



ARTICULO ESPECIAL

Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos?

M. Jesús Cerecedo Pérez^{a,b,*}, Margarita Tovar Bobo^c y Aurora Rozadilla Arias^d

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Saúde Perillo, Servicio Galego de Saúde, A Coruña, España

^b Miembro del GdT de Salud Mental de Semfyc, España

^c Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Saúde Culleredo, Servicio Galego de Saúde, A Coruña, España

^d Enfermería de Atención Primaria Psicología Clínica, Centro de Saúde Culleredo, Servicio Galego de Saúde, A Coruña, España

Recibido el 27 de febrero de 2013; aceptado el 9 de mayo de 2013

Disponible en Internet el 20 de septiembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Medicalización;
Etiquetas de
enfermedad;
Invención de
enfermedades;
latrogenia sanitaria

KEYWORDS

Medicalization;
Disease labeling;
Fake disease;
iatrogenesis

Resumen El poder de la medicina ha hecho atractiva la idea de «medicalizar» aspectos de la vida que se pueden percibir como problemas médicos aun sin serlo. La medicina, como reflejo de la cultura del bienestar, genera en ocasiones falsas necesidades, y aspectos de la vida cotidiana son medicalizados con el pretexto de tratar falsas enfermedades como astenia primaveral y timidez, o procesos biológicos naturales como la menopausia.

A pesar del mayor bienestar material, cada día atendemos a más personas que se quejan de malestares que quizá tengan más que ver con «estar mal» que con auténticas «enfermedades». La lista puede ser interminable: tristeza, niños hiperactivos, vigorexias o adolescentes problemáticos, entre otros. En este artículo se revisan algunas intervenciones que desde la consulta contribuyen a fomentar dichas situaciones. La adversidad cotidiana adquiere hoy rango de enfermedad, de ahí el notable aumento de las consultas en los diferentes dispositivos sanitarios.

© 2013 Elsevier España, S.L. Open access under [CC BY-NC-ND license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Medicalization of life at the GP level: Where are we headed to?

Abstract The power of medicine has lately enhanced the idea of medicalizing any aspects of life that can be perceived as medical problems. Medicine sometimes creates false needs and there is nowadays an increasing number of situations are medicalized with the pretext of treating fake diseases such as spring fatigue, shyness or natural biological processes like menopause.

Despite the better life conditions, we now attend more people that complain about discomfort that may have more to do with «feeling sick» than with authentic disease. There is an endless list: sadness, hyperactive children, anorexia, bulimia, vigorexia or problematic teenagers, amongst others. In this article we revise some interventions that, contribute to promote these situations also from the own doctor's office. Everyday adversity acquires today the

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: maria.jesus.cerecedo.perez@sergas.es, cerechus@mundo-r.com (M.J. Cerecedo Pérez).

status of disease, hence the remarkable increase in these consultations in the diverse sanitary services.

© 2013 Elsevier España, S.L. Open access under [CC BY-NC-ND license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

“Casi nadie reconoce voces cuyo origen no le sean propias,

casi nadie escucha sino el eco de sus propias palabras,

casi nadie encarna la huella que dejan otras palabras,

otros sonidos, otros gestos, otros rostros”.

Carlos Skliar

Introducción

A lo largo de la historia, en los países pobres los esfuerzos se centran en la obtención de recursos básicos para la vida como disponer de alimentación adecuada o acceder a agua potable, y una vez garantizados estos, la atención se dirige a las enfermedades de mayor morbilidad, como las infecciosas. Por el contrario, en los países industrializados, la sociedad ha trasladado al campo médico problemas inherentes a la realidad subjetiva y social de las personas, y la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en un factor patógeno predominante¹.

