

Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar

Alberto Ortiz Lobo*

Introducción

Hablar sobre el malestar nos hace presuponer que sabemos lo que es, que lo tenemos bien definido, pero las cosas no son tan claras. Para entendernos, en este trabajo llamaremos malestar a aquel sufrimiento psíquico legítimo, proporcionado, adaptativo y por tanto, no patológico, vinculado a los avatares de la vida cotidiana. Esto a su vez, nos llevaría a tener que definir qué es legítimo o no, cuánto es lo proporcionado en cada caso, si hasta cierto punto la enfermedad también es adaptativa, etc... y no hay consenso al respecto. El malestar se nos puede difuminar por los lados. Para resolver la distinción entre "normalidad" y malestar podemos apelar a la subjetividad y entender que un sujeto se encuentra mal cuando así lo siente, pero lo tenemos más complicado para trazar la frontera entre malestar y enfermedad. Este es un dilema que siempre será provisional porque la enfermedad tiene carácter de construcción social. La separación entre lo normal y lo patológico es coyuntural, depende del significado que le es atribuido en distintas épocas y entre distintas culturas. Determinar qué condiciones van a ser consideradas enfermedad corresponde a cada sociedad, que articulará un procedimiento de exención de obligaciones y provisión de tratamiento y cuidados encaminados a resolverla o paliarla¹. En última instancia, es en la consulta de los servicios sanitarios donde los profesionales sancionan qué es enfermedad y qué no.

En los países desarrollados, cada vez más se define la enfermedad ante simples síntomas o

signos, aspectos estéticos, presencia de factores de riesgo, por la probabilidad de padecer en el futuro una enfermedad o por el sufrimiento que provocan algunos alejamientos de la normalidad o del ideal^{2,3}. Esta expansión de la medicina, que ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas, es lo que se ha denominado medicalización. Este fenómeno de la medicalización de la vida cotidiana y, más concretamente, de la psiquiatrización o psicologización ha sido ya ampliamente analizado^{2,4-6} y en su proceso de desarrollo intervienen distintos agentes.

La industria farmacéutica y sanitaria participa en la ampliación de los límites de la enfermedad para poder expandir sus mercados allá donde pueda sensibilizar más a sus potenciales beneficiarios: aspectos estéticos, molestias fisiológicas o síntomas leves pero frecuentes, reducción de factores de riesgo o evitar las consecuencias de comportamientos no saludables a los que no se desea renunciar. Además, los medios de comunicación favorecen en la población la formación de expectativas que están por encima de la realidad, contribuyendo a generar la creencia en una inexistente medicina omnímoda. Por otro lado, el mayor nivel de vida suele ir unido a una cultura de consumismo (medicina incluida) por lo que en las sociedades más desarrolladas cada vez más se instala el rechazo de la enfermedad y la muerte, como partes inevitables de la vida. Por si fuera poco, desde la Administración y desde los gestores de servicios sanitarios se rehúye la definición explícita de las prestaciones incluidas y excluidas de las carteras de servicios y tampoco se aprecia interés en la implantación

* Psiquiatra. SSM de Salamanca, Área 2, Madrid.

de métodos para racionalizar la introducción de nuevos fármacos y tecnologías en los servicios sanitarios².

Pero son los profesionales los mayores protagonistas de este fenómeno. Sin su participación los demás agentes de la medicalización no conseguirían la respuesta deseada a sus demandas o la expansión de los límites de la enfermedad necesarios para el incremento de su mercado terapéutico. Es la mirada médica la que transforma objetos sociales específicos en categorías de enfermedad. Los profesionales, como comunidad científica, contribuyen desde su conocimiento a construir qué es enfermedad e, individualmente, en su práctica técnica diaria, sancionan lo que se debe tratar y lo que no².

Todo este fenómeno de la medicalización alcanza su máximo exponente en el terreno de la salud mental. En este campo, la tecnología que podría "objetivar" la enfermedad es precaria. No existe un catálogo de prestaciones claro en la cartera de servicios en los servicios sanitarios públicos. El mercado potencial para las empresas médico farmacéuticas está siendo ilimitado en la psiquiatría y los beneficios de las patentes de antidepresivos y nuevos antipsicóticos así lo atestiguan. Los medios de comunicación y la población se hacen eco de que el sufrimiento psíquico, el malestar, es evitable mediante intervenciones técnicas sanitarias. Finalmente, algunos profesionales están colonizando campos pseudoespecializados (desde el mobbing al bullying pasando por la ortorexia) o amplían los márgenes de la enfermedad (en forma de trastornos subumbrales, estados prodrómicos...) para abrirse nuevas puertas a su desarrollo profesional, obtener mayor reconocimiento, capacidad de influencia y poder, además de un incremento en sus ingresos.

