar por el médico general antes de ir al especialista. Que el acceso «directo e innecesario» a los especialistas es peligroso. Que los ricos acuden innecesariamente al especialista. Y que ir directa e innecesariamente a urgencias hospitalarias es especialmente peligroso.
2. Hemos tenido influencia de Illich², y de otros ilustres críticos del poder *excesivo* de la medicina, como McKeown, Cochrane, McCormick y Skrabanek³⁻⁵. Nos conta-

giaron la *escepticismo*, enfermedad de baja contagiosidad contra la que se vacuna a los estudiantes de medicina. No es una visión maniquea (que sólo ve la oposición eterna entre el Bien y el Mal), sino una visión crítica (que intenta analizar lo que hace bien y mal la medicina, para evitar daños innecesarios).

3. Es justo percibir a los especialistas como galenos peligrosos que observan a sus pacientes con un campo visual muy angosto porque los especialistas lo son por elegir voluntariamente un campo visual muy estrecho, ceñido a su especialidad. Es bueno, justo y necesario que los especialistas tengan una lente, o microscopio, por ojo único, y que se concentren en lo suyo. Pero «quien mucho aprieta poco abarca».

4. La prevalencia de enfermedades es mayor en la sala de espera de los especialistas sólo cuando el médico general ha filtrado la demanda. El médico general quita las manzanas probablemente sanas de la cesta que le pasa al especialista, y éste recibe una cesta con mayor densidad de manzanas enfermas. Con ello se justifica la agresividad diagnóstica y terapéutica de los especialistas, y su horror a la incertidumbre. Pero si el especialista recibe directamente a los pacientes, en su sala de espera hay la misma prevalencia de enfermedad que en la del médico general. Para conservar la necesaria pureza de raza de los especialistas, hay que protegerlos del contacto innecesario con poblaciones de enfermos de baja prevalencia de enfermedad.

5. ¿Acuden más al especialista y menos al médico general los ricos, la gente culta e ilustrada de España? Osadamente contestamos sí. Sabemos mucho sobre esta cuestión en España (véanse los trabajos de Marisol Rodríguez⁶). Las salas de espera de los especialistas se llenan de pacientes cultos, jóvenes, ricos y sanos, lo que «*pervierte*» su digno trabajo, y les lleva a ofrecer pornoprevención, entre otros servicios innecesarios.

Para terminar, aunque sea innecesario, declaramos que el uso necesario de los especialistas es ventajoso para nuestros pacientes y para la población. Para saber más, invitamos a los lectores a los Seminarios de Innovación en Atención Primaria (www.ffomc.org), coordinados por uno de los firmantes (J.G.), en cuya aula vir-

tual esperamos cordialmente al Dr. Campillo.

J. Gervas y M. Pérez Fernández
Equipo CESCA. Madrid. España.

1. Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. Aten Primaria. 2005;35:87-90.
2. Illich I. Némesis médica. México: Joaquín Mortiz-Planeta; 1987.
3. McKeown T. El papel de la medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis? México: Siglo XXI; 1982.
4. Cochrane AL. Eficacia y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Barcelona: Salvat; 1985.
5. Skrabanek P, McCormick J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona: Doyma; 1992.
6. Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. Health Econ. 2004;13:698-703.

Depresión e incremento de la prescripción de antidepresivos

Sr. Director: En la reflexión sobre el incremento de la prescripción de antidepresivos de Ortiz y Lozano¹, recientemente publicada, aparecen 2 hechos claros: el aumento marcado de la prescripción de los antidepresivos y la no disminución del número de días de baja anuales por 1.000 habitantes. Sin embargo, los argumentos para explicar ambos hechos reflejan acaso una visión parcial y sesgada del problema y, quizá, de poca ayuda para el esclarecimiento de un problema más complejo.

En atención primaria se prescribe hasta el 75% de los antidepresivos, y sin poner en duda la posibilidad de diagnósticos erróneos, la prescripción ante «simples problemas de la vida», los riesgos de una yatrogenia psicológica (rol pasivo de enfermo ante cuestiones vitales) e incluso casos de abuso de bajas laborales —problemas todos a los que aluden los autores—, no creemos que la disminución de la tolerancia a la frustración

Palabras clave: Filtro. Coordinación. Prevalencia.

Palabras clave: Salud mental. Depresión. Fármacos antidepresivos.

explique por sí sola la prevalencia de lo que se entiende hoy día por depresión. En primer lugar, y como ejemplo, las tasas de depresión son igualmente frecuentes en países como Colombia, Líbano o Ucrania, países mucho menos desarrollados que Japón, Alemania o Francia². En segundo lugar, aunque pueden realizarse algunos ajustes a los resultados de estudios epidemiológicos, las cifras de prevalencia de depresión no parecen depender únicamente del encuestador (clínico frente a personal no experto) o del instrumento de medida³. También como ejemplo, 2 estudios españoles en los que personal experto en salud mental valora a los enfermos hallan una prevalencia puntual de depresión mayor en atención primaria⁴ (12,0%) y en pacientes de hospital general (14,8%)⁵. Además, no parece, en contra de la opinión de los autores, que los médicos de familia diagnostiquen como tales a más del 60% de los pacientes con depresión mayor⁶.

Por otra parte, resulta llamativa la opinión de la poca utilidad, en el sentido de cifras generales que pueden ofrecer, de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina con respecto al suicidio. Los últimos estudios publicados relacionan fuertemente la introducción y uso de estos fármacos con una disminución del número de suicidios; cabe citar como ejemplo un estudio de Grunebaum et al⁷ de 15 años en todo Estados Unidos.

