

Artículo

Algunas Prevenciones Más: una Crítica Sobre la Prevención Cuaternaria en Salud Mental

César González-Blanch 

Hospital Marques de Valdecilla, IDIVAL, España

INFORMACIÓN

Recibido: Diciembre 8, 2024

Aceptado: Enero 27, 2025

Palabras clave

Prevención cuaternaria
Sobrediagnóstico
Medicalización
Tratamientos psicológicos
Indicación de no-tratamiento
Iatrogenia

RESUMEN

La prevención cuaternaria en salud mental surge como una respuesta crítica frente a los riesgos del sobrediagnóstico y la medicalización, buscando evitar intervenciones innecesarias que puedan causar más daño que beneficio. Este trabajo explora el concepto de prevención cuaternaria, su aplicación en salud mental y los desafíos asociados con su implementación, particularmente en el contexto de los tratamientos psicológicos. Se hace notar la paradoja de la indicación de no tratamiento en salud mental, que por los recursos terapéuticos que emplea puede entenderse como una intervención psicológica de acto único, en vez de un paso dentro de un modelo de atención escalonada. Finalmente, se concluye sobre el riesgo de una interpretación errónea de la prevención cuaternaria, que puede agravar la brecha en el acceso a los tratamientos psicológicos, ya notablemente infradotados en el sistema nacional de salud público.

Some Further Considerations: A Critique of Quaternary Prevention in Mental Health

ABSTRACT

Quaternary prevention in mental health emerges as a critical response to the risks of overdiagnosis and medicalization, aiming to avoid unnecessary interventions that may cause more harm than benefit. This article explores the concept of quaternary prevention, its application in mental health, and the challenges associated with its implementation, particularly in the context of psychological treatments. It highlights the paradox of the “no treatment” indication in mental health, as the therapeutic resources this employs may be understood as a single-session psychological intervention, rather than a step within a stepped-care model. Finally, the article concludes by discussing the risk of a misinterpretation of quaternary prevention that could exacerbate the gap in access to psychological treatments, which are already notably underfunded in the public national health system.

Keywords

Quaternary prevention
Overdiagnosis
Medicalization
Psychological treatments
Indication of no-treatment
Iatrogenesis

La prevención en salud mental es primordial. Nos ayuda a promover el bienestar emocional, reducir el impacto de los trastornos mentales, ahorrar recursos y eliminar el estigma asociado con los problemas de salud mental (Le et al., 2021). Además, sabida la interrelación de los problemas de salud física y mental, la prevención en salud mental potencialmente mejora la salud y la calidad de vida en general.

Dentro de las medidas orientadas a prevenir no solo la aparición de la enfermedad (o del trastorno o problema de salud, por expresarlo al gusto de los psicólogos), sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, se han distinguido clásicamente tres niveles: la prevención primaria, secundaria y terciaria. Estos términos fueron documentados por primera vez a finales de la década de 1940 por los médicos de salud pública Hugh Leavell y Eugene Clark (Leavell y Clark, 1965). El propósito de la prevención primaria es evitar que el problema de salud se dé en individuos sanos (un ejemplo paradigmático en salud mental es la promoción de estilos de vida saludables). La prevención secundaria implica la detección del proceso de la enfermedad (léase, trastorno o problema) en una etapa temprana (preferiblemente preclínica) para anticiparse al desarrollo o agravamiento de una enfermedad y minimizar el deterioro a largo plazo mediante medidas apropiadas (por ejemplo, la intervención temprana en la psicosis incipiente). Por su parte, las medidas dirigidas a eliminar o reducir la discapacidad o comorbilidades derivadas son propias de la prevención terciaria (como sería el caso de los programas de rehabilitación social para las personas con trastornos mentales graves y crónicos). Estos niveles se pueden vincular con la historia natural y el curso clínico de las enfermedades, desde la exposición a los agentes causales hasta sus consecuencias finales. Los niveles de prevención —de la mano del concepto de diagnóstico— ampliaron el espectro de las actividades preventivas en salud pública de las enfermedades transmisibles a cualquier problema de salud, incluidos los incorpóreos problemas de salud mental. Sin embargo, esta ampliación también ha traído consigo riesgos significativos, como el sobrediagnóstico, la medicalización innecesaria y la posible mercantilización de problemas que, en muchos casos, podrían ser considerados dentro del rango de la normalidad.