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre el papel de los profesionales de salud mental en el tratamiento del malestar, las implicaciones clínicas y asistenciales derivadas, así como las alternativas posibles.

Marco terapéutico

Una vez que la definición de enfermedad mental y la frontera entre lo normal y lo patológico es provisional, fluctuante y sometida a intereses políticos, económicos y sociales configurando así las distintas clasificaciones nosológicas¹ (¿qué nos deparará la CIE-11 y el DSM-V?), tal vez sea más útil hacer un abordaje de esta problemática desde un punto de vista distinto al psicopatológico. Es finalmente el tratamiento el que sanciona la enfermedad por lo que puede ser más interesante analizar los condicionantes y consecuencias de hacer esta indicación.

A pesar de los intentos por objetivar la enfermedad mental, los índices de concordancia entre profesionales de la salud mental a la hora de hacer un diagnóstico es extraordinariamente bajo ya que la subjetividad y prejuicios del terapeuta son determinantes⁷. La interpretación de los síntomas en salud mental nos aleja más que a cualquier otro profesional del sueño de la medicina de objetivar la dolencia de nuestros pacientes. El diagnóstico y tratamiento en salud mental reposa en el encuentro intersubjetivo único entre paciente y terapeuta. Si entendemos que no todo sufrimiento 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.

Un aspecto crucial a la hora de analizar el tratamiento del malestar es el ámbito asistencial. Si el encuentro paciente-terapeuta se realiza en un contexto privado, la opinión del paciente es fundamental en la indicación de tratamiento. El acto clínico está mediado por un aspecto mercantil y el paciente puede solicitar consumir una psicoterapia o una pastilla para levantar el ánimo. La demanda de tratamiento casi se identifica con su indicación. El papel del profesional puede perder relevancia en esa decisión (aunque tal vez ética-

Si entendemos que no todo sufrimiento 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.

La clave estaría en saber si ante el problema humano que tenemos delante vamos a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad que si no fuera tratado como tal.

mente no debería ser así) y llegar a convertirse en un expendedor de escucha o prescripción mercenarias⁸. Las reflexiones de este trabajo no van especialmente dirigidas a este ámbito privado.

En un contexto público en cambio, donde los profesionales gestionan los recursos sanitarios para elevar la salud mental de la población, es fundamental la correcta distribución de esos recursos y es inaceptable el dispendio de tiempo y dinero en problemas que no se van a beneficiar de intervenciones sanitarias. En este contexto se suma al compromiso clínico y ético con el paciente, el compromiso con la sociedad en la medida en que somos sus representantes sanitarios.

La clave estaría en saber si ante el problema humano que tenemos delante vamos a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad que si no fuera tratado como tal². 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 (ni siquiera para los psicofármacos), la objetivación del problema se intenta hacer en ocasiones de forma ingenua a través de tests (¡qué lejos queda de la biopsia!) y por tanto, la investigación sobre el impacto de las intervenciones clínicas en estos casos fronterizos lamentablemente apenas existe. 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.

Ante esta decisión, es imprescindible conocer lo mejor posible los pros y contras, los posibles beneficios así como la iatrogenia de indicar tratamiento, porque en ningún caso se trata de una intervención baladí. Aun no está resuelto si hay que proporcionar o no tratamiento en salud mental a todo paciente con malestar que lo demande, por el simple hecho de hacerlo. Analizar esta

polémica nos puede ayudar a tomar esta decisión al menos con mayor criterio.

¿Por qué habría que tratar el malestar?

