

# Contra la prevención sanitaria individual del sufrimiento mental

Against individual health prevention of mental distress

ALBERTO ORTIZ LOBO

*Hospital de Día de Salud Mental Carlos III. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

*Correspondencia: Alberto Ortiz Lobo (aortizlobo@yahoo.es)*

Recibido: 03/04/2019; aceptado: 15/05/2019

**Resumen:** La prevención sanitaria del sufrimiento psíquico, ya sea primaria, secundaria o terciaria, no trata únicamente de que los profesionales intenten evitar anticipadamente su aparición de manera bienintencionada, hagan un diagnóstico precoz o reduzcan las consecuencias negativas del problema mental. Detrás de las actividades clínicas preventivas, se encuentra una particular conceptualización de los problemas mentales, una práctica contextualizada sociopolíticamente, una relación terapéutica a menudo condicionada por una omnipotencia profesional que propicia una dinámica paternalista y unas intervenciones que, como todas las de carácter sanitario, también provocan daños. Frente a esta perspectiva, la prevención cuaternaria nos da las claves científicas y éticas para limitar el daño que realizan las intervenciones sanitarias preventivas en un contexto de medicalización e individualización de los problemas sociales. Igualmente, la promoción de la salud mental, entendida como una actividad de carácter fundamentalmente político, colectivo e intersectorial en la que los profesionales de la salud mental somos otros nudos dentro de la red de agentes comunitarios, nos proporciona un quehacer profesional fuera de la consulta en el marco de la salud pública y la medicina social que ayuda a mejorar el bienestar psíquico de la población.

**Palabras clave:** prevención, promoción, intervención precoz, salud mental, prevención cuaternaria.

**Abstract:** Health prevention of mental suffering, regardless of being done in primary, secondary or tertiary care, is not just professionals trying to prevent its happening in advance in a well-meant way, making an early diagnosis or reducing the negative consequences of mental problems. Behind preventive measures, there is a particular conceptualization of mental problems, a socio-politically contextualized practice, a therapeutic relationship very often conditioned by professional omnipotence that fosters a paternalistic dynamic, and interventions that, as it always happens in the health field, also cause damage. Against this perspective, quaternary care prevention gives us the scientific and ethical keys to limit the damage done by preventive health interventions in a context of medicalization and individualization of social problems. Likewise, mental health promotion, understood as an activity with a fundamentally political, collective and intersectoral nature in which mental health professionals are other knots within the network of community agents, provides us with a professional task outside the clinical practice and in a public health and social medicine framework, which helps improve mental well-being in the population.

**Key words:** prevention, promotion, early intervention, mental health, quaternary prevention.

#### PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL, PROMOCIÓN DEL BIENESTAR PSÍQUICO

**P**RÁCTICAMENTE DESDE SU INICIO como disciplina para atender a los alienados, la psiquiatría se ha planteado paralelamente evitar la aparición de las enfermedades mentales. Ya en la segunda mitad del siglo XIX, los psiquiatras eran protagonistas en argumentar sobre la enfermedad mental y sus implicaciones sociopolíticas; y poco después, a principios del siglo XX, comenzaron las primeras estrategias eugenésicas para limitar la reproducción prolífica de los “degenerados” (1). Los psiquiatras también son protagonistas en los movimientos higienistas de la primera mitad del siglo XX. En la búsqueda de maximizar la salud mental de la población, asocian los problemas de mala adaptación en los niños, los trabajadores de las fábricas, el personal militar y otros con la pobre higiene mental. Desde entonces y a lo largo del siglo pasado, tanto psiquiatras como psicólogos y trabajadores sociales se han preocupado por la infertilidad, el embarazo, el nacimiento o el período de postparto, la infancia, la niñez en casa y en el colegio, la normalidad sexual, la perversión, la impotencia y el placer, la vida familiar, el matrimonio y el divorcio, el empleo y el desempleo, la crisis de mediana edad, el envejecimiento, la enfermedad terminal y el duelo... Allá donde puedan surgir problemas, aparecen profesionales expertos en salud mental con conocimiento especialista de la naturaleza, las causas y los remedios del malestar psíquico, capaces de anticipar males mayores, proporcionar diagnósticos y proponer sus intervenciones preventivas o terapéuticas (2).

