



Sábado 2 de febrero de 2013
Mesa redonda:
Cuestiones a debate: "Dividencias"

Moderador:

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce
Pediatra de Atención Primaria. CS Juan de la Cierva.
Getafe, Madrid.

- **Enfermedad celiaca ¿luces o sombras?**
Eduardo Arranz Sanz
Instituto de Biología y Genética Molecular (IBGM). Universidad de Valladolid-CSIC. Valladolid.
- **¿Quo vadis Pediatría? Disease mongering**
M.ª Elisa Morell Sixto
Médico de Familia. EAP San Blas. Parla, Madrid.
- **El lado oscuro de los diagnósticos: las etiquetas**
Carmen Martínez González
Pediatra. Magíster en Bioética. EAP San Blas. Parla, Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Martínez González C, Ortega González C. El lado oscuro de los diagnósticos: las etiquetas. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2013. Madrid: Exlibris Ediciones; 2013. p. 93-8.

El lado oscuro de los diagnósticos: las etiquetas

Carmen Martínez González

Pediatra. Magíster en Bioética. EAP San Blas. Parla, Madrid.
carmendiri@gmail.com

Carmen Ortega González

Médico de Familia. EAP San Blas. Parla, Madrid.

RESUMEN

El término medicalización alude al proceso por el cual se definen y transforman situaciones de la vida diaria en problemas médicos. Es un fenómeno cargado de potencial iatrogenia y costes: solo en el año 2005 el gasto estimado por la medicalización en EE. UU. fue de 77 billones de dólares.

Etiquetar es una forma de medicalizar. Un acto médico que puede ser fútil, inapropiado e innecesario, si no mejora la calidad de vida del paciente y solo aporta una explicación a un problema en términos médicos. Puede generar dependencia del sistema sanitario, estigmatización, percepción innecesaria de enfermedad y construcción de un falso self.

Perseguir la uniformidad no es posible ni deseable. No es un fin de la medicina. El pediatra de perfil normalizador debe estar formado sin dejar de cultivar el escepticismo, ser prudente y analizar con cautela los éxitos de la medicina, alejarse de la influencia de la industria y ser consciente del valor y el poder de sus palabras.

Palabras clave: medicalización, diagnósticos, etiquetas, infancia, disease mongering.

INTRODUCCIÓN

La incorporación del lenguaje médico en la vida diaria y la influencia cada vez mayor de la medicina en todas las áreas de la vida es un hecho observado por todos. Una realidad que fue anticipada por el dramaturgo Jules Romain en su obra *Knock o el triunfo de la medicina* (1922), que en síntesis trata de cómo toda la población sana de un pequeño pueblo francés acaba sintiéndose enferma por la influencia del falso Dr. Knock, interpretado por el famoso actor L. Jovet. Dos frases antológicas plasman el carácter irónico de director y actor: una del falso Dr. Knock, "los sanos son enfermos que simplemente no saben que lo están", y otra del propio actor L. Jovet, "hay actuaciones donde el público tiene poco talento."

¿Cuánto hay de profético en esa frase de Knock?, ¿somos los médicos un público con poco talento para juzgar la realidad, acomodados en nuestras butacas de espectadores?

Más allá de esta obra siempre ha habido voces críticas con la medicalización. Incómodos para muchos, escuchados por pocos, rebosantes de ideas provocadoras capaces de impugnar el orden existente, desde el clásico Iván Illich hasta el contemporáneo Ray Moynihan¹, podemos rastrear algunos autores²⁻³ y editores como los del BMJ, pioneros en publicaciones sobre medicalización desde 1974^{5,6}.

Hay que recordar que el término *medicalización* alude al proceso por el cual se definen y transforman situaciones de la vida diaria en problemas médicos. Concepto que, lejos de ser neutro, está cargado de potencial iatrogenia: puede transformar sanos en enfermos, neutralizar la capacidad personal de afrontar dificultades, consumir recursos y generar costes directos e indirectos. Solo en el año 2005 en EE. UU., el gasto estimado por la medicalización fue de 77 billones de dólares⁷, dato que por sí solo justifica un debate sobre todos los puntos susceptibles de contención: desde el exceso de lenguaje técnico en la relación con el paciente, el uso y abuso de diagnósticos innecesarios, la delegación de muchos problemas humanos en médicos y psicólogos hasta el fenómeno del *disease mongering*⁸.