Hay muchos argumentos y tendencias que respaldan el tratamiento del malestar, de cualquier sufrimiento psíquico por el que el paciente consulta. Todos parten de una filosofía común, la posibilidad de hacer sentir mejor a las personas aplicando unas técnicas propias de expertos, en este caso de especialistas no solo en enfermedades, sino en saber cómo vivir mejor la vida. El objetivo de los servicios sanitarios no es otro que procurar la salud de sus ciudadanos y esta fue definida por la OMS en 1946 como el bienestar físico, psíquico y social⁹. Es una perspectiva positivista, que confía en que la ciencia aplicada puede aliviar el sufrimiento que inevitablemente aparece en el enfrentamiento consciente con la realidad. En el caso de la salud mental, esta optimista perspectiva terapéutica se desarrolló en el contexto de la reforma psiquiátrica que desestigmatizaba a los psiquiatras como únicamente los médicos de los locos y acercaba el tratamiento de lo psíquico a los equipos de atención primaria y salud mental, popularizándose así las psicoterapias y los psicofármacos¹⁰. Estas son las herramientas básicas de los profesionales de salud mental y su sustento teórico no encuentra fronteras en el tratamiento de cualquier síntoma o sufrimiento psíquico.

Desde un punto de vista psicoterapéutico, no hay apenas obstáculos para tratar a cualquier paciente que lo demande. En cualquier teoría psicoterapéutica siempre hay margen para indicar un tratamiento. Siempre habrá que modificar alguna conducta mal aprendida, creencias irracionales o pensamientos automáticos susceptibles de una reestructuración cognitiva, mecanismos de defensa poco maduros que esconden conflictos inconscientes que habrá que desvelar, dinámicas

familiares sujetas a leyes no explicitadas que será conveniente trabajar o angustias existenciales por analizar. La indicación de psicoterapia está determinada más por la motivación del paciente que no por la falta de posibilidad de un trabajo terapéutico.

La psicofarmacología también tiene expectativas casi ilimitadas en su capacidad de mejorar cualquier síntoma o malestar psíquico. Incluso hay autores que proponen el desarrollo de una subespecialidad denominada "psicofarmacología paliativa" que se encargaría de aliviar el malestar derivado de vivir. Defienden el empleo de psicofármacos adaptados a cada paciente para optimizar la calidad de vida subjetiva. El objetivo de esta especialidad no sería inducir euforia en los pacientes (como haría la cocaína) sino mejorar síntomas desagradables (como postulan que haría, por ejemplo, el Prozac®). Desde su punto de vista, hay que atender al paciente siempre que subjetivamente plantee cualquier malestar: él ejerce de árbitro de los resultados terapéuticos y el médico tiene el papel de informar, aconsejar y prescribir¹¹.

Además del planteamiento puramente técnico que respalda el tratamiento del malestar, hay planteamientos asistenciales que también lo avallan. La prevención primaria individual, por ejemplo, también justifica el tratamiento de pacientes sin una enfermedad mental diagnosticable. Se basa en que en aquellos casos donde se sospecha que los factores de riesgo y de vulnerabilidad se conjugan en el posible desarrollo de un trastorno mental es necesaria una intervención terapéutica. El paciente está sano, pero desde esta perspectiva, precisa un tratamiento profiláctico.

Incluso más allá de la prevención y la promoción, hay una oferta asistencial basada en potenciar la salud, en el crecimiento y desarrollo estético del individuo, de su cuerpo y su psique. En el extremo aparece el coaching, esos guías personalizados en lo psicológico que ayudan y aconsejan al cliente en sus distintas opciones profesiona-

les y personales para sacarle el mayor rendimiento posible a su vida¹², pero en un nivel más cercano, la terapia de aconsejamiento (counselling) y de apoyo tiene un planteamiento parecido, de desarrollo de la parte más "sana" del paciente cuando tiene que adaptarse a las vicisitudes de la vida¹³.

En definitiva, los profesionales nos encontramos en un contexto sanitario donde un paciente que sufre y se siente mal, aunque no pueda ser diagnosticado estrictamente de una enfermedad mental, demanda nuestra ayuda, creemos que disponemos de herramientas para hacerlo y no nos falta vocación para ello. ¿Por qué no habríamos de tratar el malestar?

¿Y por qué no habría que tratarlo?

En oposición a lo anterior, existe una perspectiva terapéuticamente más conservadora, que podría estar basada en aquel principio hipocrático de *primum non nocere*. No se trata de un punto de vista novedoso, Ivan Illich ya advertía de los peligros de la medicalización hace casi 30 años y analizaba la iatrogenia que producen los tratamientos médicos¹⁴.

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. Con esta ideología se prepara a la gente para consumir, no para actuar. Más aún, como el malestar individual frecuentemente es fruto de una contradicción social, esta se oculta en el momento que este sufrimiento es recluido en un espacio técnico, aparentemente neutral¹⁵. El problema colectivo del malestar (paro, precariedad laboral, inmigración, desarticulación de las instituciones sociales...) se ha convertido en un pro-

Como el malestar individual frecuentemente es fruto de una contradicción social, esta se oculta en el momento que este sufrimiento es recluido en un espacio técnico, aparentemente neutral.