Esta ambición de prevenir en salud mental se ha renovado especialmente desde los años 80 en el contexto de dos circunstancias: por un lado, la publicación del DSM-III inicia la hegemonía de la conceptualización del sufrimiento psíquico como una enfermedad somática “como cualquier otra”; por otro, desde los años 90, el desarrollo de la medicina basada en la evidencia (MBE) ha propiciado que su metodología para medir la eficacia de los tratamientos forme parte también de la evaluación de los programas preventivos en salud mental. Tanto el modelo biomédico de los problemas mentales como el desarrollo de la MBE aplicada a la psiquiatría van de la mano y crecen durante la transformación del marco económico hacia una sociedad neoliberal que prima el individualismo y la competitividad dentro de un libre mercado que se expande extraordinariamente en el campo sanitario. La construcción y difusión del conocimiento científico (también en salud mental) es monopolizada en buena medida por las corporaciones que tienen intereses financieros y que prometen la salvación tecnológica del sufrimiento psíquico de las personas. Por otra parte, en este marco neoliberal, las estimaciones psiquiátricas de la prevalencia actual y futura de los trastornos mentales se conectan con cuestiones de productividad económica. Aparecen conceptos como “años de vida ajustados por discapacidad”, “carga global de las enfermedades”, etc., con los que se intenta medir la salud, el impacto económico del cuidado de los afectados y reducir sus costes mediante la prevención.

Uno de los papeles de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su objetivo de alcanzar para todos los pueblos el máximo grado de salud, ha sido abordar la prevención y promoción de la salud mental y los determinantes sociales del sufrimiento psíquico. En el mundo de la medicina, los conceptos de prevención y promoción a veces se confunden y se solapan porque pueden compartir resultados (p. ej., promocionar el ejercicio físico puede reducir los accidentes vasculares), pero tienen objetivos, perspectivas y acciones a veces muy distintos.

La prevención de los trastornos mentales, según la OMS, tiene como objetivo reducir su incidencia, prevalencia, recurrencia, el tiempo durante el que transcurren los síntomas o las condiciones de riesgo para sufrir una enfermedad mental, previniendo o retrasando las recurrencias y también reduciendo el impacto de la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad (3). La prevención universal se define como aquellas intervenciones dirigidas al público en general o a la totalidad de un grupo de población que no ha sido identificado en base a un incremento del riesgo. La prevención selectiva se dirige a individuos o subgrupos de población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más elevado que el resto, debido a factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales. La prevención indicada se dirige a personas de alto riesgo que han sido identificadas por signos mínimos pero identificables, por síntomas prodrómicos de un trastorno mental o

por marcadores biológicos que indican la predisposición de un trastorno mental pero que no reúne los criterios diagnósticos de un trastorno en ese momento (3,4).

Por otra parte, la OMS afirma que las actividades de promoción de la salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y en el ambiente que capaciten un óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Tales iniciativas involucran a los individuos en el proceso de conseguir una salud mental positiva, de aumentar su calidad de vida y reducir las diferencias en las expectativas de salud entre países y grupos. Es un proceso capacitador hecho por, con y para las personas (5). En este sentido, la promoción incluye la salutogénesis, un enfoque destinado a la creación de salud, colectiva y contextualizada, con una perspectiva positiva y humana. Las intervenciones de promoción de la salud mental son fundamentalmente sociales y políticas, dirigidas a toda la población como una comunidad y no a individuos concretos ni de orden sanitario.

La prevención, en cambio, tiene una perspectiva patogenética, dirigida a la enfermedad, con el foco puesto en el individuo y actuaciones principalmente sanitarias. La prevención y, desde luego, la intervención precoz ofrecen una perspectiva de heteronomía, conllevan los efectos adversos de las actividades sanitarias y el perjuicio asociado en relación a la expropiación de la salud a los ciudadanos. A día de hoy la prevención en medicina (no solo en salud mental) tiene importantes conflictos éticos, un objeto de actuación muchas veces impreciso y unos daños asociados que merecen su revisión como concepto (6).

La prevención sanitaria del sufrimiento psíquico parte de un modelo biomédico de enfermedad y perpetúa y oculta otras perspectivas alternativas que ayuden a entenderlo y elaborarlo. Es decir, el objeto de prevención son los trastornos mentales entendidos como una colección de síntomas que conforman un diagnóstico en un momento dado (según criterios CIE o DSM), como sucede en el resto de las especialidades médicas. Pero, ¿las “enfermedades mentales” tienen una etiología conocida? ¿Disponemos de tecnología para determinar su diagnóstico con fiabilidad y, aún más, adelantarnos a ello? ¿Conocemos el curso natural de las “enfermedades mentales”, podemos predecir la evolución de cada persona “enferma”? ¿Podemos prescindir de los significados personales y culturales cuando evaluamos las intervenciones preventivas en salud mental? ¿La reducción de la complejidad del sufrimiento humano a la enumeración de síntomas y su cuantificación estadística es la mejor estrategia para valorar la mejora del bienestar de una persona en su contexto social? ¿La MBE es la mejor manera de medir la efectividad de las actividades preventivas en salud mental? La respuesta inequívocamente afirmativa a estas preguntas debería ser imprescindible para poner en marcha las intervenciones sanitarias que se realizan sobre personas sanas en nombre de la prevención en salud mental, particularmente en la selectiva e indicada.