La denominada «paradoja de la salud» hace referencia a que existe un aumento del número de enfermedades y enfermos, a la vez que mejora el nivel de salud de la población² constatándose que ante una mayor situación objetiva de salud, más son los problemas de salud declarados y que, a más recursos empleados en salud, mayor es la proporción de personas que se sienten enfermas. En la actualidad se puede considerar que «una persona sana es solamente un enfermo sin identificar»³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como algo más que la ausencia de enfermedad y la eleva al estado de bienestar absoluto, contribuyendo a la incorporación al ámbito médico de nuevas situaciones y problemas. Estamos asistiendo a la generación de una dependencia de la medicina que incapacita a las personas para cuidarse a sí mismas y a una disminución de la tolerancia al sufrimiento y malestar.

La crítica de la medicalización está ligada al nombre de Ivan Illich y la publicación de su obra *Némesis Médica*⁴, donde afirmaba: «La medicina institucionalizada amenaza la salud»; lo que era radical en 1974 es, en algún sentido, convencional hoy⁵. Este autor afirmaba que en cada sociedad, la medicina, al igual que la ley o la religión, define lo que es normal, propio o deseable. Hace énfasis en la autoridad de los profesionales sanitarios para establecer los límites de lo normal y catalogar como enfermedades, conductas poco convencionales dentro de la sociedad, calificándolas de desviaciones.

Fue Faucoult quien propuso el término «iatrogenia positiva» para referirse, no a los efectos nocivos derivados de errores o de secundarismos previsibles, sino a los efectos nocivos de las intervenciones médicas. El cuerpo humano se

convierte en un territorio privilegiado en el que el poder ejerce su acción (biopoder)⁶.

Cómo medicalizar un problema en la consulta

Cuando un paciente acude a la consulta porque quiere cambiar algo indeseable o aspira a conseguir un objetivo, los clínicos ponen en marcha procedimientos –intentos de solución– que consideran los más apropiados y lógicos para lograr dicho objetivo. Cuando así ocurre, la solución ha sido eficaz y desaparece el problema.

Sin embargo cuando la solución propuesta (solución intentada) no consigue su propósito, es frecuente que el profesional piense que lo que ha fallado no es la «solución» (analíticas, radiología, fármacos) que ha puesto en práctica, sino que considere que no la ha aplicado con la suficiente intensidad y vuelva a utilizarla con más ahínco (nuevos fármacos, más pruebas diagnósticas, derivación a otros especialistas). Si tampoco consigue su propósito, es muy posible que vuelva a repetir el mismo patrón de comportamiento infructuoso una tercera, cuarta vez... y así sucesivamente, aumentando la intensidad, fuerza o duración de la misma «solución» que no funciona. Esta «pauta redundante de intentos de solución que fueron ineficaces» es el «más de lo mismo»^{7,8} y, con ella, los problemas no se resuelven, se cronifican y se potencia la medicalización como única alternativa de solución (fig. 1).

Los clínicos damos respuestas a las demandas, que no ayudan a que la situación mejore; sobreprotegemos a las personas, planteamos actividades que se venden como preventivas sin serlo, ofrecemos soluciones a malestares como la tristeza, y animamos a los mayores, solo por el mero hecho de serlo, a que acudan al médico. No es posible seguir aplicando más de lo mismo con tendencia al infinito, es necesario hablar de los límites de la medicina⁹.

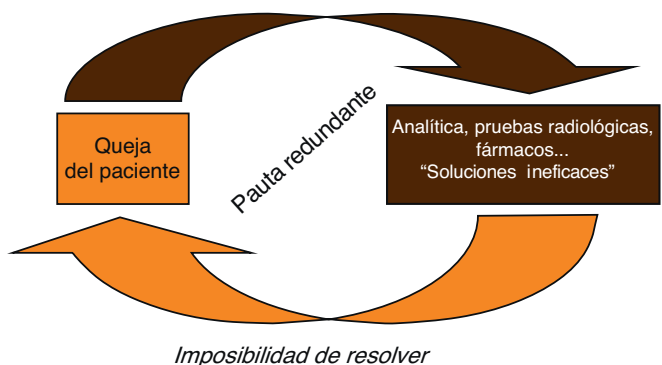


Figura 1 Ciclo vicioso que perpetua la medicalización de un problema.

