

MESA PAPPS

Prevención cuaternaria en el tratamiento del malestar

Moderador:

A. Martín Zurro

Presidente del Organismo de Coordinación del PAPPS. Editor de la revista Atención Primaria.

Ponentes:

M. Martín-Rabadán Muro

Médico de Familia. ABS Can Misses, Ibiza. Coordinadora del Grupo de Mejora del PAPPS.

M.C. Fernández Alonso

Médico de Familia. Especialista en Medicina Interna. Servicio de Coordinación Sociosanitaria, Consejería de Sanidad de Castilla y León, Valladolid. Coordinadora del Grupo de Salud Mental del PAPPS y de Violencia Familiar de la socalemFYC.

A. Ortiz Lobo

Psiquiatra. Servicios de Salud Mental del Área 2, Madrid.

Apúntate al PAPPS: avanzando hacia una nueva etapa

M. Martín-Rabadán Muro

Después de 20 años de trabajo, los profesionales que iniciamos el PAPPS sentimos la necesidad de realizar una serie de modificaciones para adaptarnos a los tiempos actuales, en definitiva: mayor accesibilidad, con respuestas más ágiles a nuestros usuarios: profesionales y administración sanitaria, e incluso a pacientes (usuarios).

Las ideas que motivaron la creación del Programa PAPPS siguen vigentes en la actualidad:

- Las actividades preventivas deben realizarse de forma habitual en el trabajo diario de la atención primaria (AP).
- Crear una base de evidencia científica en cuanto a la realización de actividades preventivas, y generar recomendaciones para la práctica clínica.
- Evaluar las actividades preventivas que se realizan y su impacto en la salud de los pacientes.

En la actualidad, el escenario sanitario español ha cambiado en diversos aspectos:

- Las actividades preventivas han sido incluidas como parte de las cartaras de servicio por la mayoría de los servicios de salud autonómicos.
- Existe una necesidad de información sobre el tipo de actividad preventiva a realizar por parte de los profesionales sanitarios en el ámbito de la AP. Dicha necesidad de información debe ser satisfecha “al instante”, por lo cual internet se ha convertido en la fuente principal de información.
- Los usuarios también buscan fuentes de información fidedignas sobre temas en prevención
- La evaluación de la realización de actividades preventivas la realizan los diferentes servicios autonómicos de salud, siendo heterogéneas y diversas.

Es evidente la influencia del PAPPS en dichas situaciones, y es mérito de todos los integrantes de este programa, que los servicios de salud autonómicos hayan incluido en su cartera de servicios la realización de actividades preventivas.

Así pues, en un análisis realizado sobre la evolución del PAPPS en estos años muestra que la idea original del programa de “que los profesionales sanitarios realicen actividades de tipo preventivo en sus consultas habituales”, sigue vigente, pero no la forma en que les llega esta información. La otra idea original del PAPPS –“evaluar la realización y el impacto de dichas actividades”– también sigue vigente, pero evidentemente, la informatización (y la disparidad de modelos de informatización de las consultas) ha hecho que también sea perentorio modificar dichas evaluaciones. La tercera parte de la idea original del PAPPS, la de “promover un cuerpo de evidencia que apoye la realización de actividades y su temporalidad o idoneidad de aplicación” es aún necesaria. Pero se debe modificar la forma en que ésta es actualizada y la forma en la que llega a los profesionales o incluso usuarios que la precisan.

Por otra parte, y como evolución negativa de la AP, los profesionales sanitarios están sobrecargados de información sobre actividades preventivas que en muchas ocasiones son contradictorias o no del todo independientes de intereses comerciales.

Aunque el PAPPS sigue vigente en cuanto a sus ideas básicas originales, los requisitos de “referente”, actualización y respuesta rápida a las necesidades de los profesionales no son los que actualmente el PAPPS ofrece a los profesionales sanitarios.

La idea sigue actual, pero el método es obsoleto.

En un plano diferente, pero importante, se halla la inminente creación del Grupo Español de Actividades Preventivas, fruto de la conferencia sobre actividades preventivas que se realizó en junio de 2007, donde se incluirán más de 20 sociedades científicas del estado español. Para su desarrollo, vemos muy necesarias las mejoras propuestas del PAPPS, para que siga siendo el referente de la prevención desde AP.