A día de hoy, tanto el relato biomédico de los problemas mentales como la aplicación de la metodología de la MBE al sufrimiento psíquico son dos asunciones que, a pesar de su impugnabilidad, apenas resultan controvertidas para la mayoría de profesionales y ciudadanos, y constituyen el fundamento de las actividades preventivas. Sin embargo, la prevención sanitaria en salud mental no es un asunto puramente tecnológico, neutral e inocuo.

#### DAÑOS Y LIMITACIONES DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS PREVENTIVAS

Las actividades sanitarias preventivas en salud mental tratan de evitar daños futuros mediante intervenciones profesionales realizadas en el presente, por ejemplo, cribados diagnósticos de depresión, diagnósticos precoces en individuos con síntomas atenuados de psicosis, tratamientos psicoterapéuticos o psicofarmacológicos en personas con factores de riesgo, etc. Todas estas intervenciones se realizan a personas que no reúnen criterios (CIE o DSM) para ser diagnosticados de un trastorno mental dentro del modelo biomédico (es decir, en ese momento serían personas sanas). Las intervenciones están justificadas por un bien futuro: una propuesta atractiva y prometedora que tiende a maximizar los posibles logros y a ignorar los daños en el presente que acarrearán todas estas intervenciones sanitarias.

En medicina, donde la narrativa organicista está más fundamentada, una vez que se conoce mejor la etiología, fisiopatología y pronóstico de las enfermedades, las intervenciones sanitarias preventivas están extraordinariamente cuestionadas (6-8). Curiosamente, David Sackett, el padre de la MBE, que se supone que tendría que certificar lo oportuno de estas actividades, es uno de sus mayores críticos: “La medicina preventiva presenta los tres elementos de la arrogancia. El primero es que es *agresivamente asertiva*, persiguiendo a las personas sin síntomas y diciéndoles lo que tienen que hacer para permanecer sanos. En ocasiones, y apoyándose en el valor de la ley (vacunas, cinturones de seguridad), prohíbe y prescribe a los pacientes y al público en general de cualquier edad y condición. Segundo, la medicina preventiva es *presuntuosa*, confiada en que las intervenciones que adoptara, en promedio, harán más bien que daño a aquellos que aceptan seguirlas. Finalmente, la medicina preventiva es *soberbia*, arremetiendo contra los que cuestionan el valor de sus recomendaciones. [...] La promesa fundamental que hacemos cuando solicitamos y exhortamos a los individuos a aceptar las intervenciones preventivas debe ser que, en promedio, ellos estarán mejor al adoptar estas medidas. Como consecuencia, la presunción que justifica la agresiva asertividad con la cual vamos tras los sanos ingenuos debe estar basada en el mayor nivel de evidencia, hay que estar seguros de que nuestra maniobra preventiva, de hecho, hace más bien que daño” (9).

Los cribados o pruebas de *screening* en salud mental tienen el objetivo de buscar activamente en la población a aquellas personas que, sin saberlo o no consultar por ello, puedan ser diagnosticadas de un trastorno mental o de factores de riesgo. Los cribados, en este sentido, encumbran el modelo biomédico en salud mental y la clasificación del sufrimiento psíquico en etiquetas categoriales de enfermedades discretas. Esta actividad suele encomendarse a la atención primaria, que, aprovechando las múltiples causas por las que las personas acuden a los servicios sanitarios, puede detectar alguno de estos problemas. La U.S. Preventive Services Task Force es un organismo americano que se dedica a evaluar estos programas en medicina (dentro de este modelo biomédico y de MBE) y también en salud mental. Esto supone que en un cribaje de depresión, por ejemplo, lo que se hace es contar el número de síntomas que pueda presentar una persona para dar positivo a ese diagnóstico, más allá del contexto social, económico, laboral, familiar, etc. en el que se desarrollan y del significado que puedan tener. En las revisiones que ha hecho este organismo sobre doce problemas mentales en distintas edades, no encuentra pruebas de su utilidad en nueve de ellos y encuentra una utilidad moderadamente probada en los otros tres (nivel B de evidencia) (10). En medicina, si los cribados no funcionan bien, dañan, porque dan lugar a falsos negativos (la persona, aunque está mal, es diagnosticada como sana, lo que lleva a que no reciba atención y/o a despreocuparse de su estado) y falsos positivos (las personas recibirán los efectos adversos de pruebas diagnósticas y tratamientos que no necesitan, además del estigma y la preocupación por un diagnóstico equivocado).

