

COLABORACIÓN ESPECIAL**IATROGENIA Y PREVENCIÓN CUATERNARIA EN SALUD MENTAL**

Alberto Ortiz Lobo (1) y Vicente Ibáñez Rojo (2)

(1) Centro de Salud Mental de Salamanca. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.

(2) Hospital Torrecárdenas. SAS. Almería

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESUMEN

La prevención cuaternaria evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. La iatrogenia producida por la actividad sanitaria es un grave problema de salud pública que en salud mental está poco estudiado. El perjuicio que se puede infligir a los pacientes abarca todo el episodio de atención, desde la prevención hasta el tratamiento pasando por el proceso diagnóstico. Se revisan los perjuicios que causan las actividades preventivas como el abordaje del duelo o el debriefing, los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, la iatrogenia del diagnóstico y del sistema de atención relacionado especialmente con el estigma. Tomar conciencia de la gravedad de la iatrogenia que nuestras intervenciones "bien hechas" pueden producir permite poner en primer plano la relevancia de la prevención cuaternaria y la necesidad de trabajar con el modelo de decisiones compartidas considerando siempre alternativas y extremando las medidas que garanticen la seguridad y derechos de los pacientes.

Palabras clave: prevención cuaternaria, enfermedad iatrogénica, salud mental, psiquiatría, sistema de atención, psicoterapia, psicofarmacología, estigma social, toma de decisiones.

ABSTRACT**Iatrogenesis and Quaternary Prevention on Mental Health**

Quaternary prevention avoids or mitigates the consequences of unnecessary or excessive activity of the health system. Iatrogenia produced by care systems activity is a serious public health problem and in mental health is poorly understood. The damage that can be inflicted to patients covers the entire episode of care, from prevention to treatment through the diagnostic process. We review the damage caused by preventive activities as the approach of mourning or debriefing, pharmacological and psychotherapeutic treatments, the iatrogenia produced in diagnosis and the deleterious effects of being under care in the psychiatric system especially related to stigma. Become aware of the seriousness of iatrogenic effects of our "well done" interventions allows foregrounding the importance of quaternary prevention and the need to work with the shared decision making model always considering alternatives and measures to ensure safety and rights of patients.

Key words: Quaternary prevention, iatrogenic disease, mental health, psychiatry, care system, psychotherapy, psychopharmacology, social stigma, decision making.

Vicente Ibáñez Rojo
Centro Periférico de Especialidades Almería ("Bola Azul")
Carretera de Ronda nº 226
04008 Almería
vibarajo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El concepto de prevención cuaternaria deriva de la propuesta inicial de Marc Jamouille¹, médico general belga, y se define como la intervención que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. Pretende evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento, así como disminuir la incidencia de iatrogenia en los pacientes, un grave problema de salud pública². Un estudio de 1981 encontró que más de un tercio de las enfermedades de un hospital universitario estadounidense eran iatrogénicas y en su mayoría debidas a la exposición a fármacos³. En los 90 la iatrogenia daba cuenta de entre 225.000 y 284.000 muertes al año en USA, la mitad por efectos secundarios de una medicación “bien prescrita”, constituyendo la tercera causa de muerte⁴⁻⁷. Puesto que el fundamento de la medicina es el *primum non nocere*, la prevención cuaternaria debería primar sobre cualquier otra opción preventiva o curativa y, bien entendida, forma parte de lo que se llama «seguridad del paciente» y, por tanto, de nuestro quehacer clínico cotidiano⁸.

En salud mental, la prevención cuaternaria incluye proteger a los pacientes de intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas excesivas, inadecuadas o innecesarias. Si en personas con trastornos mentales graves los ingresos y la sobreprotección del sistema psiquiátrico pueden producir una estigmatización que marque y dificulte la vida en lo sucesivo, también es crucial evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento en personas que consultan por sufrimientos vinculados a la vida cotidiana y que no constituyen trastornos mentales ni precisan actuaciones preventivas o curativas⁹. En estos casos, la cuestión de fondo es el umbral con el que se decide hacer las cosas, además de hacerlas bien. Cuanto más se hace, por bien hecho que esté, aumenta la morbilidad generada por la actividad del sistema sanitario.

El perjuicio que se puede infligir a los pacientes abarca todo el episodio de atención, desde la prevención hasta el tratamiento pasando por el proceso diagnóstico.