Ante todos estos hechos, se hace perentorio para mantener y seguir mejorando la idea que inició el PAPPS, que se adapte –evolucione– a los requerimientos de sus “clientes”, los profesionales sanitarios de atención primaria, y la Administración Sanitaria.

Se plantean los siguientes objetivos:

- Llegar a todo tipo de profesionales que actúan en el ámbito de la prevención y promoción de la salud, sobre todo, pero no exclusivamente, en la APS.
- Mantener el liderazgo como referente nacional ante los profesionales sanitarios, las unidades docentes de MFyC, la Administración Sanitaria y la población.
- Crear y fomentar el uso de una herramienta accesible y actualizada.
- Dar la respuesta necesaria a los profesionales que actúan a nivel de APS para que puedan conocer el impacto de sus actuaciones.
- Homogeneizar las actividades preventivas a realizar, su registro y la evaluación de dichas actividades, así como su impacto en la salud.

Metodológicamente se propone alcanzar dichos objetivos a través de 3 grandes cambios:

- La adscripción individual al PAPPS además de mantener la adscripción actual de los equipos de atención primaria.
- La creación de una página web interactiva como punto de conjunción de los profesionales, de los expertos en las diferentes áreas de la prevención, e incluso en un futuro inmediato de los pacientes.
- Formación, investigación, evaluación y acreditación.

La justificación de estas propuestas metodológicas está basada en los siguientes motivos:

- Frecuente cambio de puesto de trabajo de los profesionales sanitarios y de la composición de los equipos, que hace difícil mantener el compromiso de los equipos de atención primaria.

- Necesidad de incluir en el PAPPS a otros profesionales que actúan a nivel de AP y a aquellos que no ejercen su actividad principal en la consulta o en el área asistencial (profesionales que trabajan en urgencias, docentes, administración, hospitales...).
- Necesidad de dar respuesta a las demandas de formación en actividades de prevención a los profesionales, mejorando la accesibilidad (especialmente a los que no se hallan en el área asistencial: técnicos de salud, coordinadores de unidades docentes, directivos, etc.).
- La innegable evidencia de que los incentivos personales son mas motivadores que los grupales, al igual que la intensidad del compromiso individual frente al grupal, y la facilidad para conocer objetivamente tanto los conocimientos como las actividades de los individuos frente a los grupos.
- El uso de las herramientas informáticas disponibles hoy en día facilitan el desarrollo de una herramienta en forma de página web que permite la comunicación ágil, fácil e integrada en las consultas o despachos de los integrantes del PAPPS. Una web para que sea visitada debe proporcionar material actualizado frecuentemente y servicios que ofrezcan un valor añadido al visitante.

Violencia de género. Retos, controversias y propuestas de actuación para los servicios de salud

M.C. Fernández Alonso

La violencia de género ha pasado tan sólo en algunas décadas de ser un problema sin nombre, apenas identificado como tal por los profesionales sanitarios, a ser considerado como un grave problema de salud pública debido a las devastadoras consecuencias que tiene sobre la salud de las mujeres y de sus hijos, sin olvidar que constituye un atentado a los derechos elementales de la persona a la dignidad, a la libertad y a la salud.

En los últimos años hemos empezado a conocer la magnitud del problema, a destapar la parte oculta del iceberg y sorprende ver el incremento de denuncias, que en el último año han superado las 100.000, aunque parece que éstas son sólo una pequeña parte de los que realmente existen (apenas el 10%) y son más de 70 las mujeres muertas en el mismo período a manos de su pareja.

Para hacer frente a este reto social y sanitario resulta imprescindible el compromiso de los gobiernos que formulan las leyes, que determinan las prioridades de intervención y que deciden los recursos para desarrollar programas de actuación. Asimismo, es necesaria la implicación de las distintas instituciones de los diversos sectores implicados, entre ellos el sanitario; sólo una intervención multisectorial, en la que los profesionales de las distintas instituciones trabajen de forma coordinada, hará posible una respuesta eficaz ante este complejo problema social y sanitario que es la VG.