Aunque la expansión de lo diagnosticable no es exclusiva de la salud mental, es un fenómeno preocupantemente fértil en un campo que trata con entidades nosológicas tan condicionadas por el contexto y sin pruebas diagnósticas objetivas. Precisamente la subjetividad —expuesta a las influencias socioculturales y comerciales— al determinar lo que es un problema de salud mental ha llevado a un alarmante engrosamiento de los manuales de diagnóstico psicopatológico (Frances, 2013; Kendler, 2016). En respuesta a los potenciales excesos en la promoción de enfermedades (*disease mongering*) y su consecuente medicalización y mercantilización, surge una nueva prevención: la prevención cuaternaria.

La Prevención Cuaternaria en Salud Mental

El concepto de prevención cuaternaria fue propuesto en los años 80 por el médico de familia belga Marc Jamoulle y en 1999 fue reconocido por la Organización Mundial de Médicos de Familia (Suarez-Cuba, 2013). La prevención cuaternaria se refiere a las medidas y acciones dirigidas a proteger a las personas de las intervenciones sanitarias excesivas o innecesarias que potencialmente

pueden causar más daño que beneficio. Por tanto, se trata de evitar diagnósticos y tratamientos inapropiados bajo el principio hipocrático fundamental de la práctica médica: *primum non nocere* (primero, no hacer daño). El concepto de prevención cuaternaria implica una perspectiva reflexiva y cuestionadora del saber técnico de la medicina (extensible a la psicología clínica para el caso) llevado a la práctica asistencial. En el contexto de los avances científicos y tecnológicos que transformaron la atención médica en el siglo XX, la prevención cuaternaria se nutre de la crítica a los procesos de medicalización de la sociedad de autores como Foucault (1978), Illich (1976), Skrabanek (1990), Szasz (2013) y Zola (1972), entre otros.

El predicamento en salud mental de este concepto es creciente. Según una revisión sistemática de los artículos publicados entre 2000 y 2020, los autores españoles han sido especialmente prolíficos (Muniz, Ferrari, Duarte, Santos, y Ferreira, 2022). Si bien la mayoría de la literatura sobre la prevención cuaternaria no es empírica, sino narrativa, los argumentos a favor tienen una base empírica en la mala práctica sanitaria que incluye el sobrediagnóstico y sobreatamiento, las limitaciones de las estrategias para detectar y remover los precursores de las enfermedades, y en la necesidad de distinguir entre lo que son procesos naturales —dentro del amplio rango de lo normal— y casos patológicos que deban tratarse.

En este sentido, los cribados en personas asintomáticas, tan ampliamente promocionados como indicador de un avance en contra de enfermedades, han sido cuestionados. Es posible que estos chequeos de salud rutinarios en adultos sanos no reduzcan de modo clínicamente relevante la morbilidad ni la mortalidad, ni en general ni en lo que respecta a enfermedades graves como las cardiovasculares o el cáncer y, en cambio, pueden aumentar nuevos diagnósticos y tratamientos médicos, que puede considerarse un daño más que un beneficio (Krogsbøll et al., 2012). Estos cribados pueden llevar a tratar innecesariamente casos indolentes que no evolucionarían hacia una enfermedad, lo que no solo supone costes en forma de sufrimiento individual, sino también costes sociales en forma de aumento de la prevalencia de (supuestas) enfermedades y del gasto sanitario para tratarlas. En esta línea, se denuncia que los factores de riesgo acaban identificados erróneamente como si se trataran de agentes etiológicos de enfermedad bajo el supuesto de que su presencia presupone el desarrollo futuro de la enfermedad y eliminarlos previene la aparición de la misma (Gérvás y Pérez-Fernández, 2006). Otro foco son los riesgos de las campañas de vacunación a la población general, por ejemplo, la campaña de vacunación durante la pandemia de gripe porcina de 2009 pudo ser la causa del incremento de la incidencia de la narcolepsia en niños y adolescentes en los países que siguieron más rigurosamente la campaña (Wijnans et al., 2013). Esto no va en contra del reconocimiento de los avances en la intervención temprana del cáncer, cardiopatías u otros problemas de salud en personas con síntomas o de algunas campañas de vacunación, sino que cuestiona la invocación rutinaria —y acrítica— de la prevención primaria como una estrategia ideal. La prevención cuaternaria es igualmente extensible a los casos de enfermedades identificadas en los que el exceso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos puede tomar la forma de un sofisticado ensañamiento clínico.