IATROGENIA DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención está basada en los factores de riesgo, pero la noción de riesgo es de base probabilística y carece de significación lógica y determinista a nivel individual. Al equipararlos a verdaderas causas de enfermedad, las intervenciones preventivas sobre estos factores generan iatrogenia en el presente en personas sanas para evitar una posible patología en el futuro¹⁰. Además, en salud mental las valoraciones sintomáticas de riesgos están teñidas por la subjetividad del profesional y del paciente que oscurecen cualquier capacidad predictiva¹¹.

La prevención implica la idea de que las personas son responsables de su salud para motivarlas en un cuidado mayor de sí mismas. Las expectativas irreales en la prevención junto con esta responsabilidad personal pueden convertir a los que enferman en «víctimas culpables» por no haber cumplido los consejos médicos que dictan lo que es una vida sana. Existe también el peligro de que personas sanas se conviertan en pacientes cuando pasan a ser sujetos de consejos y controles médicos, con el riesgo consecuente de la medicalización de ciertos aspectos normales de sus vidas¹². Un ejemplo son las intervenciones en duelos normales que solicitan tratamiento. Como no hay patología en ese momento, la justificación para tratarlos sería prevenir que se conviertan en duelos patológicos o trastornos afectivos. Los resultados de un meta-análisis de 23 ensayos clínicos aleatorizados que comparan terapia del duelo vs no-tratamiento muestran que el tratamiento empeora a los sujetos. El 38% de los que recibieron tratamiento hubieran alcanzado un estado de funcionamiento superior si se les hubiera asignado al grupo de no-tratamiento¹³. Otro ejemplo

es la prevención del trastorno de estrés post-traumático (TEPT) con “debriefing” (grupos de víctimas se reúnen tras un hecho traumático y relatan la experiencia vivida desde el presupuesto de que se elaborará e integrará mejor). Su eficacia no se ha conseguido demostrar¹⁴ y un meta-análisis encontró que las víctimas que hacían “debriefing” podían presentar mayor incidencia de TEPT¹⁵.

Una cuestión tal vez más preocupante es la prevención primaria de la psicosis. Diversos equipos de investigación, tratando de adelantarse al diagnóstico de psicosis para evitar su inicio, han definido una entidad que llaman “estados mentales de alto riesgo para psicosis”. Los instrumentos para definirlos son inadecuados, aparecen falsos positivos y solo un porcentaje de la población bajo este diagnóstico evolucionará hacia la psicosis. Hay una gran polémica en cuanto a la idea de convertir este estado en un diagnóstico del DSM-V por los daños colaterales que pueden producirse en población sana como consecuencia de efectos secundarios del tratamiento médico, el estigma asociado al diagnóstico o la limitación de las expectativas vitales¹⁶⁻¹⁹. En *Psychology Today* se puede seguir esta polémica entre dos personalidades de la psiquiatría actual, Allen Frances y Patrick Mc Gorry²⁰. El éxito de la idea de la intervención temprana en la psicosis ha exportado este modelo a todos los grupos diagnósticos sin que la investigación los apoye suficientemente, como en el trastorno afectivo bipolar²¹.

Aunque carecemos de conocimientos completos acerca de la etiología de la mayoría de los trastornos mentales, hay cierta evidencia en la correlación entre algunos de los problemas de salud mental más graves, como la experiencia de escuchar voces o la psicosis, y factores como los traumas y abusos en la infancia (incluidos los sexuales, físicos y raciales), la desigualdad económica y social, el abandono y el estigma^{22,23}.

Así, la prevención primaria debería reorientarse de las intervenciones sanitarias en individuos concretos hacia abordajes de carácter social en poblaciones de riesgo, para reducir condiciones que podemos considerar perjudiciales, con especial énfasis en la población infanto-juvenil.

IATROGENIA DEL DIAGNÓSTICO

La nosología en psiquiatría y salud mental no es algo cerrado. La enorme variabilidad en número y contenido de las categorías diagnósticas a lo largo de la historia da cuenta de su provisionalidad. Su vigencia depende del momento histórico y social, de qué tipo de profesionales ostenta el poder y la representación social de la profesión. A pesar de ello las etiquetas diagnósticas tienen una capacidad de cosificación extraordinaria, como si a través de ellas se pudieran definir y concretar la esencia del individuo, su conciencia y su subjetividad. Cuando se diagnostica a alguien, se interpretan sus características personales, su malestar o su relato vital en el marco de un sistema de creencias orientado a la patología. Esto puede limitar su autonomía y favorece la necesidad de que sea el experto profesional quien gestione sus emociones y experiencias. Además, por su carácter estigmatizador, las categorías diagnósticas y el lenguaje psicoterapéutico pueden contribuir a la pérdida de estatus social del paciente, que puede tener mayores expectativas de ser rechazado^{24,25}.