Los profesionales de la salud vamos avanzando en la aceptación de nuestro papel en el problema, pero no resulta una tarea fácil y nos enfrentamos a muchas resistencias y no pocas dudas. ¿Qué podemos hacer? ¿Cómo prevenir el maltrato? ¿Cómo detectar precozmente? ¿Cómo minimizar las consecuencias?

Hasta ahora la actuación de los servicios de salud ha sido fundamentalmente reactiva y orientada únicamente a la atención tras el diagnóstico. Es especialmente necesaria una atención integral y un abordaje integrado, es decir que tenga en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y que además contemple una estrategia de intervención en 3 niveles de actuación:

Prevención primaria. Tiene como objetivo disminuir la incidencia actuando sobre las causas y factores favorecedores. Las causas de la violencia son complejas y asientan en el tejido social; asientan en los valores, las ideas, la cultura de una sociedad, por ello es difícil incidir en ellas o modificarlas, pero no imposible. Como afirma Nelson Mandela, cuando prologa el informe mundial sobre violencia y salud de la OMS (2002): “muchas personas creen que la violencia es consustancial con la condición humana, pero no es así; es posible prevenirla, así como reorientar las culturas en las que impera. Los gobiernos, las comunidades y los individuos pueden cambiar la situación; tenemos ejemplos en mi país y en el mundo de que contrarrestar la violencia es posible”.

Toda estrategia frente a la violencia contra la mujer debe sustentarse en 4 ejes de intervención⁶:

- Prevención.
- Diagnóstico precoz.
- Adaptación a las realidades particulares.
- Intervención ante el caso detectado.

- En el campo social, sanitario, psicológico y judicial.
- Prever las condiciones y poner los recursos para el éxito de la intervención.

- Puesta en marcha, seguimiento y evaluación de la intervención.

Sabemos que la *prevención primaria* es compleja, es un verdadero reto social, las posibilidades de intervención de los profesionales sanitarios este tipo de prevención son limitadas. Si queremos erradicar la VD en nuestra sociedad es imprescindible la actuación con los niños y niñas desde las edades tempranas, educándoles en la igualdad y el respeto a las personas y a sus diferencias, en la resolución de conflictos mediante la palabra y el diálogo, en los valores de la solidaridad, el respeto y la tolerancia, donde la violencia no tenga un lugar. Para ello es necesaria la intervención desde la familia, los centros educativos, los medios de comunicación, etc. desde la sociedad; también desde los servicios de salud aunque nuestro papel sea modesto, identificando situaciones de riesgo y vulnerabilidad, a través de la educación para la salud y el consejo a los adolescentes y jóvenes; asimismo, la actuación ante el maltrato en la pareja puede ser una medida de prevención primaria del maltrato transgeneracional.

Prevención secundaria. La *detección precoz* es una misión clave e insustituible para los profesionales de atención primaria; sin embargo, las recomendaciones dirigidas a detectar precozmente en el ámbito sanitario han sido hasta ahora tímidas e insuficientes. El debate suscitado sobre el cribado de la VG nos parece un tanto artificial y estéril. Se están utilizando los patrones del cribado de procesos biomédicos no siempre trasladables a los problemas sociosanitarios, como la VG, para decidir si está avalado por la evidencia preguntar a una mujer si está sufriendo violencia en su relación de pareja.

Existen diferencias substanciales en el cribado cuando se trata de aplicarlo a enfermedades biomédicas o a problemas psicosociales; sin embargo, la aplicación rígida de estos criterios a determinados problemas de salud podría no tener la misma validez.

Veamos algunas diferencias.

Objetivo del cribado: adelantar el diagnóstico a una fase preclínica de la enfermedad, que posibilite mejorar el pronóstico.

Si comparamos una enfermedad biomédica como el cáncer de mama con un problema sociosanitario, como es la violencia contra la mujer, y pretendemos aplicar el cribado para su detección, observamos diferencias notables a la hora de aplicar los criterios aceptados para su indicación (tabla 1).