Los factores de riesgo también están siendo enormemente criticados en medicina en cuanto que han pasado de ser una asociación estadística a convertirse en causas de enfermedades e, incluso, en enfermedades en sí mismas. En el campo de la salud mental, donde la incesante búsqueda de biomarcadores se mantiene infructuosa, los factores de riesgo que se consideran son fundamentalmente de orden social: falta de apoyos personales significativos, desempleo, pobreza y otras condiciones que puedan constituir traumas repetidos en el ámbito escolar, familiar, laboral o cualquier otro. Por ello, prevenir posibles problemas mentales futuros con intervenciones sanitarias en estas situaciones sociales puede ser un despropósito que perjudique en el presente a quienes las reciben. Un buen ejemplo es el suicidio, un problema alarmante cuya prevención pasa a ser un asunto casi exclusivamente sanitario porque la psiquiatría biomédica afirma que el 90% de las personas que cometen una muerte voluntaria tienen un trastorno mental (11). Curiosamente, el tipo de prevención del suicidio que ha mostrado los resultados más claros y contundentes se relaciona con las medidas políticas que reducen el acceso a los medios para cometerlo (12).

Las intervenciones psicoterapéuticas precoces más estudiadas son las que se realizan a las personas que consultan por un duelo o que han sido supervivientes de un trauma colectivo (ya sea una catástrofe natural, un atentado terrorista o un accidente

aéreo o de ferrocarril). En ninguno de esos casos se ha establecido ningún beneficio global y muchas de las personas que reciben estas intervenciones se encuentran con mayor sufrimiento que si no las hubieran recibido (13-15). En la misma línea, los diagnósticos de problemas mentales potenciales basados en biomarcadores en individuos presintomáticos o asintomáticos son responsables de generar estigma, sobreintervenciones y ansiedad, sin afectar significativamente a la evolución del individuo o de la población. Cuando además se establecen intervenciones precoces sanitarias en personas con “estados mentales de alto riesgo”, estas son extraordinariamente controvertidas (16).

Las intervenciones sanitarias en el ámbito de la salud mental (ya sean psicoterapéuticas, psicofarmacológicas, rehabilitadoras...), además de los potenciales beneficios que puedan tener, también dañan (17), y cuando se realizan sobre personas sanas, conlleva exponerlas injustificadamente a estos efectos secundarios. La propia intervención, aunque no se acompañe de un diagnóstico, puede generar estigma, propiciar una perspectiva de enfermedad y favorecer una infantilización desde una intervención profesional “experta” (18). Las intervenciones preventivas en salud mental pueden desviar el foco de los problemas, que están determinados por cuestiones sociales y de ámbito público, hacia lo sanitario y lo individual, y producir culpa o crear falsas esperanzas que en el futuro pueden truncarse si los determinantes sociales no varían o empeoran (19).

Además de las limitaciones de alcance clínico, las intervenciones preventivas tienen limitaciones económicas. La salud, también la mental, es un bien que conlleva un consumo infinito de recursos sanitarios que se incrementan cuanto más saludable sea una población, porque presenta una sensación de mayor vulnerabilidad. Es “la paradoja de la salud”: las poblaciones más enfermas se sienten más sanas que las poblaciones objetivamente más sanas (20). Esa preocupación por tener salud (más que por disfrutarla) puede llegar a convertirse en una obsesión que predomina entre las clases medias y altas de los países desarrollados, donde hay un extraordinario consumo de recursos sin que tenga impacto en la salud (21). A pesar de que el consumo de antidepresivos en nuestro país se ha triplicado en el periodo de 2000 a 2013 (22), no ha habido, por ejemplo, una reducción en la tasa de suicidios en relación a ello, pero la creciente codificación de los problemas sociales y laborales en diagnósticos psiquiátricos retroalimenta esta tendencia medicalizadora. De hecho, estamos asistiendo al fenómeno de que el mayor consumo y gasto sanitario se corresponde con menor salud de la población (21).