La medicina basada en la narrativa atiende al contexto de la persona en ese momento vital que le trae a la consulta y, más allá de la posibilidad de que cumpla criterios, valora la pertinencia de producir un diagnóstico que pueda generar iatrogenia²⁶. El modelo de decisiones compartidas puede ser útil en incluir al sujeto en este proceso de producir o no un diagnóstico²⁷.

Un tema clave es el estigma asociado a los diagnósticos psiquiátricos. La desventa-

ja que supone para los logros sociales el hecho de tener un diagnóstico psiquiátrico ha llevado a desarrollar numerosas campañas anti-estigma, muchas de ellas basadas en cambiar la visión de la enfermedad mental para equipararla a "una enfermedad como otras". Parece que estas campañas han podido causar mayor iatrogenia al aumentar el estigma²⁸. Read et al.²⁹ han revisado la literatura sobre este tema en esquizofrenia. En 18 de los 19 estudios esta visión se correlacionaba con un aumento del estigma. Las atribuciones biológicas parece que se asocian a un mayor rechazo y discriminación debida a que promueven creencias de que los enfermos mentales son impredecibles y peligrosos. En campañas que proporcionaban una explicación psicosocial de los síntomas (como debidos a traumas, pérdidas, etc.) el público era menos propenso a dar atribuciones negativas²⁹. La idea de evitar la iatrogenia del estigma asociado al diagnóstico está relacionada con el cambio de nomenclatura en las psicosis en la psiquiatría japonesa³⁰. El hecho de que este diagnóstico puede limitar las posibilidades de recuperación está movilizándolo a colectivos de usuarios y profesionales para buscar alternativas³¹, como la campaña para abolir la etiqueta de esquizofrenia (CASL)³² o la campaña para abolir los sistemas diagnósticos psiquiátricos como la CIE y el DSM (CAPSID)³³. Por otro lado, no se ha demostrado una mejoría global en el pronóstico de los pacientes diagnosticados de trastorno mental en Europa y América del Norte durante el siglo pasado. Los estudios que comparan las evoluciones clínicas de pacientes en países en desarrollo con los occidentales sugieren que el progreso atribuido a la corriente psiquiátrica moderna basada en diagnósticos no ha supuesto una clara mejora en su pronóstico. De hecho, hay alguna evidencia que sugiere que utilizar diagnósticos psiquiátricos y modelos teóricos asociados a ellos supone una peor evolución clínica para algunos pacientes. En estos casos el hecho de tener un diagnóstico psiquiátrico limita las posibilidades de

encontrar trabajo, desarrollar una vida familiar plena, tener éxito social y relacionarse con iguales^{34,35}.

IATROGENIA DEL TRATAMIENTO

Las intervenciones terapéuticas pueden dañar al paciente de distintas maneras:

1. Indicación de un tratamiento que no procede. Esto sucede con frecuencia cuando tratamos a personas sanas, que pueden tener problemas sociales, pero no sanitarios (códigos Z de la CIE 10³⁶). Se ha estimado que alrededor de la cuarta parte de los pacientes que acuden a un centro de salud mental remitidos desde atención primaria no presentan ningún trastorno mental diagnosticable y la mitad de ellos llega con tratamiento psicofarmacológico pautado³⁷. También puede suceder cuando hacemos indicaciones de psicoterapia o psicofármacos que no proceden en pacientes diagnosticados.

2. Tratamientos excesivos en cantidad. Dosis inadecuadas de psicofármacos, prescripción de demasiadas intervenciones psicosociales en personas con trastornos mentales graves que precisen menor estimulación en ese momento clínico, etc.

3. Tratamientos inadecuados técnicamente. Mezclas injustificadas de psicofármacos, prescripción inadecuada debido a una titulación o supresión mal hechas, psicoterapias técnicamente mal realizadas, etc.