Vemos que hay diferencias notables que nos obligan a reflexionar antes de tomar una postura. Los criterios que habitualmente utilizamos para decidir o no una estrategia de cribado no pueden aplicarse de una forma rígida.

Parece que la cuestión no es tanto *si preguntar o no preguntar* a una mujer si está viviendo una situación de maltrato. Cuando se trata de un problema *que ya existe*, que ya está sufriendo la mujer, parece claro que *hay que preguntar*, tenemos que detectar y hacerlo lo más precozmente posible.

Saberlo posibilitará actuaciones positivas. El coste de la prueba es sobre todo el tiempo, y los posibles efectos adversos son sin duda menores a los beneficios esperados.

Quizás el planteamiento no sea tanto si preguntar o no, sino *¿cuál es la mejor manera de preguntar? ¿Cuál resulta más aceptable para las mujeres y para los profesionales? ¿Cómo identificar conductas de maltrato de “baja intensidad”, conductas de control, que podrían considerarse la fase preclínica del maltrato?* Se han probado diversos cuestionarios y validado alguno de ellos, pero aún está por demostrar si su rendimiento es o no superior a la entrevista clínica abierta o semiestructurada. O *¿cómo valorar el nivel de riesgo?* Qué preguntas hacer y conocer la validez de las mismas, aspecto clave para la toma de decisiones del profesional.

¿Cómo identificar diferentes aspectos del maltrato? Y, sobre todo, *¿cómo actuar una vez detectado el problema?*

Las preguntas exploratorias que muchos expertos aconsejan para preguntar por la posibilidad de malos tratos (*¿cómo están las cosas en casa, algún problema con su pareja o hijos? ¿Cómo son las relaciones con su pareja?*) corresponden a las que se proponen para el abordaje psicosocial en cualquier historia clínica de mujer o de hombre. Si éstas son positivas, seguir preguntando de forma más directa por la existencia de malos tratos, tipo, evolución, etc.

En algunos casos, como algunos estudios revelan, que el profesional no pregunte puede deberse a la inseguridad, al miedo a qué hacer después, al miedo a implicarse y tomar postura ante un problema ante el que no vale la “neutralidad”, que exige tomar postura.

Y para un profesional sanitario, sobre todo para el médico, puede resultar más aceptable utilizar la ausencia de evidencia científica como argumen

TABLA
1

	Cáncer de mama	Maltrato a la mujer
Justificación	Magnitud del problema (gravedad y extensión) Infradetección. Retraso en el diagnóstico Consecuencias en la salud de los hijos Repercusión social	Magnitud del problema (prevalencia y gravedad)
Objetivo del cribado	Conocer si existe cáncer (en fase preclínica)	Saber si está sufriendo maltrato (ya no hablamos de fase preclínica)
Diferencias respecto al conocimiento del problema	Ni el médico/a ni la mujer conocen su existencia	La mujer lo sabe (en general). El médico/a no
Herramienta de cribado	Mamografía	Preguntas a la mujer: mediante ¿entrevista clínica no estructurada o semiestructurada? Cuestionario específico?, etc
La efectividad del cribado depende fundamentalmente de	Medios técnicos, experiencia de radiólogo que interpreta la RX	Relación de confianza con la mujer, forma de preguntar, del contexto de la intervención
Diferencias respecto al papel de la herramienta	El conocimiento (para ambos) depende de la validez de la prueba diagnóstica: mamografía	El conocimiento para el médico depende de la voluntad de la mujer de compartir o no esa información al ser preguntada
Conocer el problema puede:	Mejorar el pronóstico: disminuir la mortalidad (algunos estudios lo han demostrado)	Posibilidad:
		Compartir el problema
		Evitar consecuencias
		Evitar nuevas agresiones
		Ayudas para la mujer y para los hijos
Efectos adversos	Falsos positivos: etiquetado, ansiedad, pruebas cruentas innecesarias Falsos negativos: falsa seguridad, demora diagnóstica	Mejorar el pronóstico: aunque aún no dispongamos de estudios que hayan demostrado la disminución de la mortalidad, y aunque la mejora del pronóstico sea sólo posible
		Falsos positivos: sólo si hay voluntad de engaño (perjuicio para el supuesto agresor) Falsos negativos: cuando la mujer no quiere decirlo, o no reconoce como tal conductas de maltrato Riesgos: desvelar el problema puede afectar a la seguridad de la mujer si no se toman las medidas necesarias para evitar riesgos
		No detectarlo se ha demostrado que incrementa aún más el riesgo
Aceptabilidad	Aceptable para la mujer y para los profesionales	Aceptable para la mujer. Los profesionales reconocen numerosas barreras