La calidad de las intervenciones en todo caso solo asegura que las cosas se hacen bien, pero no evita los efectos adversos de las cosas bien hechas.

blema de salud individual, en un problema privado. Es más fácil cambiar los propios deseos que el orden del mundo y, cuando las opciones económicas, sociales y políticas se encuentran fuera del sujeto, lo psicológico se halla dotado de una realidad si no autónoma, sí al menos autonomizada. 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^{15,16}.

Por otro lado se está produciendo un cambio cultural en el significado del dolor, el sufrimiento y la muerte. Estas 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 evitables¹⁴. 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. Con el terapeutismo exagerado que acarrea la medicalización, se expone cada vez más a los pacientes a más intervenciones. La actividad del sistema sanitario es uno de los factores de riesgo más importantes desde el punto de vista de la salud pública dadas la frecuencia y gravedad de sus efectos adversos¹⁷ y, evidentemente, las intervenciones en salud mental no escapan a esto. Cuando indicamos una intervención psicoterapéutica o psicofarmacológica, exponemos al paciente a efectos beneficiosos pero también indeseables. La calidad de las intervenciones en todo caso solo asegura que las cosas se hacen bien, pero no evita los efectos adversos de las cosas bien hechas, así que se trata de un problema de calidad pero también de cantidad. Así ha surgido la prevención cuaternaria, que trata

de evitar el uso innecesario de las intervenciones sanitarias y que debería primar sobre cualquier opción preventiva y curativa si lo primero que queremos es no dañar a nuestros pacientes¹⁸. Esta consideración pone en tela de juicio también a la prevención primaria individual. Aunque puede ser importante en algunos casos, no nos puede hacer olvidar los efectos adversos que produce ni tampoco que también hay una perspectiva social o colectiva de la prevención aun más importante y que ahorraría muchas de esas prevenciones individuales. En cualquier caso, la prevención individual no suele ser tarea de los equipos de salud mental sino de atención primaria, que es el dispositivo de la "red profesionalizada" con el que contactan mayor número de ciudadanos a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos¹⁹.

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. No hay investigaciones epidemiológicas que nos digan si el pronóstico del malestar mejora con las intervenciones y si el balance riesgo-beneficio es positivo²⁰. 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 psiquiátrica²¹.

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. Un sistema que no tiene recursos para tratar la enfermedad más prevalente, la caries, tal vez no pueda permitirse tratar el malestar, ni siquiera aunque encontráramos un tratamiento eficaz.

El papel de los profesionales de salud mental

Si el paciente acude a los servicios de salud mental es porque su malestar tiene un significado "médico" promovido por la cultura actual. Antes la cultura aportaba significados distintos que permitían afrontar el malestar en otros contextos, sin ninguna necesidad de medicalizarlo. ¿Podemos pretender cambiar esto? ¿Nos toca asumir sin más esta demanda y el papel que se nos otorga en esta sociedad individualizada?

Los profesionales de la salud mental son los principales agentes de la psiquiatización-psicologización de la vida. La ampliación de los límites de las enfermedades mentales o la aparición de otras nuevas está respaldado por profesionales, solos o unidos en sociedades científicas y muchas veces financiados por la industria farmacéutica y empresas sanitarias. En estas zonas de incertidumbre entre lo normal y lo patológico las recomendaciones de expertos y sus guías clínicas se convierten en las fuentes de información fundamentales².

De esta manera, como buena parte de la investigación está sesgada por los intereses económicos, hemos asistido en los últimos años a la creación de la fobia social como la tercera enfermedad mental más prevalente, a la epidemia de la depresión²² o de los trastornos por déficit de atención e hiperactividad en la infancia²³ (y en el adulto) y nos está tocando asistir a la expansión del espectro bipolar que nos va a convertir en presuntos consumidores de eutimizantes y más antidepressivos²⁴, al espectacular aumento de las víctimas de acoso laboral que precisan psicoterapia²⁵ y de los niños con síndrome de alienación parental que no pueden salir adelante sin su psicóloga infantil²⁶. A pesar de todo, hay casos aislados que resisten esta tendencia: desde hace unos años una alianza de profesionales expertos y la industria farmacéutica pretende crear una nueva enfermedad con una prevalencia extraordinaria,

la disfunción sexual femenina. Pero el, por ahora, fracaso de su intento, no tiene tanto que ver con el cuestionamiento crítico de los profesionales sino especialmente con el de las asociaciones feministas²⁷.