Aunque parte de la iatrogenia del tratamiento puede tener que ver con la deficiencia técnica del profesional, en otras ocasiones se perjudica a los pacientes con tratamientos excesivos, improcedentes o inadecuados para intentar calmar la impotencia ante situaciones clínicas graves, estancadas o ante demandas que no se quieren decepcionar, aunque no haya nada eficaz que hacer. Hay que añadir la iatrogenia debida a los tratamientos prescritos "correctamente" según nuestro quehacer habitual y la informa-

ción “científica” de la que disponemos. No se debe olvidar que el objetivo es mejorar el cuidado de los pacientes, no mantener y justificar el estatus actual de las intervenciones sanitarias³⁸.

1. Iatrogenia de la relación terapéutica

El desarrollo de una relación terapéutica entre profesional y paciente conlleva la asunción de unos cuantos mensajes implícitos que pueden perjudicar a éste. Se le comunica de forma latente que su problema no mejorará, o incluso empeorará, si no realiza el tratamiento y si se interrumpe de forma anticipada no habrá mejorado lo que estaba previsto y puede ponerse peor. Esta dependencia respecto de la intervención profesional tiende a empobrecer los aspectos no sanitarios saludables y curativos del ambiente social y a reducir la capacidad psicológica para afrontar los problemas. Incluso en aquellos marcos de tratamiento basados en la psicología de la salud o dirigidos a “potenciar” al paciente y dotarlo de nuevos recursos o maximizar los que tiene, se le comunica de forma implícita que es alguien deficitario al que un experto le tiene que dar algo que él no alcanza ni puede conseguir por su cuenta.

En la configuración relacional paciente-profesional se pueden producir ganancias secundarias en la medida en que el paciente, al sentirse mal, recibe atención y el profesional, al etiquetarlo, siente que lo necesitan. De esta manera se favorece que el paciente se sitúe en un rol pasivo y enfermo ante los avatares de su vida y se respalda el debilitamiento de las redes tradicionales de contención. Si algunas de las críticas que se hacen a la sociedad posmoderna tienen que ver con la pérdida de lazos sociales, la naturaleza líquida de las relaciones, provisionales y de conveniencia, o la tendencia a la infantilización en el afrontamiento de las vicisitudes de la vida, la relación terapéutica se ajusta temerariamente a muchas de ellas²⁴.

2. Iatrogenia del tratamiento psicofarmacológico

Cada vez hay más pruebas de que la posible eficacia de los psicofármacos se debe más a factores inespecíficos que a supuestos mecanismos bioquímicos específicos que se ajustan a un diagnóstico o a una sintomatología. Así, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) supuestamente sirven para el tratamiento de condiciones tan dispares como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos de la alimentación, el trastorno de pánico, la fobia social, la depresión, el trastorno del control de los impulsos, etc. Los nuevos neurolépticos se están revelando como antidepressivos, estabilizadores del humor, ansiolíticos, etc. De manera que las pocas categorías de fármacos que se usan en psiquiatría se utilizan de forma inespecífica en un gran abanico de trastornos. Parece que los psicofármacos no corrigen desequilibrios en los neurotransmisores sino que, al contrario, los provocan e inducen estados psicológicos que pueden resultar útiles de forma inespecífica en el tratamiento de ciertos síntomas^{39,40}. Este efecto difuso de los psicofármacos pone cada vez más en perspectiva su efectividad y alerta sobre los daños que pueden causar.

Se cuestiona la creencia de que los neurolépticos sean un tratamiento crónico imprescindible para las psicosis^{41,42}, se acumulan pruebas sobre las limitaciones que producen y se consideran una posible barrera para la recuperación de las personas que los toman. Hay datos que apoyan la idea de que parte de la cronicidad y de las recaídas se deben precisamente a estar en tratamiento con neurolépticos, porque pueden producir psicosis de rebote, por sensibilización, disfrenia tardía, discinesia tardía, y síntomas negativos⁴³⁻⁴⁸. Así, algunos pacientes (o muchos, no tenemos datos) se mantienen en tratamiento con neurolépticos para no recaer del problema que les generan estos, mientras se acumulan otros efec-