to para no actuar que reconocer las verdades barreras que tienen que ver con prejuicios, creencias, inseguridad, la ausencia de recursos, o porque nos resulta incomodo o desagradable; la ausencia hacia los cercanos, esposas, hijos, ancianos, produce a veces desagrado, e incluso rechazo. Compartimos el criterio de que las decisiones en problemas de salud deben estar fundamentadas en evidencias científicas que garanticen la eficacia de las intervenciones, y que el beneficio esperado supere los posibles efectos adversos y que, además, debe estar asegurada la capacidad de respuesta del sistema a las necesidades detectadas. Sin embargo, las dificultades en la incorporación de medidas más activas para la detección y atención a la VG por los profesionales sanitarios y también los resultados de algunos estudios nos hacen pensar que pueda estar influyendo la resistencia de los profesionales y sería importante conocer las causas. La inseguridad en el manejo, la dificultad en el abordaje de problemas sociosanitarios, miedo a ofender a la mujer, la percepción de ausencia de recursos para dar respuesta, el miedo a implicarnos, la falta de tiempo, el temor ante las obligaciones legales, son algunas de las razones que los profesionales han dado en diferentes estudios. Tal vez estas razones pueden estar detrás de la baja aceptabilidad por los profesionales a la práctica del cribado de la VG, bien aceptada sin embargo por la mujer.

Evaluar la efectividad del cribado en VG es siempre complejo. No es sólo constatar la disminución de la mortalidad directa o indirecta por esta causa (no olvidemos la elevada tasa de suicidio en mujeres víctimas de maltrato), sino también la disminución de la abundante morbilidad secundaria al maltrato tanto en la mujer como en los hijos; es también valorar los cambios en la calidad de vida de esas familias y los costes del maltrato en años de vida perdidos, de las secuelas físicas y psicológicas en mujer e hijos, de la discapacidad, del absentismo laboral, de la hiperrutilización de los servicios sanitarios, sociales, jurídicos, etc., además de las vivencias de miedo, aislamiento y sufrimiento de familias, consecuencias éstas mucho más difíciles de traducir a cifras. Aunque no dispongamos aún de evidencias sólidas que aseguren que es mejor detectar el maltrato que no hacerlo, –sin duda por la aún escasa trayectoria investigadora ante un problema relativamente reciente como “problema de salud”– hay cosas en las que el sentido común, la ética profesional y los criterios básicos de buena práctica están por encima de apriorismos científicos, que a veces pueden llevarnos a confundir los medios con el fin. Siempre es bueno conocer la existencia del problema, es el primer paso para poder intervenir, investigando a la par la mejor manera de preguntarlo, de detectarlo, y evaluando cuáles son las intervenciones más efectivas.

Se conocen hechos que nos permiten iniciar actuaciones con la razonable seguridad del beneficio para las víctimas y las familias.

- Compartir el problema con un profesional tiene en sí mismo un efecto terapéutico y abre caminos a posteriores ayudas.
- El permitirle reconocerse víctima, reconocer el abuso, dar nombre al problema y hacerlo visible; es el primer paso que posibilita el inicio del cambio y de la recuperación tras vivencias de maltrato prolongadas.
- Una respuesta profesional positiva y comprensiva puede mitigar el impacto psicológico, una respuesta hostil o indiferente puede agravarlo.
- El apoyo psicológico y social se ha identificado como factor de protección que puede evitar la evolución de una situación de maltrato a problemas psicopatológicos graves.
- Los posibles riesgos secundarios a la detección del problema pueden minimizarse mediante la información a la mujer y el establecimiento de un plan de seguridad que se ajustará a la situación de la mujer y a la valoración de riesgos realizada.
- Desvelar el problema posibilita la puesta en marcha de medidas de protección y apoyo para la mujer importantes no sólo para garantizar la seguridad de la mujer, sino porque el reconocimiento público de la culpabilidad al agresor mediante las acciones legales tiene una gran importancia para que la víctima recupere el sentido de la justicia y la confianza en la sociedad.