#### PREVENCIÓN CUATERNARIA EN SALUD MENTAL, EL “NO HACER” SANITARIO

Parece que muchas intervenciones preventivas en salud mental se hacen porque “pueden hacerse”, no porque vayan a conseguir beneficios netos. Este es el triunfo de la razón instrumental sobre la ética. La pretensión de objetivar todo lo humano

elimina la consideración básica del respeto a la dignidad de las personas y al medio ambiente. La ciencia no es neutral ni objetiva y solo puede establecer paradigmas desde una cultura y concepción filosófica determinadas. La progresiva separación de ciencia y filosofía, el desentendimiento de la ética, nos conduce a un intervencionismo preventivo que cosifica el sufrimiento psíquico al convertirlo en una mera colección de síntomas. El solucionismo tecnológico desplaza una consideración de los problemas mentales humana, compleja y contextualizada. Es clave recordar el principio básico del *primum non nocere*, porque la persona sana es sagrada, lo que exige una seguridad absoluta de inmensos beneficios futuros que compensen unos mínimos daños en el presente (21). Esto tiene un alcance particularmente importante en los niños y las intervenciones sanitarias preventivas que reciben por parte de los profesionales de salud mental (23).

La prevención cuaternaria se inició como una respuesta a los excesos de la medicalización, la creación y mercantilización de enfermedades (*disease mongering*), la transformación de factores de riesgo en enfermedades, el sobrediagnóstico, etc. Aunque en un inicio la prevención cuaternaria estuvo orientada desde una mirada exclusivamente científica para cuestionar estos excesos, las causas profundas de esta medicalización exceden los límites de la medicina. La naturaleza del problema es también económica y política, incluye aspectos éticos y de concepción de la ciencia que hacen necesario un nuevo modelo de práctica sanitaria y un nuevo pacto con la sociedad. La prevención cuaternaria es un movimiento que promueve un cambio en la forma de ser y ejercer la práctica clínica, comenzando por los aspectos éticos y filosóficos, con el objeto de proteger a los pacientes y a los integrantes del equipo de salud de los excesos de la medicalización y los intereses y el afán de lucro desmedido de algunos actores, como industrias, expertos y sociedades científicas (24).

La prevención cuaternaria ha destacado preferentemente el principio de no maleficencia para evitar el intervencionismo sanitario, ya que los profesionales tienen la obligación ética de proteger a los pacientes de posibles daños, sobre todo, tratándose de actividades en personas sanas. El respeto a la autonomía, además, pone el énfasis en la participación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas para evitar un intervencionismo paternalista. Sin embargo, los rituales de la asistencia preventiva sin fundamento clínico, pero supuestamente avalados científicamente, hacen creer a la gente que su salud se beneficia, aunque en realidad el resultado sea que disminuya su capacidad para afrontar la adversidad. Esto ha propiciado un panorama donde los servicios sanitarios han robado la salud a las personas y su capacidad de cuidado mutuo y colectivo (25).

La actividad sanitaria también tiene la obligación de ser justa y reducir el desperdicio de recursos. Para ello, debe establecer prioridades en la atención de la salud que reflejen un valor social en el nivel de población. El énfasis excesivo de los



servicios de salud en la prevención para evitar la “enfermedad mental” desvía la prestación de los servicios necesarios a quienes ya están sufriendo y precisan de atención (26). Esta consideración ya se ha hecho patente con algo tan supuestamente establecido como la prevención del cáncer, y se está solicitando que se abandone el cribaje de muchos de ellos por los daños que genera a las personas y por el hecho de que se haga esa extraordinaria inversión económica en salud pública (27).

En el caso de la salud mental, a pesar de los enormes esfuerzos financieros que se están empleando en la investigación en neurociencia, no se han encontrado marcadores biológicos que expliquen y den cuenta de los problemas mentales. Sin embargo, sí que conocemos el impacto de muchos determinantes sociales en el sufrimiento psíquico (28,29). La actividad sanitaria puede ser efectiva en el tratamiento de los problemas mentales, pero la prevención es un asunto principalmente de los gobiernos, que han de legislar y ejecutar medidas para lograr una sociedad más justa e igualitaria, y los servicios sociales han de tratar con la vulnerabilidad de ciertas minorías (30).

#### POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

La OMS ha editado tres documentos que hacen referencia a la prevención de los trastornos mentales, los determinantes sociales y la promoción de la salud mental. En todos ellos emplea la definición de trastorno mental de acuerdo al recuento genérico de síntomas, tipo CIE o DSM, y desde esa conceptualización establece los condicionantes y las acciones sociopolíticas efectivas (sin desdeñar las sanitarias) para prevenirlo y producir salud mental (12, 28, 31).