En el campo de la salud mental, abundan los ejemplos esgrimidos en apoyo de la prevención cuaternaria (Paris, 2015; Frances, 2014). Es el caso del sobrediagnóstico de trastornos mentales como los

trastornos bipolares tipo II, en los que ya no es preciso tener un episodio maniaco en toda regla; del trastorno por estrés postraumático y la extensión del concepto de trauma a cualquier acontecimiento vital estresante (como la pérdida de una mascota o el cambio domicilio); la epidemia diagnóstica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) tan difícil de distinguir a veces de los evolutivamente esperables problemas de conducta en menores más aún en la era de la “economía de la distracción” (cf. Lipovsky); o de los trastornos de personalidad de uno y otro tipo. Otra base de la crítica es el incremento en la sobreprescripción de psicofármacos por encima de cualquier estimación razonable de prevalencias sobre trastornos mentales, en muchos casos fuera del uso autorizado (off-label) (Devulapalli y Nasrallah, 2009). Igualmente, la constatación de los perjuicios de tratar como enfermedades reacciones normales a acontecimientos vitales cotidianos (i.e. duelo) o extraordinarios (i.e. catástrofes) ha valido para hacer notar los riesgos de incurrir en la iatrogenia al abordar los problemas de salud mental (Ortiz-Lobo e Ibáñez-Rojo, 2011).

Determinantes Sociales de la Salud

No es extraño a la concepción de la salud que tiene un psicólogo que la conducta de una persona y su estado de salud en particular están expuestos a una amplia gama de influencias que van más allá de los factores puramente biológicos. La propia Medicina ha comprendido, al menos desde el siglo XIX, la influencia de las condiciones de vida en la salud de las personas. A lo largo del siglo XX, esta comprensión se profundizó a medida que se desarrollaron investigaciones y se acumularon evidencias sobre cómo factores no sanitarios como el estrés crónico, la pobreza, la exclusión social, la educación, el empleo y el entorno físico influyen en la salud. En las últimas décadas, el enfoque en los determinantes sociales de la salud ha ganado un impulso significativo, respaldado por organizaciones de salud pública y organizaciones sociopolíticas que reconocen la importancia de abordar estos factores para mejorar la salud de las poblaciones y reducir las desigualdades en salud (Álvarez-Castaño, 2009).

Conscientes de la influencia de estos factores extrasanitarios, la prevención cuaternaria valdría para proteger a estas poblaciones más vulnerables de intervenciones sanitarias que indebidamente resignifican problemas sociopolíticos estructurales como problemas de salud individuales. Un indicio de este riesgo es la existencia de un gradiente social, donde determinados problemas de salud son más prevalentes según disminuye el nivel de rentas. Por ejemplo, la esquizofrenia es 12 veces más prevalente en el nivel de renta más bajo en comparación con el más alto; los trastornos de la personalidad, 11 veces más; y los trastornos somatomorfos, 7 veces más (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). Esto va alineado con la necesidad de abordar las causas estructurales que perpetúan estas desigualdades, promoviendo estrategias que trasciendan el ámbito clínico para promover una atención más equitativa y efectiva.

La Indicación de no Tratamiento: Psicoterapia de Acto Único

En todos estos casos sospechosos de ser consecuencia de las condiciones (desfavorables) de vida más que de un supuesto agente causal biológico, la recomendación es no tratarlos como si fueran

enfermedades. La llamada indicación de no tratamiento es reconocida como el máximo exponente de la prevención cuaternaria en salud mental (Ortiz-Lobo e Ibáñez-Rojo, 2011). Sin embargo, no existe un consenso en cuanto a los criterios que determinan qué debe ser tratado y qué no, que es una decisión clínica compleja y multifacética, que depende de aspectos clínicos, asistenciales, de la historia personal del paciente y de la relación terapeuta-paciente. Esto es, la indicación de no tratamiento requiere una evaluación previa y una notable pericia clínica para el manejo del caso que, paradójicamente, no está exenta de elementos (psico)terapéuticos.

Ortiz-Lobo y Murcia-García (2009) lo describen un “proceso psicoterapéutico de forma comprimida” (p.182) en cinco pasos: escucha empática, construcción inicial del discurso, deconstrucción narrativa del discurso, resignificación de la narrativa para que el paciente no se vea como “enfermo” con la necesidad de tratamiento, sino como una persona que presenta una reacción emocional adaptativa y proporcional a un contexto problemático, y, como última fase de este proceso, se propone un alta —podemos decir— informada. Este proceso se estima que tiene una duración mínima de 15 minutos y normalmente no más de 50 minutos —aunque desconocemos la fuente del cálculo, no dista de los tiempos de una primera consulta de salud mental en atención especializada. García-Moratalla (2012) denomina “minimalismo terapéutico” a los elementos implicados en la indicación de no tratamiento que describe más pormenorizadamente: encuadre tranquilizador; la escucha; la exploración misma, con su potencial de aumentar y estructurar el conocimiento sobre uno mismo; la empatía; el apoyo; la validación de experiencias, sentimientos, emociones y conductas, la explicación, que “debe incluir debe incluir mensajes de reconocimientos, aseguramiento, reflejo, sostén y atención (...) [y también] una confrontación, de características no punitivas, que sirva al sujeto a aceptar otras realidades” (p.49-50); y, por último, como aspecto nuclear de ese “minimalismo terapéutico”, la resignificación de la demanda.

