

PREVENCIÓN CUATERNARIA EN SALUD MENTAL Y LA INTERVENCIÓN PRECOZ EN LA PSICOSIS.

Pérez Méndez, J.L. (1).; Hermoso Limón, A. (2); Suárez Soto, J.I. (3)

1. Psicólogo Clínico USMC Guadix (Granada)

2. Psicóloga Clínica Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)

3. Psicólogo Clínico USMC Jerez de la Fra. (Cádiz)

INTRODUCCIÓN

La prevención cuaternaria fue un concepto propuesto por el médico general belga Marc Jamouille en 1986. Se define como aquella intervención que va encaminada a evitar la iatrogenia que produce la actuación de los propios agentes sanitarios.

Con esta definición se pretendía dar cuenta de los efectos nocivos asociados a distintas prácticas sanitarias, como pueden ser las asociadas al diagnóstico o al tratamiento de cualquier patología.

De esta forma la prevención cuaternaria se debería convertir en una de sus prioridades, incluso por encima de otras acciones curativas o preventivas, máxime si tenemos en cuenta una de las máximas de la ética en medicina: *primum non nocere*.

En el caso de Salud Mental, la prevención cuaternaria puede adoptar un papel de mayor relevancia si lo comparamos con otras especialidades de la sanidad, máxime cuando hablamos de trastornos mentales graves, como es el caso de las psicosis, el trastorno bipolar o los distintos trastornos de personalidad recogidos en los sistemas de clasificación y diagnóstico internacionales (véase DSM-IV-TR y CIE-10).

Así pues, en el caso de los trastornos mentales la prevención cuaternaria implica no exponer a los pacientes a intervenciones preventivas, diagnósticos y/o tratamientos (tanto farmacológicos como psicoterapéuticos) innecesarias, excesivas o inadecuadas. No siempre la buena intención terapéutica acompaña a una mejoría clínica del paciente.

MÉTODOS

En este trabajo vamos a pasar a analizar el caso particular de la iatrogenia producida por los sistemas de atención sanitaria en la intervención precoz de la psicosis.

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica sobre las prácticas sanitarias que tienen consecuencias negativas en el paciente con este tipo de patología. Acciones con fines aparentemente “terapéuticos” que terminan teniendo el efecto contrario.

RESULTADOS

1.- La concepción de la psicosis y las prácticas sociales asociadas. En muchos lugares del tercer mundo se considera la psicosis como un “desvarío transitorio” (González y Pérez, 2007), del que la persona no tardará en recuperarse. En occidente se concibe como una enfermedad genética, que conlleva una interrupción en el funcionamiento social del paciente y que en la mayoría de los casos se acompañará de un deterioro progresivo en todos los ámbitos de la persona. Sin duda las repercusiones de una u otra concepción serán bien diferentes, lo que se terminará traduciendo en influencias diferentes sobre el curso del propio paciente.

En el caso de los pacientes de occidente, se desprende a la persona de toda responsabilidad y se le concibe como una víctima de su propia biología, que difícilmente podrá llegar a controlar. En el caso de los pacientes del tercer mundo, se considera más el episodio psicótico como algo externo al propio paciente (González y Pérez, 2007). Por lo que uno de los puntos decisivos que ayudan al mejor pronóstico y a la propia recuperación, sería buscar una explicación “externa” al episodio psicótico que no sea incontrolable ni perteneciente al orden biológico.

2.- La concepción de las prácticas clínicas. Si consideramos que la crisis psicótica es fruto de la concepción biomédica y realizamos actuaciones clínicas acordes con una concepción de la psicosis como enfermedad grave, crónica y deteriorante estaremos perjudicando el curso del paciente. En cambio si el clínico tiene claro que el episodio psicótico es fruto de una crisis vital-personal, es decir es la consecuencia de alguna problemática vital, que no tiene por qué ser crónica y trabaja en esa línea a nivel familiar y personal podríamos encontrar un curso bien diferente.

3.- La conciencia de enfermedad. La explicación de cualquier acto humano puede ser explicado desde diferentes ámbitos (genético, fisiológico, psicológico, neuroquímico y social entre otros). Ninguno de ellos por sí solo es suficiente para dar cuenta de la complejidad de la conducta humana. Realizar afirmaciones rotundas, generales y desvinculadas de la biografía personal puede resultar iatrogénico al fomentar un *locus de control externo*, tal como ocurre en la mayoría de las intervenciones que se definen como “psicoeducativas”.

Entre otros factores, también se diferencian el proceso de diagnóstico, las teorías implícitas de los usuarios y el tratamiento ambulatorio en todas sus variantes.

Conclusiones y discusión

Los resultados indican que dos de los factores más importantes son: la **teoría implícita de los profesionales** (considerar el trastorno mental grave como una enfermedad genética de deterioro progresivo versus trastorno mental con significación personal) y la adopción de medidas farmacológicas en exclusiva. Se consideran como elementos clave la consideración del **principio de autonomía** y la asunción de medidas de **tratamiento involuntario** (ingresos involuntarios, contención mecánica o tratamientos farmacológicos involuntarios).

Desgraciadamente la capacidad terapéutica de sistema de atención a la salud mental es limitado y antes de diagnosticar y prescribir algún tratamiento es preciso reconsiderar con actitud crítica los beneficios que se pueden proporcionar y los daños que se pueden infligir.

Una intervención centrada en el paciente, que respete su tiempo y su derecho a la autonomía junto con prácticas clínicas no estigmatizantes alejadas del paternalismo médico parecen ser claves en el tratamiento y por ende en el pronóstico del trastorno mental grave.

BIBLIOGRAFIA:

- Angermeyer M.C; Holzinger A.; Carta M.G.; Schomerus G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *British Journal Psychiatry* 2011; 199: 367-372.
Crittenden, P. M. (2007). Moldear la arcilla. El proceso de construcción del self y su relación con la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia* 1, vol. XI, 41 (67-82). Versión electrónica editada por G.I.P. www33.brinkster.com/gipsicoterapia.
González Pardo, H.; Pérez Álvarez, M. (2007): *La invención de los trastornos mentales ¿escuchando al fármaco o al paciente?*. Alianza Editorial
Muñiz E. Enrolamiento clínico, desenrolamiento social. *Boletín de la AMSM* 2007; otoño:1015