La salud y la enfermedad. Límites y limitaciones

Analizar aquí los conceptos de *salud* y *enfermedad* y, sobre todo, qué tipo de normalidad queremos y a veces imponemos sería imposible y presuntuoso, pero al menos conviene salir de reduccionismos simplistas y entender que son conceptos complejos. Muchas patologías tienen un sustrato orgánico o un marcador biológico (tumores, malformaciones, infecciones...), pero otras han sido definidas por consenso (los trastornos psicológicos), por la moral imperante (como fue la homosexualidad), con influencia de la industria farmacéutica (el TDAH), o por la cultura del momento (la ludopatía). Y esto se puede ver desbordado en un futuro, que es casi el presente, con los test predictivos de enfermedades de inicio en la edad adulta⁹. Diagnósticos que serán muchas veces innecesarios o fuera del momento oportuno, añadiendo incertidumbre, complejidad a la relación clínica (decir, no decir, cómo decir...) y más medicalización¹⁰.

Los límites entre la salud y la enfermedad son especialmente controvertidos en salud mental (SM). Cada vez hay más críticas calificadas al futuro DSM-V¹¹, por convertir en trastornos un número mayor de comportamientos (riesgo de psicosis, trastorno de atracones, hipersexualidad¹², etc.). Surgen grupos que promueven abordajes más dialogantes, más contextualizados, menos medicalizados. Sociedades científicas que consideran que la provisión de servicios de SM es, ante todo, "una empresa moral, social, política y filosófica"¹³. Y en Pediatría es imposible no ser escéptico frente a algunas cifras escalofrantes como las prescripciones de metilfenidato en España, que han aumentado un 1800% del 2002 al 2010¹⁴ o el dato del CDC que estima que 1 de cada 88 niños (11,3 por 1000) tiene un trastorno del espectro autista¹⁵.

Quizá perseguimos una uniformidad que no es posible ni deseable. No es un fin de la medicina.

Etiquetas y diagnósticos. Una palabra tuya, bastará para enfermarme

La medicalización del lenguaje tiene que ver con la devaluación del síntoma y el retroceso de la palabra en sus

funciones comunicativas; es más fácil poner una palabra que abrir un diálogo. Pero el lenguaje es el medio privilegiado de comunicación con los pacientes y nuestra palabra, que tiene capacidad terapéutica, también puede lesionar; generar dudas, desconciertos o sensación subjetiva de enfermedad cuando no la hay. A veces usamos términos, para nosotros habituales, que sugieren patología sin explicar y sin tener en cuenta las dudas que desencadenamos. Esta tendencia a tecnificar nuestro lenguaje junto con la facilidad para hacer estudios complementarios¹⁶ (encontrando lo que no buscamos), la necesidad de codificar motivos de consulta son factores que influyen en la medicalización.

Etiquetar es una forma de medicalizar. Diagnosticar no debe ser poner un nombre, categorizar un cuadro o agrupar coherentemente una serie de signos o síntomas. Debe ser un acto beneficioso para el paciente que busque un objetivo terapéutico o al menos mejoría en la calidad de vida. En este sentido, algunos diagnósticos son más bien etiquetas: "Marcas o señales que se colocan en algo o alguien para su identificación, valoración o clasificación" según define la Real Academia Española.

El diagnóstico debe ser un proceso centrado en el paciente. Por eso también podemos etiquetar usando términos o diagnósticos técnicamente correctos en pacientes o en momentos inadecuados. Por ejemplo, algu-

nos niños se beneficiarán de un diagnóstico precoz de retraso mental leve y otros nunca¹⁷; decirle a una madre hipocondríaca que su hijo (con un déficit de IgA) "tiene una inmunodeficiencia" puede agravar la sobreprotección y la sensación de enfermedad del hijo asmático; un diagnóstico de "hidrocefalia benigna" en general no aporta nada, pero contado a un padre con una enfermedad neurológica puede suponer una depresión.