La actuación ante el diagnóstico (tratamiento y seguimiento), *prevención terciaria*, es una prioridad de intervención para los servicios sanitarios; sin embargo, los profesionales tienen dificultades para poder dar respuesta al problema una vez detectado ante la ausencia de itinerarios o vías de acceso ágiles para canalizar las necesidades sanitarias y sociales que en la práctica totalidad de los casos precisa una víctima de maltrato. Las carencias formativas de los profesionales en el manejo de la VG constituyen otro obstáculo.

Hoy, cuando en nuestro país se ha incluido la detección y atención a las víctimas de violencia de género en la cartera de servicios común para todas la CCAA, se hace particularmente necesaria la toma de medidas que permitan su implantación y desarrollo, ya que las normas por sí mismas no garantizan el éxito de una intervención.

Algunas actuaciones parecen imprescindibles para conseguir un desarrollo adecuado:

1. Capacitación de los y las profesionales implicados.
2. Contar con programas de actuación sustentados por protocolos consensuados y basados en la evidencia científica disponible.
3. Adaptar las intervenciones a las situaciones particulares (medio rural, inmigrantes, discapacitadas, etc.).
4. Coordinar intervenciones con otros profesionales, niveles asistenciales e instituciones.
5. Disponer de recursos para desarrollar todas estas medidas: recursos específicos para:
 - La atención a las víctimas una vez detectadas (sociales, psicológicos, etc.).
 - Facilitar la formación a los profesionales (sustituida, en horario laboral).
 - La supervisión y el apoyo de los profesionales ante casos o situaciones complejos.

Debe estar asegurada la capacidad de respuesta del sistema sanitario y social ante las nuevas necesidades, que inevitablemente surgirán cuando el nivel de detección aumente.

Reconocemos que se han dado pasos importantes. En las CCAA se están desarrollando programas de sensibilización y de formación aunque con grados de desarrollo heterogéneos, y aún alejados de la cobertura deseable.

Se ha elaborado un protocolo común de actuación adelante la VG para profesionales sanitarios, aprobado por el consejo interterritorial y liderado por el Ministerio de Sanidad, que supone un marco de referencia importante para la actuación de los profesionales sanitarios, y es necesario mejorar la coordinación y aumentar los recursos; sin embargo, y a pesar de estas carencias, son muchos y sólidos los argumentos que justifican un papel más activo de las y los profesionales sanitarios tanto en la detección como en la atención, y no podemos ignorarlos. Es necesaria una mayor implicación, un mayor compromiso, o tal vez, algún día quizás tengamos que explicar a los ciudadanos el porqué de nuestra pasividad ante un problema que es la primera causa de muerte en el mundo en mujeres en edad

fértil y que es una causa importante de morbilidad física y psicológica en mujeres que sufren maltrato y en sus hijos.

La psiquiatrización de la vida cotidiana

A. Ortiz Lobo

En los últimos años se está produciendo una expansión sin precedentes de la medicina que ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas, es lo que se ha denominado medicalización¹⁻⁵. Esto conlleva el aumento de pruebas diagnósticas y tratamientos que muchas veces acaban produciendo más daños que beneficios. Esta expansión de la medicina alcanza uno de sus máximos exponentes en el terreno de la salud mental. En este campo, la frontera que delimita lo normal de lo patológico es imprecisa y no existe un catálogo de prestaciones claro en la cartera de servicios de los servicios sanitarios públicos. Muchos profesionales están creando pseudotrastornos (*mobbing*, *bullying*, ortorexia, etc.) o amplían los márgenes de la enfermedad (en forma de trastornos subumbriles, estados prodrómicos, etc.) para abrirse nuevas puertas a su desarrollo profesional, obtener mayor reconocimiento, capacidad de influencia y poder, además de un incremento en sus ingresos. Los medios de comunicación y la población se hacen eco de que el sufrimiento psíquico, el malestar, es evitable mediante intervenciones técnicas sanitarias y en este contexto, el mercado para las empresas médico farmacéuticas está siendo ilimitado en psiquiatría y los beneficios de las patentes de antidepresivos y nuevos antipsicóticos así lo atestiguan^{6,7}.