En realidad, en esta breve interacción entre el paciente y el profesional sanitario (sea médico, psiquiatra o psicólogo clínico) se están describiendo tanto los que se consideran factores comunes (o inespecíficos) de una terapia psicológica para la escucha y facilitación de la narrativa del paciente (p. ej., escucha, psicoeducación, confrontación, interpretación...), como otras estrategias persuasivas para cambiar la narrativa inicial (p. ej., reestructuración cognitiva...). Si la connotación prescriptiva de la denominación de “indicación de no tratamiento” no era suficientemente reveladora de la paradoja del proceso, el detalle de los elementos implicados deja a las claras el oxímoron cuando se refiere a los problemas de salud mental.

En propiedad, en lo que respecta a lo psicológico, la indicación de no tratamiento se entiende mejor como una intervención de un solo acto que como un acto de no intervención. En el caso de que la expectativa fuera la de obtener un fármaco (un psicofármaco, en el ámbito de salud mental), puede entenderse que lo que se ha prescrito es la negación del fármaco, el no tratamiento. Sin embargo, si la expectativa era la de obtener ayuda psicológica para un problema de salud mental —sabemos de la preferencia general de los pacientes por los tratamientos psicológicos sobre los farmacológicos—, en realidad, el paciente está obteniendo una forma de intervención psicológica de ultrabreve presentada como no intervención.

La indicación de no tratamiento puede, en sí misma, convertirse en una intervención de alta resolución que impone una decisión rápida y superficial sobre el malestar del paciente. Esta intervención rápida tiene el riesgo inherente de reducir la complejidad de los problemas psicológicos a una respuesta simplificada sin considerar adecuadamente las particularidades de cada caso, haciendo prevalecer la supuesta eficiencia —nombrada conciencia— social sobre la calidad. Las limitaciones autoimpuestas en el tiempo que debería dedicarse a estos casos corren el riesgo de pasar por alto necesidades más profundas o contextuales del paciente, desestimando la oportunidad de ofrecer una atención personalizada —no necesariamente la más invasiva y rápida. Así, la indicación de no tratamiento podría convertirse en una forma de desatención que desestima posibles soluciones terapéuticas de mayor intensidad que podrían ser beneficiosas a la larga para la prevención. Una indicación que, invocando elevadas causas sociales, en ocasiones no sale del proverbial paternalismo médico para “prescribir” acciones sociales como acudir a la biblioteca o afiliarse a un sindicato (Gérvase-Camacho, Pérez-Fernández y Pastor-Valero, 2018) a adultos funcionales que en principio no buscan la guía de un profesional sanitario para esas decisiones.

Paradójicamente, la psiquiatría crítica, que cuestiona las prácticas y supuestos tradicionales de la psiquiatría convencional (esto es, biologicista), al apelar a la prevención cuaternaria, acaba coincidiendo con la psiquiatría convencional en no considerar entidades tratables aquellas que puedan explicarse mejor por circunstancias ambientales que por una supuesta causa orgánica. Sin que en la práctica ninguno de los dos frentes deje de anteponer, si bien desdeñosamente, las prescripciones de psicofármacos a los tratamientos psicológicos formales para los considerados trastornos emocionales menores o subclínicos.

Más pertinente parece englobar la indicación de no tratamiento dentro de un modelo de atención escalonada, que empieza con la atenta espera hasta avanzar, si aumenta la gravedad del problema o se mantiene en el tiempo, a las intervenciones más intensas y complejas (Bower y Gilbody, 2005). Recientemente Kostic et al. (2024) proponen como tratamiento de primera línea para pacientes no suicidas con síntomas depresivos, frente al tratamiento inicial con antidepresivos o costosas psicoterapias estructuradas, la espera atenta acompañada de una breve intervención psicosocial que fortalezca los recursos psicológicos saludables, la desestigmatización y acciones a través de un proceso de decisiones compartidas. Algo que es asimilable a los elementos psicoterapéuticos que se han descrito dentro de la indicación de no tratamiento, pero asumiendo que el proceso puede llevar más de una sesión y que algunos pacientes, independientemente de la intensidad inicial de los síntomas o sus desencadenantes psicosociales, requerirán tratamientos más intensivos posteriormente (Kostic et al., 2024).