En estas circunstancias, la situación de los profesionales de la salud mental no es sencilla. La demanda creciente de la población en nuestras consultas esperando el alivio de su sufrimiento es el puntal de una presión social que nos exige una respuesta inmediata, eficaz y para todo. Por otro lado, afortunadamente dudamos en muchas ocasiones de nuestras capacidades terapéuticas cuyas limitaciones chocan, además, con nuestra vocación de ayuda. Finalmente, la decisión de indicar o no tratamiento está determinada en buena medida por el profesional, como hemos visto, por su personalidad, su biografía, su formación profesional y por las circunstancias laborales y vitales concretas. Su responsabilidad es determinante en esta circunstancia ante el paciente y, de forma implícita, en contribuir a la psiquiatización o no.

Sin embargo, sí que podemos hacer cosas para resolver este dilema de la mejor manera posible. Los profesionales de la salud mental podemos desarrollar una mayor actitud crítica con la información "científica" habitual, siempre llena de novedades prometedoras que, con el paso de los años, pocas veces se materializan en fructuosos avances en la asistencia clínica. Por otro lado, tenemos que reconsiderar el daño que podemos infligir a nuestros pacientes con nuestro deseo de ayudarles y replantearnos, cada vez, si el considerarlos enfermos va a ser lo más beneficioso para ellos. Nadie dudaría en tratar a un paciente con una depresión mayor y sancionarlo así, como enfermo, de la misma manera en que tampoco se nos debería ocurrir indicar tratamiento en un duelo normal, aunque nos lo demanden. Lógicamente, no hay una respuesta así de clara en los casos fronterizos, cada profesional lo resolverá del mejor modo con su paciente pero es

Los profesionales de la salud mental podemos desarrollar una mayor actitud crítica con la información "científica" habitual, siempre llena de novedades prometedoras que, con el paso de los años, pocas veces se materializan en fructuosos avances en la asistencia clínica.

En este contexto, es importante reconsiderar y reivindicar la indicación de no tratamiento por la que damos de alta a nuestros pacientes en la evaluación.

necesario evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios.

En este contexto, es importante reconsiderar y reivindicar la indicación de no tratamiento por la que damos de alta a nuestros pacientes en la evaluación. Indicar no tratamiento en salud mental es una intervención muy frecuente en nuestra actividad clínica cotidiana, ya que casi la tercera parte de los pacientes que acuden a los centros de salud mental es dada de alta en la primera entrevista²⁸, sin embargo ha sido poco estudiada y valorada.

La indicación de no tratamiento 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. Con esta intervención buscamos una nueva interpretación de sus síntomas, de sus expectativas. El objetivo es contextualizar su sufrimiento en su biografía, en sus circunstancias, propiciando un papel más activo que le lleve a gestionar sus emociones y a afrontar las dificultades fuera del contexto sanitario²⁹.

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.

Obviamente, esta intervención no se hace de la misma manera ni es igualmente exitosa con

aquel subgrupo de pacientes que además tiene grandes beneficios secundarios por estar enfermo (exención de responsabilidades laborales, familiares, judiciales...). Tal vez pretender que acepten una resignificación de sus síntomas sea ingenuo y solo quepa informarles de forma honesta de nuestra intervención y su justificación. En cualquier caso, no deja de ser llamativo que una intervención tan frecuente, con tanta relevancia clínica y que técnicamente precisa del manejo de habilidades psicoterapéuticas haya sido tan poco evaluada y dignificada²⁹.

Conclusiones

Estamos inmersos en un proceso de psiquiatrización-psicologización de la vida cotidiana complejo en el que los profesionales de salud mental, si no son los mayores responsables, sí que son los últimos. Se está etiquetando de enfermos a personas con malestar que podemos considerar sanas y se les está sometiendo a tratamientos que conllevan indudables efectos adversos, tanto por el mismo proceso de etiquetado como "anormal", como por los posibles efectos de las terapias, que nunca son absolutamente inocuas.