Probablemente las categorías diagnósticas actuales de la patología depresiva (depresión mayor, distimia, depresión menor, etc.) no satisfagan a muchos clínicos y, de hecho, reflejen una realidad clínica heterogénea. Sin embargo, opinamos que las alteraciones relacionadas con el estrés y la depresión constituyen un problema de salud de primera magnitud –como lo atestigua la inmensa mayoría de estudios– y requieren investigación, especialmente clínica y llevada a cabo en atención primaria.

Por último, si bien entendemos que los antidepresivos no son la única solución, el médico de familia difícilmente puede, hoy por hoy, aplicar psicoterapias en escasos 5 minutos.

**P. García-Parajuá^a, L. Giner^a,
J. Iglesias García^b y J.J. Carballo^a**

^aServicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

^bMedicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Manzanares el Real. Madrid. España.

1. Ortiz Lobo A, Lozano Serrano C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Aten Primaria*. 2005;35:152-5.
2. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291:2581-90.
3. Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2004; 49: 124-38.
4. Baca Baldomero E, Saiz Ruiz J, Aguera Ortiz LF, Caballero Martínez L, Fernández-Liria A, Ramos Brieva JA, et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria*. 1999;23:275-9.
5. Díez-Quevedo C, Rangil T, Sánchez-Plannell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Med*. 2001;63: 679-86.
6. Gabarrón Hortal E, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix Soriano I, Jover Blanca A, Arenas Prat M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2002; 29:329-37.
7. Grunebaum MF, Ellis SP, Li S, Oquendo MA, Mann JJ. Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985-1999. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:1456-62.

Respuesta de los autores. Incremento de la prescripción de antidepresivos sin depresión

Sr. Director: Queremos agradecer a García et al su interés por nuestro artículo y nos gustaría hacer algunas puntualizaciones a sus comentarios. Nosotros tampoco creemos que la disminución de la tolerancia a la frustración explique por sí sola la prevalencia de lo que se entiende hoy día por depresión. En nuestro artículo comentamos implícitamente el proceso de la psiquiatrización de la vida por el que el ámbito de la salud mental se ha expandido y ahora abarca muchos problemas que antes no se consideraban entidades psiquiátricas o psicológicas, y sabemos que se trata de un fenómeno muy complejo en el que intervienen muchos factores¹. Nuestro objetivo no es, por tanto, discutir la prevalencia «real» de la entidad depresión (un constructo, por cierto, con lí-

mites muy imprecisos, que carece de un instrumento de diagnóstico fiable y cuya validez y utilidad son muy cuestionadas²), lo que nos llevaría a otro debate. Nuestro interés se centra en el aumento de estas demandas y del diagnóstico de depresión, y sobre todo de la prescripción de antidepresivos que esto comporta, tanto en atención primaria como en salud mental, en la práctica cotidiana. En un trabajo reciente se comprobó que el 24,4% de los pacientes derivados por atención primaria al equipo de salud mental no presentaba ningún trastorno mental diagnosticable y, sin embargo, la mitad de ellos ya venía con antidepresivos prescritos³. Cabe pensar que serán aún más los no derivados que reciben tratamiento con antidepresivos en atención primaria a pesar de no cumplir criterios diagnósticos de depresión u otro trastorno mental.

Se sigue afirmando que los médicos de atención primaria no detectan adecuadamente un buen porcentaje de pacientes con depresión pero, como ya argumentamos, se ha demostrado que esta población evoluciona mucho mejor que los que son detectados y tratados con antidepresivos, probablemente porque los que no detecta el médico son cuadros más leves y autolimitados^{4,5}.

Otra cuestión controvertida es el tema de los antidepresivos y el suicidio. Parece que hay estudios que muestran que el incremento de la prescripción de antidepresivos no ha contribuido a disminuir las tasas de suicidio y otros sí. El asunto se complica aún más si tenemos en cuenta la polémica que está envolviendo a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina respecto a su capacidad de provocar conductas suicidas y suicidios consumados⁶. Con estos datos, parece atrevido afirmar que este aspecto ha mejorado con los nuevos antidepresivos y su tremenda popularización.

Respecto a las categorías diagnósticas actuales, entendemos que también favorecen esta «epidemia» de depresión y su tratamiento farmacológico. Así lo atestigua el reciente desplazamiento que se ha producido en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y en la cuarta del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales con el «trastorno adaptativo» (que alude a una etiología psicosocial y un curso más bien autolimitado) en favor de la categoría «episodio depresivo» (que evoca un problema biológico y un tratamiento en esta línea)⁷.

Nos parece que los médicos de atención primaria se hallan en la encrucijada de una población que demanda soluciones inmediatas a su malestar, de la industria farmacéutica y de muchos psiquiatras que les presionan para que prescriban más antidepresivos y de unos gestores que exigen resultados en menos de 5 min por paciente.

A. Ortiz Lobo^a y C. Lozano Serrano^b

^aPsiquiatra. Centro de Salud Mental de Salamanca. Área 2. Madrid. España.

^bPsiquiatra. Centro de Salud Mental de Torrejón. Área 3. Madrid. España.

1. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003;5:47-53.
 2. Dowrick C. *Beyond depression. A new approach to understanding and management*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
 3. Ortiz Lobo A. Consultas sin patología en un centro de salud mental [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2004.
 4. Dowrick C, Buchan I. Twelve month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? *BMJ*. 1995;311:1274-6.
 5. Goldberg D, Privett M, Üstun B, Simon G, Linden M. The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *Br J Gen Pract*. 1998;48:1840-4.
 6. Healy D. Lines of evidence on the risks of suicide with selective serotonin reuptake inhibitors. *Psychother Psychosom*. 2003;72:71-9.
 7. Casey P, Dowrick C, Wilkinson G. Adjustment disorders. *Br J Psychiatry*. 2001;179:479-81.
-