Malestar psíquico y medicalización

A pesar del mayor bienestar material, cada día atendemos a más personas que se quejan de malestares que quizá tengan más que ver con «estar mal» que con auténticas «enfermedades»¹⁰. La lista puede ser interminable: tristeza, niños hiperactivos, anorexias, bulimias, vigorexias y adolescentes problemáticos, entre otros. Esta psicopatologización de la existencia corre paralela a la medicalización de la sociedad⁴.

La adversidad cotidiana tiene hoy día rango de enfermedad, y muchas veces de enfermedad mental, de ahí el notable aumento de las consultas en los diferentes dispositivos sanitarios. Lo que buscamos con más ahínco es la calidad de vida, calidad en el trabajo, en las relaciones, en el ocio; ser feliz es una especie de mandato incuestionable¹¹.

El problema no es la búsqueda de la felicidad, esto siempre ha sido así y así seguirá siendo¹², el problema radica en los caminos por los que se transita para conseguirla.

Los 3 grandes fenómenos usados para conseguir la felicidad y que pueden ser causa de desencanto son¹³:

- *El consumo.* Se suele acusar a la sociedad actual de ser excesivamente consumista, de despilfarrar en banalidades y de convertir al mundo en un supermercado. La vida es impensable sin consumo y utilizar en nuestro propio provecho los recursos del exterior no es fuente de infelicidad; el problema aparece cuando infelices e insatisfechos se lanzan a la «orgía bulímica del shopping», como ansiolítico, como satisfacción compensatoria, como forma de levantar el ánimo¹⁴. La pobreza material se vive como un fracaso personal y mina la autoestima, se experimenta vergüenza, humillación. En la sociedad del consumo, la precariedad intensifica el trastorno psicológico, la convicción de haber fracasado en la vida¹⁵.
- *Los avances técnico-científicos.* No hay quien ponga en duda el progreso y las cuotas de bienestar y comodidad que la tecnociencia conlleva. Ciertamente es un avance poder comunicarse como hoy lo hacemos, prolongar la calidad y la cantidad de vida, disponer de instrumentos diagnósticos y terapéuticos avanzados. Sin embargo, no son pocos los que le piden a la tecnociencia aquello que antes se le pedía a la religión: el milagro¹⁶. La tecnología ha invadido el espacio de lo personal observándose demandas como superar las pérdidas o mejorar el rendimiento escolar con fármacos. Esperamos de la medicina más de lo mucho que promete¹⁷.
- *El individualismo.* En la escala de valores, ocupa el primer lugar la familia, pareja e hijos; y a continuación trabajo, amigos y ocio. Es decir, se siguen valorando, más allá del consumo, los aspectos relacionales de la vida. Lo que ha cambiado es la concepción de lo colectivo; hoy pocos son los que defienden visiones colectivas de los problemas humanos. Somos más exigentes, más reflexivos, más «yo», pero también más intolerantes a la frustración y al desencanto. Cada vez hay más gente que vive sola, y las citas por Internet y los chat son más utilizados¹⁸. Los antiguos referentes no nos sostienen, y temas como el paro, la inmigración o la desigualdad entre géneros se convierten en problemas de índole individual en lugar de tener un abordaje colectivo.

Consumo, ciencia e individualismo ofrecen enormes cotas de bienestar y, a la vez, grandes dosis de malestar¹⁵. *Quizás nos sentimos infelices porque perseguimos la felicidad absoluta*, y esto en el terreno de la salud se hace patente al ver cómo se instala en la vida cotidiana el rechazo a la enfermedad y a la muerte.

En la década de los años 1980 empieza a ser aceptado, por los medios de comunicación, por la población y por los profesionales de la medicina, el cambio de paradigma de la enfermedad mental hacia un modelo bioquímico, lo que coincide en el tiempo con el lanzamiento de los nuevos psicofármacos al mercado (expansión de los antidepresivos).

Los sanitarios comienzan a ser expertos en psicofármacos con un menor interés en explorar las vidas de los pacientes. Este cambio coincide también con la elaboración de la tercera edición del DSM por parte de la Asociación Americana de Psiquiatría que, si en las anteriores reflejaba la visión freudiana de la enfermedad, en esta edición define cada trastorno mental en función de una categoría de síntomas y un umbral numérico.