Etiquetar tiene consecuencias. La etiqueta médica¹⁸ (tabla 1) puede convertir a un niño con dificultades en enfermo. Supone gastos evitables, tratamientos innecesarios, dependencia del sistema sanitario en problemas que competen más bien al ámbito educativo o social. Puede ser estigmatizante, generar una discriminación escolar o social evitable y someter al paciente a procedimientos diagnósticos con riesgos, molestias y hallazgos casuales que obligan a continuar realizando estudios¹⁹. Es una inversión de tiempo y dedicación para la familia, que puede generar una percepción de enfermedad con impacto negativo sobre la SM o el desarrollo evolutivo. Si no mejora la calidad de vida del paciente y solo aporta una explicación a un problema en términos científicos, puede ser un acto médico fútil e inapropiado por innecesario²⁰.

Etiquetar puede influir en nuestra relación con el paciente, en las relaciones familiares y en la propia forma de ser del niño. Es fácil que no tenga la misma percepción de sí

Tabla 1. La etiqueta médica

LA ETIQUETA

- Es un acto médico fútil e inapropiado por innecesario, que no mejora la calidad de vida del paciente, aportando solo una explicación a un problema en términos médicos.
- Transforma la dificultad en enfermedad.
- Ocasiona gastos para el sistema sanitario e inversión de tiempo y dedicación para la familia.

RIESGOS DE LAS ETIQUETAS

- Dependencia del sistema sanitario.
- Estigmatización o discriminación.
- Hallazgos casuales (*incidentalomas*) que obligan a continuar realizando estudios.
- Percepción de enfermedad en el niño y su familia con impacto negativo sobre su salud mental o su desarrollo evolutivo.
- Construcción de un falso *self*.
- Tratamientos innecesarios.

mismo un niño que "va mal en el colegio" que otro que "tiene retraso mental". Porque no solo está creciendo en términos biológicos, sino construyendo una subjetividad que puede organizarse de forma defensiva ocultando su verdadero *self* (la fuente de los impulsos personales), para adaptarse al ambiente organizando un falso *self*. Esto que Winnicott asociaba a una adaptación prematura del lactante a los primeros cuidados maternos, podría darse también cuando un niño adapta y organiza su personalidad frente a un diagnóstico innecesario, que le marca como diferente y no precisamente mejor.

Un diagnóstico debe conllevar una alternativa terapéutica, curación, posibilidad de investigación clínica o al menos una mejora en la calidad de vida para el paciente y la familia.

Los pediatras entendemos que la tos productiva es un síntoma que en esencia no hay que tratar porque tiene una función, pero no entendemos tanto que muchos síntomas psicológicos también la tienen. En este sentido, la prisa por los diagnósticos precoces, sobre todo en SM, habilita el paso del síntoma (escasa atención, hiperactividad...) a la etiqueta, sin dar tiempo a entender ni a estudiar el trasfondo. En ocasiones, incluso después de establecido un diagnóstico clínico adecuado parece que hay que buscar el *incidentaloma*. Se tortura el diagnóstico hasta que hable a través de algún signo inespecífico en la RMN o en el TAC, como ocurre en los estudios del retraso mental, en donde cualquier hallazgo agrava la sensación de enfermedad, añade apellidos y justifica el honorífico título de "minusvalía" que a veces se requiere para conseguir apoyos escolares. Evidentemente no es un maltrato en el sentido legal del término pero tampoco es un buen trato.

Finalmente parece que había mucho de profético en la obra de Romain. También puede que los médicos aunque tengamos talento, en ocasiones juzguemos la realidad demasiado acomodados frente a las supuestas certezas científicas. Por eso, cambiar el punto de vista,

incluso con ironía, puede poner una distancia que nos lleve a enriquecer las interpretaciones y a unas pocas conclusiones:

- La medicalización es un fenómeno que tiende a frenar los recursos individuales (resiliencia) y colectivos.
- Las palabras y el lenguaje que usamos con nuestros pacientes, pueden tener efecto terapéutico, normalizador o iatrogénico.
- Hay tantos enfoques de la pediatría como perfiles de pediatra:
 - Positivista convencido: en el pasado había muchas enfermedades infradiagnosticadas. El progreso científico ha destapado la verdadera incidencia de las patologías.
 - Nostálgico: cualquier tiempo pasado fue mejor: En la sociedad actual hay un verdadero incremento de patologías, sobre todo de salud mental.
 - Normalizador: los pediatras siempre hemos lidiado con muchos problemas y cada vez menos patologías. Actualmente hay una manera distinta de interpretar, clasificar y resolver dichos problemas, medicadizándolos.