En estos documentos, la OMS explica que la salud mental está determinada por factores socioeconómicos y ambientales, y la prueba más clara de esta relación es la asociación del riesgo de problemas mentales con indicadores de pobreza, bajos niveles educativos, infraviviendas, bajos ingresos, abuso infantil, violencia, la guerra, la discriminación... tanto en países en desarrollo como desarrollados. Todas estas condiciones adversas tienen un impacto significativo en el desarrollo de la salud/enfermedad mental y en la aparición de los trastornos mentales (12, 31). La mayor vulnerabilidad en las clases bajas puede ser explicada por las vivencias de inseguridad, desesperanza, cambios sociales abruptos, riesgo de violencia y mala salud física (12).

Por todo ello, la salud mental se puede mejorar mediante intervenciones de salud pública efectivas. A pesar de las incertidumbres y la brecha entre la investigación y la práctica, sabemos lo suficiente para establecer y evaluar intervenciones políticas locales en los ámbitos de la vivienda, la educación y el cuidado infantil para promocionar la salud mental (12).

La OMS establece como estrategia principal la protección de los derechos humanos. Se necesita un ambiente que respete los derechos básicos en materia civil, política, económica, social y cultural. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos es muy difícil mantener un nivel alto de salud mental (28).

La asociación intersectorial también es clave en la promoción de la salud mental. Se requieren políticas y programas gubernamentales que incluyan a los sectores educativo, laboral, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda y bienestar, así como actividades específicas en el campo de la salud en relación a la prevención y tratamiento de la salud mental. La salud mental es un asunto de todos, de los que pueden aportar y tienen algo que ganar, ya sean individuos, familias, comunidades, organizaciones comerciales y profesionales de la salud mental. Particularmente importantes son los agentes gubernamentales que toman decisiones a nivel local y nacional, cuyas acciones afectan a la salud mental de manera a veces inadvertida. Los organismos internacionales pueden asegurar que los países de todos los niveles de desarrollo socioeconómico sean conscientes de la importancia de la salud mental para el desarrollo económico y también pueden animar a evaluar las posibilidades para intervenir en mejorar la salud mental de su población (12).

Es importante que las acciones políticas se basen en un planteamiento universal, ya que el enfoque únicamente en las personas más vulnerables y en desventaja socioeconómica fracasa en conseguir la reducción en las desigualdades de salud. Pero estas acciones para apoyar la salud mental han de ser calibradas proporcionalmente al nivel de desventaja, es lo que se ha denominado “universalismo proporcionado” (29).

## EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES

Gerald Caplan publicó en 1964 su legendario libro *Principios de psiquiatría preventiva*, que se convirtió en un texto de referencia en el desarrollo de las reformas comunitarias en salud mental, tanto para los planificadores como para los clínicos. Resulta curioso cómo la mayor parte de sus planteamientos, aunque siguen vigentes, se han desatendido en la deriva que han tomado los servicios de salud mental hacia una atención individualizada, medicalizada y desconectada de la comunidad de la que forman parte. Caplan considera que la psiquiatría preventiva es parte de un esfuerzo comunitario más amplio que la propia disciplina, en el cual los psiquiatras aportan sus contribuciones especializadas a una totalidad mayor (32).

Caplan plantea que la prevención primaria es un concepto comunitario: no trata de evitar que se enferme un individuo en especial, sino de reducir el riesgo de toda una población. Contrasta, pues, con la salud mental orientada hacia el paciente individual. El modelo conceptual se basa en la hipótesis de que para no sufrir un problema mental la persona necesita continuos aportes adecuados a las diversas eta-

pas de crecimiento y desarrollo: aportes físicos, que incluyen alimentación, vivienda, estimulación sensorial, oportunidad de ejercicio, etc.; y aportes psicosociales, que incluyen la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de una persona por medio de la interacción personal con los miembros significativos de la familia y con los iguales y superiores de las instituciones sociales (32).

En este punto, la acción social es la tarea que modifica los sistemas operativos sociales y políticos, y la actividad legislativa reguladora relativa a la salud, la educación y el bienestar, con el fin de mejorar a escala comunitaria la provisión de aportes físicos, psicosociales y psicoculturales básicos, y la organización de servicios para ayudar a los individuos a enfrentar sus crisis. El profesional de salud mental tendría que ofrecer consejo a legisladores y administradores, y colaborar con otros ciudadanos para influir en instituciones gubernamentales y cambiar las normas y reglamentos. La acción social incluye los esfuerzos para modificar las actitudes generales y la conducta de los miembros de la comunidad a través de los medios de comunicación, el sistema educativo, etc. y mediante la interacción entre los sectores profesional y lego. Su labor también es asesorar a los líderes comunitarios, ampliando su visión en los aspectos concernientes a la salud mental de los asuntos que tratan, y colaborar con grupos de presión de ciudadanos que realizan campañas políticas para reclamar mejoras desde un posicionamiento activista (32).