La Falaz Analogía Prescriptiva

No es objeto de este trabajo profundizar en las diferencias y similitudes entre la psicoterapia y la psicofarmacoterapia en tanto indicaciones, efectos, duración, administración, calidad de vida, costes, preferencias de los usuarios, etc. Basta señalar aquí el riesgo de concebirlas como intercambiables, ignorando los efectos diferenciales en cuanto a la significación para profesionales, pacientes y la sociedad en conjunto. Aunque ambas formas de

tratamientos tienen efectos cognitivos, emocionales, conductuales y cerebrales (Quidé, Witteveen, El-Hage, Veltman, y Olf, 2012), prescribir medicación u ofrecer un tratamiento psicológico tienen connotaciones bien distintas tanto para el profesional/terapeuta como para el paciente.

Las diferencias en el significado atribuido a un tratamiento psicológico frente a uno farmacológico influyen en la conceptualización personal y social del malestar psíquico. Un enfoque farmacológico suele enmarcar los problemas psicológicos como enfermedades biológicas, destacando desequilibrios neuroquímicos o genéticos como causas subyacentes. Este marco, que puede tener sus beneficios en algunos casos, concibe el malestar como algo externo e inmutable, lo que puede disminuir la sensación de control sobre el proceso de recuperación (Lebowitz y Appelbaum, 2019; Lebowitz, 2019) y aun reducir la empatía de los clínicos hacia los pacientes, viéndolos como distintos del resto de la población, merecedores de la exclusión social (Lebowitz y Ahn, 2014). La medicación se entiende desde esta perspectiva como una solución técnica de un profesional para corregir un defecto identificado en el paciente. En contraste, la psicoterapia se centra en la comprensión de los problemas como respuestas a circunstancias vitales, como relaciones interpersonales conflictivas, experiencias traumáticas o patrones de pensamiento disfuncionales, promoviendo una narrativa que resalta el papel activo del paciente en su propio cambio, fomentando procesos de reflexión y la resignificación de experiencias pasadas y presentes (Gonçalves y Stiles, 2011). Integrar el malestar psicológico en la historia personal, como se procura en la formulación del caso, tiene el potencial de reforzar la percepción de crecimiento personal y la transformación activa de uno mismo y de su entorno (Johnstone y Dallos, 2017).

La perspectiva psicológica en la atención a la salud aporta un enfoque integral que inherentemente considera los contextos sociales y personales, y promueve una atención adaptada a las necesidades individuales, lo cual está alineado con la concepción holística de la salud promovida por la Organización Mundial de la Salud, que enfatiza el bienestar físico, mental y social como componentes interdependientes del estado de salud. Concebir la psicoterapia y la psicofarmacoterapia como enfoques equiparables a efectos de la prevención cuaternaria lleva ignorar no solo las diferencias sustanciales en significación de una y otra, sino la propia naturaleza de la indicación de no tratamiento.

Algunas Prevenciones más

Además de los riesgos derivados de establecer una equivalencia entre los tratamientos psicológicos y los farmacológicos, y el pasar por alto que la indicación de no tratamiento es en sí un tipo de psicoterapia de baja intensidad, la implementación de la prevención cuaternaria debe contemplarse con otras cautelas para garantizar su efectividad clínica y aplicabilidad ética.

En primer lugar, uno de los mayores desafíos asociados con la prevención cuaternaria es el riesgo de infratratamiento. Aunque el objetivo de este enfoque es evitar intervenciones innecesarias o dañinas, en algunos casos podría llevar a la omisión de tratamientos necesarios. Este riesgo es particularmente relevante cuando el diagnóstico y tratamiento oportunos pueden marcar una diferencia significativa en el curso de un trastorno. No obstante, la prevención cuaternaria podría interpretarse erróneamente como una invitación

a reducir intervenciones basándose únicamente en la incertidumbre diagnóstica (particularmente alta en salud mental), lo que podría resultar a la larga en un agravamiento de la condición clínica y de los costes personales y sociales.

Las decisiones clínicas, especialmente en el ámbito de la salud mental, suelen depender de factores subjetivos que incluyen la perspectiva del profesional, el contexto cultural y las expectativas del paciente. Por ejemplo, el diagnóstico de TDAH ha sido objeto de debate debido a las discrepancias en los umbrales diagnósticos entre países, lo que puede reflejar la influencia del contexto sociocultural más que diferencias reales en prevalencia (MacDonald et al., 2019; Chan, Shum, y Sonuga-Barke, 2022). Precisamente por la ausencia de criterios claros, existe el riesgo de que la prevención cuaternaria se aplique de manera inconsistente, agudizando las desigualdades en el acceso al tratamiento en salud mental dentro del sector público.