Una de las consecuencias de esta psiquiatrización o psicologización de la vida cotidiana es que una cuarta parte de los pacientes que acuden a un servicio de salud mental derivados por su médico de cabecera no presentan un trastorno mental diagnosticable y la mitad de ellos ya tiene prescrito un psicofármaco⁸.

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades sanitarias que evitan o atenúan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario⁹; el fundamento es aquel principio hipocrático de *primum non nocere*. Si entendemos que no todo sufrimiento o malestar es una enfermedad, entonces tenemos que delimitar bien qué tratar y qué no. Si indicamos un tratamiento, implícitamente estamos tratando el problema del paciente como algo patológico, que se va a beneficiar de una intervención técnica sanitaria.

La clave estaría en saber si ante el problema humano que tenemos delante vamos a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad a tratar que si no fuera visto como tal¹. Esta consideración, tal vez más útil en otros ámbitos de la medicina, es prácticamente inservible en términos absolutos en salud mental, donde se abordan problemas complejos del terreno de las emociones, las ideas y las conductas. Aquí, los protocolos de intervención no están bien definidos y no hay tecnología para realizar una objetivación del problema. Es el profesional, con su bagaje técnico, su biografía y sus circunstancias personales y laborales, en su encuentro con un determinado paciente, el que inclina la balanza hacia el tratamiento o no, hacia la enfermedad o la normalidad.

Repercusiones del tratamiento del malestar

La repercusión social más importante de esta psiquiatrización o psicologización de la vida cotidiana es que se está extendiendo la creencia de que la gente no puede enfrentar las vicisitudes de la vida sin una asistencia profesionalizada, lo que genera en los individuos una actitud pasiva ante el sufrimiento. El problema colectivo del malestar (paro, precariedad laboral, desarticulación de las instituciones sociales, inmigración, etc.) se ha convertido en un problema de salud individual, en un problema privado. 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^{10,11}. Por otro lado, se está produciendo un cambio cultural en el significado del dolor, el sufrimiento y la muerte. Éstas ya no son experiencias esenciales con las que cada uno tiene que habérselas dentro de su sistema de significados ancestral, sino que la nueva cultura médica lo ofrece como problemas evitables¹². Con las nuevas promesas de la psiquiatría y la psicología ya no cabe tener sentimientos negativos o desagradables, por muy legítimos o adaptativos que sean. Ahora podemos obtener, si no la felicidad, cuando menos la anestesia.

Pero además de las repercusiones sociales y culturales están las más cercanas, las clínicas. Cuando indicamos una intervención psicoterapéutica

o psicofarmacológica, exponemos al paciente a efectos beneficiosos pero también indeseables¹³. La calidad de las intervenciones en todo caso sólo asegura que las cosas se hacen bien, pero no evita los efectos adversos de las cosas bien hechas. Cuando indicamos tratamiento a un paciente con malestar, que no presenta un trastorno mental, implícitamente le desresponsabilizamos de sus conductas y emociones que pasamos a gestionar nosotros, a través de un antidepresivo, por ejemplo. En este sentido, colocamos al sujeto como un espectador pasivo y enfermo ante los avatares de su vida y respaldamos su incapacidad para afrontarlos por sí mismo y favorecemos el debilitamiento de las redes tradicionales de contención: ya no tiene que contárselo a los suyos porque el médico de atención primaria ya se hace cargo. Desafortunadamente, la “ciencia del bienestar” está poco desarrollada, no tenemos datos ni información sobre si las intervenciones psicoterapéuticas o psicofarmacológicas mejoran el malestar de las personas, pero tratar el malestar no va a comportar más salud porque esta no depende básicamente de la asistencia y tampoco supone menos “enfermedad” porque buena parte de los problemas atendidos no tienen solución psicológica ni psiquiátrica¹⁴. Por último, tenemos que considerar los aspectos económicos del tratamiento del malestar. Nos guste o no, los profesionales somos responsables de gestionar los limitados recursos asistenciales de nuestro Sistema Nacional de Salud y tenemos que considerar qué pacientes necesitan mucho, quiénes menos y quiénes nada.