Los profesionales de salud mental deberían estar trabajando al lado de otros profesionales, defendiendo una transformación en las condiciones sociales que subyacen en el sufrimiento psíquico, trabajando con políticos para desarrollar estrategias que promuevan la salud mental en las ciudades, lugares de trabajo y otras organizaciones, y en el apoyo de políticas que financien centros comunitarios, redes de apoyo mutuo, casas de acogida y otros recursos, en gran parte, gestionados por no-profesionales pero con el apoyo profesional cuando se necesite.

Caplan también aboga por una acción interpersonal del profesional de salud mental que hace referencia a los programas preventivos primarios, que implican la acción recíproca cara a cara con miembros significativos de la comunidad: miembros que intervienen en las crisis de individuos o familias, ya sean responsables educativos, sociales, jurídicos, dirigentes empresariales y de la administración..., y que pueden actuar como mediadores (32).

Desde una perspectiva salutogénica y del conocimiento comunitario local, la tarea es conocer qué riquezas hay en la gente y en el barrio y pueden influir en tener más salud. Más que identificar la frecuencia de los sucesos, se necesitan evidencias ligadas a la etnografía para comprender la realidad social. Es necesario explorar qué activos y qué acciones generan más salud para dejar de hacer cosas de baja eficacia como las intervenciones preventivas individuales y empezar a hacer otras como potenciar el capital social (33).

El objetivo sería identificar, tanto epidemiológica como etnográficamente, qué hay en lo urbano que intensifica el sufrimiento mental y, correlativamente, qué hay de saludable: el aire limpio, la reducción del ruido, el diseño urbano, las pequeñas tiendas y cafés locales, los sistemas de transporte cómodos y asequibles, los servicios sociales accesibles... o incluso factores aparentemente menores, como una clara señalización o un buen mantenimiento de las vías. Esta biopolítica urbana de la salud mental también daría prioridad a la justicia social en la ciudad, permitiendo a todos sus habitantes, ciudadanos, migrantes, refugiados... iguales derechos, no solo legales y de justicia, sino derechos en términos de capacidades y competencias. Habría que defender y trabajar en proporcionar las condiciones bajo las cuales las personas nunca estén aisladas, sino en red con otros, y tengan las capacidades y recursos para comprender y manejar sus vidas en las circunstancias fluctuantes en las que viven. No es solo adaptarse a esas circunstancias, sino aliarse con ellas, confrontarlas, transformarlas y tener la oportunidad de, al menos, llegar a ser la clase de personas que desearían ser. Para ello, tienen que disponer de las competencias en salud, integridad corporal, capacidad para pensar, razonar y expresar emociones, para planear su vida solos o con otros y tener el control del propio entorno (34).

## CONCLUSIONES

La prevención del sufrimiento mental y la promoción del bienestar psíquico están ligadas a luchar fundamentalmente contra los determinantes sociales mediante acciones políticas. Hay un gradiente daño-beneficio en las intervenciones preventivas: cuando son individuales y sanitarias son potencialmente más perjudiciales para la persona y con un beneficio comunitario mínimo. En la medida en que las intervenciones son de carácter político, el beneficio es para toda la población, sin los daños de la medicalización individual.

El punto de partida es trascender el modelo biomédico reduccionista del sufrimiento mental, centrado en las intervenciones sanitarias individuales. Necesitamos redirigir el equilibrio en la investigación, llevarlo más lejos de la neurobiología y hacia las ciencias sociales y la teoría social, de manera que podamos explorar y comprender estos procesos, trabajando con otros grupos profesionales y organizaciones comprometidos en la comprensión y la reducción de las desventajas sociales y la desigualdad, y defendiendo medidas que reducirían esas condiciones (34).

Desde esta perspectiva distanciada del individualismo y el reduccionismo biomédico, podemos pensar que la mayoría de las expresiones de sufrimiento mental están ligadas inextricablemente a problemas de adversidad en las experiencias personales y sociales, a veces condicionadas por la pobreza, la violencia y la exclusión. Por tanto, pueden ser mejor abordadas, no con su medicalización, sino con inter-

venciones sociales de baja intensidad pero comprometidas y sostenidas, guiadas por devoluciones que no se midan en términos de reducción de síntomas, sino por las capacidades que las propias personas desean en su vida cotidiana.