Parfraseando a Winnicott, el pediatra normalizador, suficientemente bueno aunque no perfecto, tiene una buena formación científica y conoce los últimos éxitos de la medicina, pero relativiza las certezas. Cultiva el escepticismo, es prudente y analiza con cautela. Cree que la transparencia y la declaración de conflicto de intereses con la industria no son suficientes para evitar sesgos, porque cualquier relación con la industria favorece el hábito de pensar proindustria²². Y es consciente del valor y el poder de sus palabras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002;324:886-91.
2. P. La muerte de la medicina con rostro humano. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
3. Mainetti JA. La Medicalización de la Vida. *Electroneurobiología*. 2006;14:71-89.
4. Gérvas Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*. 2012;8:312-7 [en línea] [consultado el 20-10-2012]. Disponible en www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=994
5. Paton A. Medical Nemesis. Three Views. *BMJ*. 1974; 4: 573-7 [en línea] [consultado el 20-10-2012]. Disponible en www.bmj.com/highwire/filestream/303669/field_highwire_article_pdf/0/573.full.pdf
6. Illich I. The medicalization of life. *J Med Ethics*. 1975; 1:73-7.
7. Conrad P, Mackie T, Mehrotra A. Estimating the Costs of Medicalization. *Soc Sci Med*. 2010;70:1943-7.
8. Morell ME, Martínez González C, Quintana JL. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:491-512.
9. Lucassen A, Fenwick A. Testing children for adult onset conditions: the importance of contextual clinical judgement. *J Med Ethics*. 2012;38:531-2.
10. Hoffman JR, Cooper RJ. Overdiagnosis of disease a modern epidemic. *Arch Intern Med*. 2012;172:1123-4. [consultado el 20-10-2012]. Disponible en http://eprints.utas.edu.au/287/40/Chapter_32_Medicalization.pdf
11. Pridmore S. Download of Psychiatry. Chapter 32. Medicalization/psychiatrization of distress [en línea]
12. DSM V-Development. American Psychiatric Association. [en línea] [consultado el 20-10-2012]. Disponible en <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
13. International Society for Ethical Psychology and Psychiatry. ISEPP statement on the DSM-V. 2012 [en línea] [consultado el 20-10-2012]. Disponible en <http://dsm5-reform.com/2012/07/international-society-for-ethical-psychology-and-psychiatry-lends-its-support-with-this-letter/>
14. Salvador Rosa A, Moreno Pérez JC, Sonogo D, García Rodríguez LA, de Abajo Iglesias FJ. El proyecto BIFAP: base de datos para la investigación farmacoepidemiológica en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2002;30:655-61.
15. CDC. Prevalence of Autism Spectrum Disorders. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008. *MMWR*. 2012;61:1 [en línea] [consultado el 20-10-2012]. Disponible en <http://www.cdc.gov/Features/CountingAutism/>
16. Hofmann B. The technological invention of disease. *J Med Ethics: Medical Humanities*. 2001;27:10-9.
17. Martínez González C, Sánchez Pina C, Fernández Menéndez L. De la ética del diagnóstico, al diagnóstico ético. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008; 10:81-7.
18. Martínez González C. Limitation of the diagnostic effort in paediatrics. *J Med Ethics*. 2010;36:648-51.
19. Carsote M, Chirita C, Dumitrascu A, Hortopan D, Fica S, Poiana C. Pituitary incidentalomas—how often is too often? *J Med Life*. 2009;21:92-7.
20. Sanz Ortiz. ¿Qué es bueno para el enfermo? *Med Clin (Barc)*. 2002;119:18-22.

21. Fernández Pérez M, Gonzalvo Rodríguez C. Diagnóstico precoz del trastorno por déficit de atención con/ sin hiperactividad mediante el cribado recomendado por la Academia Americana de Pediatría para la atención primaria en las cohortes de 8 años durante 4 años consecutivos. *An Pediatr (Barc)*. 2012;76:256-60.
22. Cosgrove L, Krinsky S. A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: a pernicious problem persists. *PLoS Med*. 2012;9:e1001190.