El uso del DSM se universaliza y llega a todos los foros, desde las compañías de seguros hasta tribunales o equipos de investigación, convirtiéndose en la «Biblia de la psiquiatría». Con cada nueva edición del DSM crecen las categorías diagnósticas de una manera exponencial; en el año 1980 contenía 265 categorías diagnósticas frente a las 162 de la edición anterior; la versión del año 2000 cuenta con 365 diagnósticos y se está desarrollando la quinta revisión, en la que además de nuevas categorías como la timidez o la rebeldía se plantean ampliar los límites para incluir la preenfermedad y los trastornos subumbrales como «el síndrome del riesgo de psicosis». Como dice Carlat vivimos «el frenesí de los diagnósticos psiquiátricos»¹⁹ y como señala Allen Frances, presidente del grupo de trabajo del DSM-IV: «El DSM v será una bonanza para la industria farmacéutica, pero a costa de los nuevos pacientes falsos positivos que queden atrapados en la excesiva amplia red del DSM-v»²⁰. Es tal la controversia que genera entre los profesionales la inclusión de «las nuevas enfermedades» en esta próxima edición, que no consigue ver la luz.

El estudio «Nexos Financieros entre los Miembros del Panel del DSM-IV y la Industria Farmacéutica» reveló que el 100% de los «expertos» del panel de trastornos de la personalidad del DSM tenían vínculos económicos-financieros con la industria farmacéutica. Además, en dicho estudio se comenta cómo en 2003 la industria pagó a la revista de la American Psychiatric Association 7,5 millones de dólares en concepto de publicidad y, posteriormente, esa cantidad fue incrementada en un 22% hasta llegar a la suma de 9,1 millones de dólares en 2004²¹.

En este contexto, la industria fomenta una determinada visión de los malestares y los trastornos mentales y todo se presenta como de orden biológico o genético: la violencia, el juego, la tristeza, la hiperactividad infantil, las obsesiones, la anorexia, la bulimia, todo absolutamente. Si hoy prima el modelo biológico en el abordaje de todo tipo de queja, no es solo por razones científicas, sino también económicas.

La actitud que nos lleva a considerar el malestar emocional como una enfermedad susceptible de ser medicalizada no deriva tanto del conocimiento científico como de nuestro sistema de valores²². El resultado es que muchas personas se consideran enfermas ante los avatares de la vida, cuando

en realidad su salud está intacta ya que su estado emocional es consecuente con la situación que está viviendo; tienen la creencia de que no pueden enfrentarse a sus malestares sin una asistencia profesionalizada, lo que les genera una actitud pasiva ante el sufrimiento. Con esta ideología, se prepara a la gente para consumir, no para actuar²³. De ahí que ya haya profesionales que se planteen la posibilidad de la indicación de no tratamiento en el contexto de una prevención cuaternaria, lo cual no equivale a no intervención o no atención, sino a una intervención dirigida a reasignar el malestar y la demanda del paciente.

La prevención cuaternaria evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario, es decir, trata de evitar los efectos adversos de la actividad sanitaria. Los cuidados médicos preventivos y/o curativos pueden ser muy eficientes cuando son necesarios, pero peligrosos si son innecesarios. El médico y el paciente se enfrentan al enfermar sin enfermedad, al sufrimiento sin diagnóstico.