La indicación de no tratamiento

En este contexto, es importante reconsiderar y reivindicar la indicación de no tratamiento, que tiene elementos terapéuticos, ya que de alguna forma modifica la visión que tiene el paciente de sí mismo. El problema de la narrativa del paciente es considerarse “enfermo” y así, signos y síntomas de la normalidad los vive como algo patológico. En otras ocasiones, el sujeto no se considera como enfermo, pero presenta creencias y expectativas erróneas en torno a lo que puede obtener de recibir un tratamiento. Lo que buscamos en cualquier caso, es una nueva interpretación de sus síntomas, de sus expectativas. Considerar la indicación de no tratamiento como una intervención psicoterapéutica, además, le permite al profesional ver al paciente como alguien que necesita ayuda (para entender que no es un enfermo y no precisa tratamiento) y no como un usuario equivocado y al que hay que comunicarle el alta del servicio en un trámite burocrático. Probablemente esto le permitirá al paciente sentirse comprendido en su sufrimiento y no expulsado sin más del servicio sanitario y al profesional sentirse más cómodo con la intervención. Todo esto exige unas técnicas de entrevista y una estrategia particulares para poder hacer una entrevista empática y construir una versión con el paciente para luego poder deconstruirla y resignificarla. Lamentablemente, estos aspectos técnicos se des-

cuidan habitualmente en la formación de los médicos. Aunque la indicación de no tratamiento es una intervención frecuente, con relevancia clínica y que precisa del manejo de habilidades psicoterapéuticas no deja de ser llamativo que haya sido tan poco evaluada y dignificada¹⁵. Pero además de los importantes aspectos técnicos, esta intervención exige que seamos más críticos con nuestras herramientas terapéuticas, que podamos ser más humildes y no exijernos siempre “diagnosticar y tratar” si no ser capaces de movernos mejor en la incertidumbre y poder “esperar y ver”. Algo nada fácil cuando la sociedad actual atribuye a la medicina y a los médicos una extraordinaria omnipotencia que nos puede llevar a morir de éxito.

Bibliografía

1. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*. Verano; 2003. p. 47-53.
2. Gervas J, Pérez Fernández M. El auge de las enfermedades imaginarias (editorial). *FMC*. 2006;13:109-11.
3. Moynihan R, Smith R. Too much medicine? (editorial). *BMJ*. 2002;324:859-60.
4. Moncrieff J. Psychiatric imperialism: the medicalisation of modern living. <http://www.critpsynet.freeuk.com/sound.htm>
5. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002;324:886-91.
6. Ortiz Lobo A, Mata Ruiz I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Átopos*. 2004;2:15-22. http://www.atopos.es/pdf_03/yacsprimavera.pdf
7. Ortiz Lobo A. Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar. *Átopos* 2008;7:26-34 http://www.atopos.es/pdf_07/Los-profesionales-de-salud-mental.pdf
8. Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria*. 2006;38:563-9.
9. Gervas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006;20 Suppl 10:127-34.
10. Jervis G. *Manual Crítico de Psiquiatría*. Barcelona. Anagrama, 1977.
11. Rendueles G. Psiquiatrización de la ética. Ética de la psiquiatría: el idiota moral. En: F. Santander (coordinador) *Ética y praxis psiquiátrica*. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios; 2000.
12. Illich I. *Nemesis médica*. Barcelona. Barral, 1975.
13. Aranaz JM et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac Sanit*. 2006;20 suppl 1:41-7.
14. Segura A. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit*. 1999;13:218-25.
15. Ortiz Lobo A, Murcia García L. Aspectos psicoterapéuticos de la indicación de no tratamiento. En prensa.