Tenemos que considerar que la psiquiatría (y la salud mental en general) puede ser más valiosa para la población si dejamos de conceptualizarla como una especialidad más dentro de la medicina, como pueda ser la neurología, y la situamos más cerca de la medicina social y la salud pública. En este caso, en la formación de los profesionales tendría que prevalecer su entrenamiento en ciencias sociales y ética, además de en las tecnologías ya conocidas, como la psicofarmacología, las psicoterapias y los cuidados sanitarios. Su desempeño laboral sería junto con otros profesionales de salud pública y aquellos que defienden cambios en los sistemas de apoyo social, planificación educativa, urbana y organización del trabajo, por ejemplo, y que aceptan que el conocimiento de los usuarios de los servicios de salud mental puede ser tan válido o incluso superior al suyo.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Huertas R. Entre el nihilismo terapéutico y la higiene social: la asistencia psiquiátrica en el positivismo francés. En: González de Pablo A (coord.). *Enfermedad, clínica y patología. Estudios sobre el origen y desarrollo de la medicina contemporánea*. Madrid: Ed. Complutense, 1993.
- (2) Huertas R. El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España. *Dynamis*, 1995;15:193-209.
- (3) World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Geneva: World Health Organization, 2004.
- (4) Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). *Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2007*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Cuadernos Técnicos 8, 2008.
- (5) Hosman C, Jané-Llopis E. Political challenges 2: Mental health. En: *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*. International Union for Health Promotion and Education. París: Jouve Composition & Impression, 1999.
- (6) Padilla J. Prevención: ¿aún podemos ser amigos? *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019;39(135): 159-175.
- (7) Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62: 580-3.
- (8) Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is prevention better than cure? *Lancet*. 2008; 372: 1997-9.

- (9) Sackett D. The arrogance of Preventive Medicine. *CMAJ*, 2002; 167 (4):363-4. Traducido por Rafa Bravo [Consultado el 17 de marzo de 2019] Disponible en: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/Sacket363.html>
- (10) U.S. Preventive Services Task Force. [Consultado el 17 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/Index>
- (11) Navarrete E, Herrera J, León P. Los límites de la prevención del suicidio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2019;39(135): 193-214.
- (12) Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S (eds). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.* Oxford: Oxford University Press, 2005.
- (13) Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. The effectiveness of bereavement interventions with children: a meta-analytic review of controlled outcome research. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2007; 36(2): 253-9.
- (14) Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychol Bull*, 2008; 134(5): 648-61.
- (15) Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2): CD000560.
- (16) Ibáñez Rojo V. Aproximación crítica a la prevención e intervención temprana en psicosis. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2019;39(135): 215-240.
- (17) Ortiz Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Pública.* 2011; 85(6): 513-23.
- (18) Boisvert CM, Faust D. Iatrogenic symptoms in psychotherapy. *Am J Psychotherapy* 2002;56:244-58.
- (19) Parker I. *La psicología como ideología: contra la disciplina.* Madrid: Ed. Catarata, 2011.
- (20) Sen A. Health: perception versus observation. Self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading. *BMJ* 2002; 324:860.
- (21) Gervas J. 10 principios en prevención, 10. [Consultado 17-03-2019] Disponible en: <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2015/10/10-prevención-10.pdf>
- (22) Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013. [Consultado 17-03-2019]. En: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf>
- (23) Caretti E, Guridi O, Rivas E. Prevención en la infancia: no toda intervención hoy es más salud para mañana. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2019;39(135): 241-259.
- (24) Jamoulle M, Roland M, Bae J-M, Heleno B, Visentin G, Gusso GDF, et al. Ethical, pedagogical, socio-political and anthropological implications of quaternary prevention. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2018;13(40):1-14.
- (25) Illich I. *Némesis médica: la expropiación de la salud.* Barcelona: Barral Editores, 1975.
- (26) Heath I. In defence of a National Sickness Service. *BMJ* 2007; 334:19.
- (27) Ioannidis J. Time to abandon early detection cancer screening. *Eur J Clin Invest.* 2019;49:e13062.
- (28) World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. *Social determinants of mental health.* Geneva: World Health Organization, 2014.

- (29) Marmot M. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities. London: The Marmot Review, 2010.
- (30) The BMJ. Prevention is the role of governments, not health systems. BMJ 2019; 364. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/364/bmj.l228>
- (31) World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary report). Geneva: World Health Organization, 2004.
- (32) Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964.
- (33) 1 cada 8 horas. Salutogénesis: entrevista a Mariano Hernán. 14 de febrero 2018. [Consultado 17-03-2019]: Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?v=AX-TwUA8V\\_UU](https://www.youtube.com/watch?v=AX-TwUA8V_UU)
- (34) Rose N. Our psychiatric future. Medford: Polity press, 2019.