tos secundarios y se limita su recuperación. Si bien esta idea puede resultar especulativa y se apoya solo en algunos estudios, no lo es más que la idea que presupone lo contrario, aunque esté basada en múltiples estudios diseñados y financiados con el fin de aprobar los fármacos⁴⁹. En un artículo muy interesante, Jonathan Cole, antiguo director del NIMH, tras revisar en los 70 la “mejoría” que habían aportado los neurolépticos para la esquizofrenia concluía “¿no será la cura peor que la enfermedad?”⁵⁰. Ahora se cuestiona que los “atípicos” produzcan menos discinesia tardía⁵¹. Recientemente el grupo de Andreasen ha confirmado por estudios neuropatológicos que los antipsicóticos no tienen efectos neuroprotectores y que pueden contribuir a la disminución del volumen cerebral de los que los utilizan^{52,53}. Aunque veamos estos hallazgos como novedosos, recuerdan la hipótesis que postulaba que la mejoría en la conducta y síntomas psicóticos era proporcional al daño cerebral que producían, lo que se apoyaba con estudios de imagen⁵⁴. Todo esto puede explicar los peores resultados en algunas áreas relacionadas con la recuperación de una vida productiva de los pacientes que toman tratamiento de forma indefinida frente a los que no⁵⁵, apoyando los hallazgos de los estudios de la OMS que encuentran mejores resultados en países en los que los pacientes no disponen de estos tratamientos⁵⁶.

A pesar de los datos que se acumulan sobre el aumento de mortalidad y morbilidad en ancianos con deterioro cognitivo⁵⁷, que ha llevado a generar alertas y avisos en el etiquetado de los antipsicóticos, se siguen usando de forma indiscriminada⁵⁸. La elevada incidencia de obesidad, diabetes, hipertensión arterial y otros efectos ha llevado a describir el “síndrome metabólico” producido por neurolépticos “atípicos” con una gran morbi-mortalidad asociada⁵⁹. Aparecen guías para su manejo, prevención (incluso con fármacos) y tratamiento, pero se cuestiona poco la inevitabilidad de seme-

jante iatrogenia, con alternativas farmacológicas más baratas, a bajas dosis o con abordajes sin fármacos que están mostrando su eficacia^{60,61}. La presencia de estos graves efectos secundarios con neurolépticos de segunda generación y el descubrimiento de que no aportan mayor eficacia que los de primera (algunos menos) ha llevado a replantearse la actual indicación de estos como fármacos de primera línea frente a los antiguos⁶². A pesar de esta iatrogenia, hay una tendencia creciente en usarlos para indicaciones fuera de etiquetado, como la ansiedad⁶³.

No nos detendremos en las benzodiacepinas, sobre los que hay mucha literatura y cuyo efecto adverso más relevante del uso crónico, más allá de la dependencia⁶⁴, es el deterioro cognitivo⁶⁵. Respecto a los antidepresivos, además de la polémica teoría de su capacidad para cronificar la depresión⁶⁶, su eficacia *per se* ha sido muy cuestionada en los últimos años. Los últimos meta-análisis dan cuenta de que la mayoría de los beneficios de los antidepresivos pueden explicarse por el efecto placebo y solo alrededor del 20% de la varianza puede ser atribuible al fármaco⁶⁷⁻⁶⁹. Comparados con el placebo, los antidepresivos no son más eficaces en las depresiones leves o moderadas y únicamente se muestran superiores en el tratamiento de las depresiones más graves^{70,71}. Sin embargo, los antidepresivos han demostrado una gran capacidad para dañar a los pacientes. Cuando se usan en ancianos, hay un incremento de caídas, fracturas, morbilidad debida a hiponatremias, accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio, epilepsias, intentos de suicidio y más muertes en general. Curiosamente, todos estos efectos adversos los producen en mayor medida los nuevos antidepresivos que los tricíclicos, probablemente porque los primeros se utilizan a mayores dosis comparativamente, debido a su aparente inocuidad⁷². En adolescentes aumentan el riesgo de suicidio y conducta violenta⁷³, lo que llevó a la Food and Drug Association (FDA) a obligar a

las compañías a añadir una advertencia en la etiqueta (estudios en los que se basa y regulación en: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/UCM096273>). En adultos con trastorno bipolar los antidepresivos pueden no ser efectivos, aumentar las recaídas maníacas y favorecer la desestabilización^{74,75} y revisiones recientes no los recomiendan⁷⁶.

Hay otras poblaciones que son especialmente vulnerables a los psicofármacos, como las personas con discapacidad intelectual⁷⁷. El extraordinario incremento en los últimos años del diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad con el consiguiente empleo masivo en los países occidentales de estimulantes en niños es alarmante. Este hecho se está produciendo cuando la validez del diagnóstico es discutida, los estimulantes no aportan beneficios en su uso a medio y largo plazo, y sus efectos adversos sobre un sistema nervioso en formación están por determinar⁷⁸.