En un contexto de presión por los exigüos recursos económicos de los sistemas de salud, las decisiones sobre evitar intervenciones tienen el riesgo de estar guiadas más por consideraciones económicas que clínicas. Esto podría llevar a desigualdades en el acceso a tratamientos y a la percepción de que la prevención cuaternaria sirve más a los intereses del sistema que a los del paciente. Este riesgo es especialmente notable en el caso de salud mental, donde se tiende a estigmatizar a los pacientes y a subestimar la repercusión de estos trastornos.

Aunque la prevención cuaternaria cuenta con cierto respaldo conceptual, la base empírica de su implementación es escasa. La mayoría de los estudios en este campo son de carácter narrativo o teórico, lo que dificulta la creación de protocolos estandarizados basados en evidencia. Esto plantea un problema para su implementación en sistemas de salud que deberían priorizar intervenciones con resultados medibles.

La prevención cuaternaria también plantea desafíos éticos relevantes. En algunos casos, los profesionales podrían enfrentarse a conflictos con la autonomía del paciente. Esto es particularmente problemático en la salud mental, donde las percepciones del malestar y las expectativas sobre el tratamiento pueden variar ampliamente entre pacientes y profesionales, lo que sabemos que influye en la relación terapéutica y en los resultados de las intervenciones (McHugh, Whitton, Peckham, Welge, y Otto, 2013).

Por último, si bien con la indicación de no tratamiento se busca reducir los tratamientos derivados de algunos diagnósticos en casos particulares (reacciones al estrés, duelos, TDAH, ansiedad social, trastornos bipolares sin episodios propiamente maníacos, etc.), no necesariamente desafía la lógica subyacente del sistema que produce tales excesos. Su impacto se centra principalmente a nivel individual, dejando intacto no solo el marco conceptual que sustenta el sobrediagnóstico y la medicalización, sino también los factores económicos, culturales, tecnológicos, profesionales y regulatorios que contribuyen a estos fenómenos.

Conclusiones

La prevención cuaternaria, acertadamente arraigada en el principio hipocrático *primum non nocere*, subraya un aspecto sumamente relevante en la práctica de la salud mental, al ofrecer una respuesta crítica a los riesgos del sobrediagnóstico, la

medicalización y las intervenciones innecesarias. Sin embargo, su implementación en salud mental está expuesta a múltiples desafíos pragmáticos y conceptuales.

Uno de los principales puntos de tensión es la paradoja inherente a la indicación de no tratamiento, que, en la práctica, puede verse como una intervención terapéutica de alta resolución que simplifica las complejidades del malestar psicológico y que prioriza la eficiencia sobre la personalización de la atención, algo que iría en dirección contraria al horizonte asistencial e investigador de los tratamientos psicológicos en salud mental (Harnas et al., 2024; Nye, Delgadillo, y Barkham, 2023).

La razón subyacente más parsimoniosa al recurrente cuestionamiento del papel de los tratamientos psicológicos en el ámbito sanitario por unos y otros es la concepción errónea de lo que estos son, tanto por parte de la sociedad en general como de los propios profesionales. En ocasiones se asimilan al tratamiento farmacológico, en otras, se reducen al acompañamiento emocional, subestimando su dimensión técnica, estructurada y basada en la evidencia, tanto para los casos leves o subclínicos como para los casos más graves. Esto socava la imagen del psicólogo clínico como especialista capaz de, no solo administrar tratamientos psicológicos, sino, sobre todo, de determinar, tras la pertinente evaluación, qué tratamientos debe o no administrar. Es precisamente en esta responsabilidad fundamental donde reside su carácter facultativo.

Pese a las comúnmente aceptadas recomendaciones de las guías clínicas —basadas en la mejor evidencia disponible— sobre hacer prevalecer los menos invasivos tratamientos psicológicos en las fases iniciales y en los estados leves de los trastornos mentales más prevalentes, así como el tener en cuenta las preferencias de los pacientes, en España recibir un tratamiento psicológico en exclusiva es el más infrecuente de los casos. Los estudios epidemiológicos de gran escala informan de que la mayor parte de las personas que reúnen criterios de un trastorno mental no reciben tratamiento alguno, y en nuestro contexto, cuando reciben un tratamiento, este suele ser exclusivamente psicofarmacológico (Codony et al., 2007). Además, aproximadamente solo la mitad de las personas con trastornos afectivos que cumplen criterios buscan ayuda en el año de inicio del trastorno (Codony et al., 2007). Significativamente para el caso, un menor nivel educativo, eventos estresantes desencadenantes, antecedentes de episodios depresivos previos no diagnosticados y comorbilidad somática han sido relacionados con un mayor retraso en el inicio del tratamiento (Huerta-Ramírez et al., 2013).