Algunas claves que en opinión de los autores ayudan a romper con la inercia medicalizadora e inician el camino del cambio son:

- La medicina tiene límites; es fundamental aceptarlos.
- El paciente es experto en su vida. Fomentar los autocuidados y cambios en los estilos de vida, así como su protagonismo, es la solución de muchos de los problemas de salud.
- No todo sufrimiento es enfermedad. Es importante normalizar situaciones vitales conflictivas para disminuir su medicalización.
- Los valores y preferencias de las personas son fundamentales en la toma de decisiones. Los sanitarios tenemos la obligación de respetarlos.
- Recuperar el discurso de la incertidumbre como parte de la vida.
- Demandas ilimitadas llevan a recursos limitados. Racionalizar las actividades en prevención, curación y rehabilitación requiere de la participación de profesionales, ciudadanos y políticos sanitarios.
- Las intervenciones médicas pueden no ser inocuas. Es importante desmitificar la creencia de que toda prevención es una actividad «buena, bonita y barata».
- No todo lo técnicamente posible es éticamente aceptable y no toda intervención anticipada es una intervención responsable.
- No hacer en la consulta «más de lo que no funciona». Dejar de hacer aquello que no aporte beneficios para la salud.
- Devolver los problemas sociales a la sociedad, y los problemas personales a las personas.

Un caso paradigmático en el que se dan muchas de las circunstancias comentadas es el de los trastornos depresivos que son la cuarta causa más importante de discapacidad en el mundo y se espera que sea la segunda en el 2020; sorprende el incremento espectacular de los casos diagnosticados. Las decepciones de la vida cotidiana, que cursan con tristeza, y que antes se resolvían con un adecuado soporte de familiares y amigos o buscando el amparo de las creencias religiosas, se han convertido en responsabilidad del

profesional, con el convencimiento por parte de la sociedad de que este tiene respuestas para todo.

El problema de prescribir tratamiento antidepresivo a personas que no lo necesitan va más allá de producir una iatrogenia medicamentosa. Una intervención de estas características fomenta una actitud pasiva ante la propia vida y contribuye a la cristalización del papel de enfermo que tendrá que consultar y tomar antidepresivos siempre que se encuentre triste²⁴.

Otro ejemplo con parecidas premisas es el manejo del duelo; hasta no hace mucho tiempo las personas morían en su casa, se las velaba en ella, acudían los vecinos para acompañar a la familia, incluso llevando comida; después, se guardaba un periodo de luto seguido de uno de alivio, donde se entendía que la persona necesitaba tiempo para asumir la pérdida y los cambios en su vida. La muerte y el duelo eran un acto social colectivo y público que formaba parte inseparable de la vida, era un proceso natural; hoy en cambio se toma como un fracaso de la técnica.

¿Es posible la felicidad sin el sufrimiento? ¿Cómo se entendería la salud sin la enfermedad? ¿O la enfermedad sin la salud? Se dice que los opuestos se atraen, pero es más aún. . . los opuestos se necesitan. No pueden «existir» el uno sin el otro; de manera tal que para ser feliz hay que sufrir, y para sufrir, ser feliz.

¿Será esta paradoja básica la responsable de tanto mal-estar? No se puede ver la vida sin su complementario, la muerte; y la misión del sistema sanitario no es evitar muertes sino retrasar aquellas innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables prestando cuidados cuando esta es irremediable, facilitando una muerte digna.

“Un 2 algo ignorante se enteró un día de que era la mitad de 4 y le pareció mal. No soportaba ser la mitad de nada.

- *No pienses que eres la mitad de 4, sino que eres el doble de 1* -le aconsejó su padre-.

Como tenía un carácter pesimista, se fijaba más en lo malo que en lo bueno, y se puso a luchar y a luchar por ser un 4.

Una vez que logró ser un 4, alguien le dijo con mala intención que el cuatro era la mitad de 8, lo que le pareció fatal. No soportaba ser la mitad de nada ni de nadie.

- *Piensa que ahora eres el doble de 2* -le dijo su padre-.

Pero él luchó y luchó por ser un 8.

Una vez que logró ser un 8, alguien le dijo que el 8 era la mitad de 16, lo que le pareció fatal. No soportaba ser la mitad de nada ni de nadie.

- *Piensa que ahora eres el doble de 4* -le dijo su padre-.

Esta historia comenzó hace mil años y aquel 2 ignorante todavía sigue duplicándose porque siempre en la vida se es la mitad de algo. Y el doble de otra cosa.”