Algunas guías de prescripción clínica (GPC) pueden no ayudar en el proceso de decidir si tratar y con qué: el 90% de los autores que participaron en tres importantes GPC tenían lazos financieros con las empresas farmacéuticas cuyos productos aparecían recomendados y este conflicto de intereses no aparecía reflejado en la guía⁷⁹. En estas circunstancias y con todos estos datos controvertidos, la prescripción se convierte en una tarea compleja en la que debemos calibrar cuidadosamente el balance riesgo-beneficio.

3. Iatrogenia del tratamiento psicoterapéutico

No hay ninguna institución que monitorice de forma sistemática los efectos adversos de las psicoterapias y, por tanto, han de ser los propios profesionales los que asuman esta tarea. Sin embargo, las páginas dedicadas en los manuales de terapias psicológicas a esta iatrogenia son escasas o inexistentes.

Aunque no es sencillo medir los perjuicios que puede ocasionar la psicoterapia, se ha calculado que entre un 3 y un 10% de los pacientes empeoran tras realizar un tratamiento psicoterapéutico⁸⁰. Esta prevalencia es mayor en la literatura sobre drogodependencias donde se estima que entre el 7% y el 15% de los pacientes que participan de un tratamiento psicosocial para el uso de sustancias se encuentran peor clínicamente que antes del tratamiento⁸¹. Un problema metodológico importante es que gran parte de los estudios solo compara a los pacientes que han finalizado el tratamiento y desechan a los que lo abandonaron. La débil alianza terapéutica es un buen predictor de abandono y en sí misma es un indicador de una consecuencia de una terapia fallida⁸².

La psicoterapia puede dañar de múltiples formas: produciendo un empeoramiento de los síntomas, la aparición de otros nuevos o aumentando la preocupación sobre los existentes, generando una excesiva dependencia del terapeuta o, por el contrario, una reticencia a buscar tratamiento en el futuro, alteraciones en el funcionamiento del individuo o daños a terceros (familiares o amigos del paciente), etc. El origen de todos estos efectos adversos también es múltiple y puede deberse a variables del paciente, del terapeuta o de la interacción paciente-terapeuta, a una técnica psicoterapéutica fallida, o una situación social sin solución⁸³.

Todos estos hechos han llevado a algunos autores a estudiar no ya las terapias fundamentadas empíricamente sino precisamente las terapias potencialmente dañinas. Lilienfeld ha elaborado un listado de estas psicoterapias basado en los niveles de evidencia que aportan los ensayos clínicos aleatorizados, estudios cuasiexperimentales y diseños naturalísticos de una revisión sistemática de la literatura científica⁸².

4. Iatrogenia del tratamiento rehabilitador

Los efectos adversos de estar en el sistema asistencial no solo están relacionados con el estigma sino también con el hecho de entrar en un sistema de supervisión de muchas facetas de la vida⁸⁴. Este problema tiene su mayor exponente en los planes de tratamiento/rehabilitación para pacientes con trastorno mental grave, vividos en ocasiones como algo impuesto y limitante^{85,86}. Mientras que el usuario probablemente se guía en sus demandas por criterios personales de ser feliz, de bienestar y calidad de vida subjetiva, el profesional "construirá" esas demandas bajo el referente del modelo de intervención "objetivo" que maneje fijándose en variables como la autonomía, desempeño, capacidad de afrontamiento, adaptación y otros. El uso rígido y estereotipado de procedimientos, programas e intervenciones, por más que su fiabilidad esté ampliamente demostrada, no está exento de ser una fuente importante de comportamientos iatrogénicos del profesional precisamente por su rigidez en la aplicación sin atender a las características idiosincrásicas de la persona⁸⁷. El sistema por ejemplo impone dónde y con quién vivir (donde hay plaza, no según la necesidad individual)⁸⁸. Algunos movimientos de usuarios (como ENUSP-European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry- y otros movimientos americanos similares) trabajan activamente para trasladar esto a los órganos que deciden sobre política de salud mental⁸⁹.