Es indiscutible que los cambios a nivel social y estructural orientados a abordar los determinantes sociales que influyen en el bienestar psicológico, como la pobreza, el estrés crónico o la exclusión social, juegan un papel crucial en la prevención de los problemas psicológicos (entiéndase también los trastornos mentales). Sin embargo, reconocer la importancia de estos cambios no debería llevar a la conclusión de que el acceso a los tratamientos psicológicos es innecesario o redundante, pues operan en un nivel distinto, aunque los planos social e individual interactúan entre sí. Se entiende fácilmente que el reconocimiento de los determinantes sociales de problemas de salud física, como la obesidad o las enfermedades cardiovasculares, no invalida o limita la necesidad de los tratamientos endocrinológicos y oncológicos. Pues lo mismo puede afirmarse respecto a los tratamientos psicológicos para los trastornos mentales afectados por factores socio-ambientales.

La prevención cuaternaria en salud mental apunta noblemente a la necesidad de evitar el daño de intervenciones innecesarias, lo cual es fundamental en un campo tan susceptible a las subjetividades. Sin embargo, sus postulados y recomendaciones deben entenderse con cautela, especialmente cuando se trata de los tratamientos psicológicos en el sistema público, que están, por lo general, sistemáticamente infradotados e infrautilizados. Una interpretación no juiciosa de la prevención cuaternaria podría agravar la brecha en el acceso a los tratamientos psicológicos y llevar a la conclusión errónea de que no son necesarios o incluso a su rechazo por parte de los colectivos profesionales que deben reclamarlos. Esto también lo debemos prevenir.

Conflicto de Intereses

El autor declara no tener conflictos de intereses directos en relación con este trabajo. No obstante, las reflexiones presentadas se desarrollaron desde su posición como Facultativo Especialista de Área en Psicología Clínica en un hospital público.

Referencias

- Álvarez-Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.
- Bower, P., y Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11-17. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.11>
- Chan, W. W. Y., Shum, K. K., y Sonuga-Barke, E. J. S. (2022). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in cultural context: Do parents in Hong Kong and the United Kingdom adopt different thresholds when rating symptoms, and if so why? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 31(3), e1923. <https://doi.org/10.1002/mp.1923>
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., Fernández, A., Usall, J., Dolz, M., y Haro, J. M. (2007). Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(Supl. 2), 21-28.
- Devulapalli, K. K., y Nasrallah, H. A. (2009). An analysis of the high psychotropic off-label use in psychiatric disorders: The majority of psychiatric diagnoses have no approved drug. *Asian Journal of Psychiatry*, 2(1), 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2009.01.005>
- Foucault, M. (1978). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frances, A. (2013). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Editorial Ariel.
- García-Moratalla, B. (2012). Indicación de no-tratamiento para personas sin diagnóstico de trastorno mental. *Norte de Salud Mental*, 10(43), 43-52.
- Gérvás-Camacho, J., Pérez-Fernández, M., y Pastor-Valero, M. A. (2018). La medicalización del vivir y del sufrir. En I. Hernández-Aguado y B. Lumbrales Lacarra (Eds.), *Manual de epidemiología y salud pública: Para grados en ciencias de la salud* (pp. 265-267). Editorial Médica Panamericana.
- Gérvás, J., y Pérez-Fernández, M. (2006). Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(Supl. 3), 66-71. <https://doi.org/10.1157/13101092>
- Gonçalves, M. M., y Stiles, W. B. (2011). Narrative and psychotherapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21(1), 1-3. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.534510>
- Harnas, S. J., Knoop, H., Sprangers, M. A. G., y Braamse, A. M. J. (2024). Defining and operationalizing personalized psychological treatment: A systematic literature review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(5), 467-489. <https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2333345>
- Huerta-Ramírez, R., Bertsch, J., Cabello, M., Roca, M., Haro, J. M., y Ayuso-Mateos, J. L. (2013). Diagnosis delay in first episodes of major depression: A study of primary care patients in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 1247-1250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.009>
- Illich, I. (1976). *Némesis médica: La expropiación de la salud* (Trad. J. Bayo). Barcelona: Barral Editores.
- Johnstone, L., y Dallos, R. (Eds.). (2017). *La formulación en la psicología y la psicoterapia: Dando sentido a los problemas de la gente*. Desclée de Brouwer.
- Kendler, K. S. (2016). The phenomenology of major depression and the representativeness and nature of DSM criteria. *The American Journal of Psychiatry*, 173(8), 771-780. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15121509>
- Kostic, M., Milojevic, T., Buzejic, J., Spasić Stojakovic, M., Maslak, J., Ilic, M., Jakovljevic, A., Munjiza Jovanovic, A., Podgorac, A., Dabetic, M., Vezmar, M., y Lazarevic, M. (2024). Watchful waiting for depression using depathologization, advice and shared decision making. *Journal of Affective Disorders Reports*, 16, 100753. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100753>
- Krogsbøll, L. T., Jørgensen, K. J., Larsen, C. G., y Gøtzsche, P. C. (2012). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345, e7191. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7191>
- Le, L. K.-D., Esturas, A. C., Mihalopoulos, C., Chiotelis, O., Bucholz, J., Chatterton, M. L., et al. (2021). Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. *PLOS Medicine*, 18(5), e1003606. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003606>
- Leavell, H., y Clark, E. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiological approach*. New York: McGraw-Hill.
- Lebowitz, M. S. (2019). The implications of genetic and other biological explanations for thinking about mental disorders. *The Hastings Center Report*, 49(Suppl. 1), S82-S87. <https://doi.org/10.1002/hast.1020>
- Lebowitz, M. S., y Ahn, W. K. (2014). Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(50), 17786-17790. <https://doi.org/10.1073/pnas.1414058111>
- Lebowitz, M. S., y Appelbaum, P. S. (2019). Biomedical explanations of psychopathology and their implications for attitudes and beliefs about mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 555-577. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095416>
- MacDonald, B., Pennington, B. F., Willcutt, E. G., Dmitrieva, J., Samuelsson, S., Byrne, B., y Olson, R. K. (2019). Cross-country differences in parental reporting of symptoms of ADHD. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 50(6), 806-824. <https://doi.org/10.1177/0022022119852422>
- McHugh, R. K., Whittton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., y Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595-602. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>
- Muniz, M. S. C., Ferrari, S. E. N., Duarte, I. N., Santos, L. L. dos, y Ferreira, J. B. B. (2022). Quaternary prevention and its implications for the clinical practice: A systematic review. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 55(4), e188477. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.188477>