(J. J. Millás y A. F. “Forges”, *Números pares, impares e idiotas*, 2001)

Es urgente una reflexión colectiva sobre hacia dónde nos conduce el camino realizado hasta el momento, las consecuencias de la medicalización y qué podemos hacer los implicados para reconducir dicha situación. *Es clave recuperar el discurso de la incertidumbre como parte de la vida,*

devolviendo los problemas sociales a la sociedad y los personales a las personas, teniendo siempre en mente que el paciente es experto en su vida y que darle protagonismo en la toma de decisiones es la solución de muchos de los problemas de salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Illich I. L'obsession de la santé parfaite. *Le Monde Diplomatique*. 1999 [consultado 19 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.mondediplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>
2. XXVII Congreso Nacional SEMERGEN. Mesa redonda 3. Acontecimientos vitales: medicalizando la vida. Moderador: José A. Arbesu Prieto. *Semergen* 2005;31(supl 1):13-8 [consultado 19 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/40/40v31nExtra.1a13079458pdf001.pdf>
3. Orueta R, Santos C, González E, Fagundo EM, Alejandre G, Carmona J, et al. Medicalización de la vida (I). *Rev Clín Med Fam*. 2011;4:150-61.
4. Illich I. *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores; 1975.
5. Smith R. Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health (book review). *BMJ*. 2002;24:923.
6. Foucault M. *Microfísica del poder*. Madrid: La piqueta; 1979.
7. Fisch R, Weakland JH, Segal L. *La Táctica del cambio*. 2.ª ed. Barcelona: Herder; 1988.
8. Real MA, Rodríguez-Arias JL, Real M, de la Cueva F. Terapia familiar breve en atención primaria. Programa anual 2003. Atención a la familia. Disponible en: www.elmedicointeractivo.com
9. Zapater F. Hasta aquí hemos llegado. Los límites de la medicina. *Rev Calidad Asistencial*. 2006;21:1-2.
10. Ramos J. Medicalización del malestar. Alegato por una aproximación compleja para un minimalismo terapéutico. *Revista Española de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2004;91:105-13.
11. Bruckner P. *La euforia perpetua. Sobre el deber de ser feliz*. Barcelona: Tusquets; 2001.
12. McMahon DM. *Una historia de la felicidad*. Madrid: Santillana; 2006.
13. Lipovetsky G, Charles S. *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Anagrama; 2006.
14. Verdú V. *El estilo del mundo*. En: *La vida en el capitalismo de ficción*. Barcelona: Anagrama; 2003.
15. Talarn A, Rigat A, Carbonell X. Los malestares psicológicos en la sociedad del bienestar. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*. Aloma. N.º 29-2011-325-340. Disponible en: <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/118>
16. Gray J. *Contra el progreso y otras ilusiones*. Barcelona: Paidós; 2006.
17. Macip S. *Immortales y perfectos. Cómo la medicina cambiará radicalmente nuestras vidas*. Barcelona: Destino; 2008.
18. Sánchez-Carbonell X, Beranuy M. La adicción a internet como sobreadaptación social. En: Talarn A, editor. *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder; 2007. p. 341-68.
19. Carlat D. *Unhinged the trouble with psychiatry—A doctor's revelations about a profession in crisis*. Free Press; 2010.
20. Frances AJ. A warning sign on the road to DSM-V: beware of its unintended consequences. *Psychiatric Times*. 2009;26. Disponible en: <http://www.psychiatristimes.com/dsm-5/content/article/10168/1425378>
21. Cosgrove L, Krinsky S, Vijayaraghavana M, Schneider L. Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry. *Psychother Psychosom*. 2006;75:154-60.
22. Dowrick C. *Beyond depression*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
23. Ortiz-Lobo A. Los profesionales de la salud mental y el tratamiento del malestar. *Átopos Salud mental, comunidad y cultura*. 2006;7:26-34.
24. Ortiz Lobo A, Lozano Serrano C, Fernández Jiménez G. La evolución de la prescripción y los costes de los antidepresivos en un área de Atención Primaria (1996-2001). *Semergen*. 2005;31:456-61.