Las formas no profesionalizadas de afrontar las dificultades se están devaluando y olvidando, y la capacidad de las personas de valerse por sí mismas y sentirse capaces de superar los problemas se está reduciendo. Cuanto mayor es la oferta de "salud", más gente responde que tiene problemas, necesidades, enfermedades. Cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria, mayor es la probabilidad de que sus habitantes se consideren enfermos, mayor es la percepción de malestar y dependencia. Mientras, en las zonas con servicios sanitarios menos desarrollados esta percepción es menor³⁰.

El profesional de salud mental tiene la última palabra en todo este asunto y ha de considerar

con actitud crítica tanto sus herramientas terapéuticas como sus indicaciones clínicas teniendo en cuenta sus limitaciones y las presiones que hay sobre él para que actúe.

La indicación de no tratamiento puede ser una intervención posible, enormemente terapéutica en la medida que efectúa prevención cuaternaria, ya que protege al paciente de efectos adversos y se resignifica su malestar, que se reorienta a un contexto no sanitizado.

Bibliografía

1. Fernández Liria A. Conceptos sustantivo y pragmático de la enfermedad mental. En: Baca E, Lázaro J (editores) Hechos y valores en psiquiatría. Madrid. Editorial Triacastela, 2003.
2. Soledad Márquez, Ricard Meneu. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria. Verano 2003 pp.47-53.
3. Gervas J, Pérez Fernandez M. El auge de las enfermedades imaginarias (editorial). FMC 2006; 13(3): 109-111.
4. Moynihan R, Smith R. Too much medicine? (editorial). BMJ 2002; 324:859-860.
5. Moncrieff J Psychiatric imperialism: the medicalisation of modern living. <http://www.critpsynet.freeuk.com/sound.htm>
6. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ 2002; 324: 886-891.
7. Rosenhan DL. On being sane in insane places. Science 1973; 179: 250-258.
8. Álvarez Uria F, Varela J. ¿Miserias sociales o malestares íntimos? Entrevista con Guillermo Rendueles. Archipiélago 2007; 76:9-27.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta Fundacional del 7 de abril de 1946.
10. Ortiz Lobo A, Mata Ruiz I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. Átopos 2004;2 (1):15-22.
11. Charlton BG. Palliative psychopharmacology: a putative speciality to optimise the subjective quality of life. QJM 2003; 96:375-378.
12. <http://www.bps.org.uk/coachingpsy/>
13. Clarkson P. Counselling Counselling Psychology: Integration of Theory, Research and Supervised Practice. Routledge London 1997.
14. Illich I. Nemesis médica. Barcelona. Barral, 1975.
15. Jervis G. Manual Crítico de Psiquiatría. Barcelona. Anagrama, 1977.
16. 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.
17. Aranaz JM et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit 2006; 20 (supl 1):41-47.
18. Gervas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gac Sanit 2006; 20(supl 1):127-134.
19. Tizón JL, Ciurana R. Prevención en salud mental: el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (mental) de la SEMFYC Rev Asoc Esp Neuropsiq 1994; 47-48: 43-64.
20. Charlton BG, McKenzie K. Treating unhappiness-society needs palliative psychopharmacology. Br J Psychiatry 2004; 185: 194-195.
21. Segura A. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. Gac Sanit 1999; 13: 218-225.
22. Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A. Industria farmacéutica y psiquiatría. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2003;86:49-71.
23. Phillips CB. Medicine goes to school: Teachers as sickness brokers for ADHD. PLoS Med 2006;3(4): e182.
24. Healy D The latest mania: Selling bipolar disorder. PLoS Med 2006; 3(4): e185.
25. Rendueles G. Bossing, Mobbing: ¿Necesito psiquiatra o comité de empresa? Revista de la AMSM 2005 Invierno: 17-26.

26. Blanco Barea MJ. El síndrome inquisitorial estadounidense de alienación parental http://www.paidopsiquiatria.com/trabajos/ALIENACION_PARENTAL.pdf
27. Tiefer L. Female sexual dysfunction: A case study of disease mongering and activist resistance. *PLoS Med* 2006; 3(4): e178.
28. Lozano Serrano C, Ortiz Lobo A, González Juárez C. Análisis comparativo de las consultas de trastornos mentales y usuarios sin patología en un centro de salud mental. Sin publicar.
29. Ortiz Lobo A, Murcia García L. Aspectos psicoterapéuticos de la indicación de no tratamiento. Sin publicar.
30. Sen A. Health: perception versus observation. *BMJ* 2002; 324: 860-1.