- Nye, A., Delgadillo, J., y Barkham, M. (2023). Efficacy of personalized psychological interventions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(7), 389-397. <https://doi.org/10.1037/ccp0000820>
- Ortiz-Lobo, A., e Ibáñez-Rojo, V. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Revista Española de Salud Pública*, 85(6), 513-523.
- Ortiz-Lobo, A., y Murcia-García, L. (2009). La indicación de no-tratamiento: Aspectos psicoterapéuticos. En A. Retolaza (Coord.), *Trastornos mentales comunes: Manual de orientación* (pp. 179-194). Asociación Española de Neuropsiquiatría, AEN estudios/41.
- Paris, J. (2015). *Overdiagnosis in psychiatry: How modern psychiatry lost its way while creating a diagnosis for almost all of life's misfortunes*. Oxford University Press.
- Quidé, Y., Witteveen, A. B., El-Hage, W., Veltman, D. J., y Olf, M. (2012). Differences between effects of psychological versus pharmacological treatments on functional and morphological brain alterations in anxiety disorders and major depressive disorder: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(1), 626-644. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.09.004>
- Skrabaneck, P. (1990). Why is preventive medicine exempted from ethical constraints? *Journal of Medical Ethics*, 16(4), 187-190. <https://doi.org/10.1136/jme.16.4.187>
- Suarez-Cuba, M. A. (2013). Prevención cuaternaria en medicina familiar/general. *Revista Médica La Paz*, 19(1), 67-72.
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. BDCAP Series 2 [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. Recuperado el 7 de septiembre de 2024, de https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Szasz, T. S. (2013). *El mito de la enfermedad mental: Fundamentos de una teoría de la conducta personal*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Wijnans, L., Lecomte, C., Vries, C de, Weibel, D., Sammon, C., Hviid, A., Svanström, H., Mølgaard-Nielsen, D., Heijbel, H., Dahlström, L. A., Hallgren, J., Sørensen, P., Jennum, P., Mosseveld, M., Schuemie, M., Maas, N. van der, Partinen, M., Romio, S., Trotta, F., Santuccio, C., ... Sturkenboom, M. C. (2013). The incidence of narcolepsy in Europe: Before, during, and after the influenza A(H1N1)pdm09 pandemic and vaccination campaigns. *Vaccine*, 31(8), 1246-1254. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.12.015>
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20(4), 487-504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>