En el transcurso de su contacto con los dispositivos de atención, el individuo aprende un lenguaje nuevo, el lenguaje del síntoma, que se convierte en el medio de comunicación válido. La red social o familiar se puede sustituir (en el caso de que la haya) por el apoyo profesional, porque toda la experiencia personal entra dentro del campo de la patología. Esto se produce en un contexto relacional usuario-profesional carga-

do de confianza, en el que el primero elige al segundo como fuente autorizada y verídica sobre sí mismo, y a su vez el profesional realiza intervenciones que para el usuario significan que hay en él una tendencia a alterar y distorsionar la propia percepción de sí y del mundo (por autoatribución o conclusión razonada). Como consecuencia incorpora y asimila la definición de sí mismo que atribuye al profesional, y esto le lleva a dudar constantemente de su propio juicio, llegando a sentirse desorientado, confuso y finalmente a una construcción del propio self como tendente al autoengaño⁹⁰.

Por otro lado el sistemático trabajo en las intervenciones psicosociales sobre conciencia de enfermedad puede producir el fenómeno de enrolamiento clínico y desenrolamiento social⁹¹. Tener conciencia de enfermedad es aceptar la perspectiva del profesional, asumir las indicaciones terapéuticas y reubicarse en una nueva existencia social. La persona con "gran conciencia de enfermedad" puede sufrir dificultades para participar en conversaciones con otros sujetos no diagnosticados y temor al rechazo. Esta conciencia "impuesta" puede generar iatrogenia al relacionarse con baja autoestima, desesperanza y negativamente con el bienestar emocional, el estatus económico y las oportunidades vocacionales⁹².

Un subgrupo de pacientes con importantes déficits puede deteriorarse cuando se aumenta la estimulación social por la rehabilitación. Esto es todavía más importante por el hecho de que estos pacientes no pueden distinguirse previamente ni por su sintomatología ni por su conducta social⁹³.

La rehabilitación "dentro" de este sistema condiciona unas perspectivas socio-laborales limitadas y acaba generando en muchos casos individuos pensionados y dependientes, sin responsabilidad y perspectiva vital autónoma. Existe riesgo de dependencia hacia los profesionales y la prolongación de la exclusión de la comunidad⁹⁴.

CONCLUSIONES

Desafortunadamente, la capacidad terapéutica del sistema de atención a la salud mental es limitada 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. Prevenir estos daños es el objetivo de la prevención cuaternaria.

Desde el sistema de atención (considerando y desechando necesidades propias) se debe responder de forma honesta la pregunta: ante el problema humano que se presenta ¿se van a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad (o una subenfermedad o una preenfermedad) que si no fuera tratado como tal? y actuar en consecuencia. Desde esta perspectiva, hay que evitar someterse a tener que ofertar una solución inmediata y para todo y trabajar la tolerancia (de profesionales y usuarios) a la incertidumbre. Esto significa, por ejemplo, considerar la fórmula de “esperar y ver” antes de prescribir y reivindicar la indicación de no-tratamiento que puede impedir los efectos negativos de intervenciones innecesarias o excesivas. No se trata de abogar por la austeridad o el pesimismo sino, más bien, definir de forma más realista los límites de las intervenciones⁹⁵. Buena parte de los malestares y problemas menores de salud mental se van a beneficiar muy poco de intervenciones psicológicas o psicofarmacológicas porque tienen su raigambre en problemáticas de otra índole (social, laboral, económica o, en todo caso, fuera del sistema sanitario)⁹⁶ y muchos otros se van a resolver espontáneamente⁹⁷.

De igual manera, las personas con trastornos mentales graves no pueden convertirse en víctimas de la impotencia, piedad o vanidad profesional a través de intervenciones excesivas, innecesarias o inadecuadas. Aunque se decida tratar, tenemos que mensurar las acciones y considerar la enorme iatrogenia de los sistemas de atención y de los psi-

cofármacos. Más allá de un momento inicial de confusión, la mejor manera de hacerlo es informar al paciente, poniendo en la balanza los riesgos y beneficios contrastados (por la medicina basada en pruebas más que por la medicina basada en el marketing)⁹⁸. Una guía para actuar en el contexto de los planes de intervención con personas con problemas mentales graves puede ser la Convención de las Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad⁹⁹, que recuerda que el paciente tiene derecho a elegir donde vive, a que se pongan los medios necesarios para que trabaje en igualdad de condiciones, a elegir tratarse o no y con qué... Los recursos que ofrece el sistema son lugares de tránsito, los profesionales no son los directores de las vidas de los usuarios de los servicios.

Se debe considerar que la prevención primaria no es inocua y su lugar de aplicación no es la consulta sanitaria individual, sino que tiene un enfoque comunitario y social. Con las etiquetas diagnósticas se corre el peligro de alejarse del paciente y cosificarlo, y siempre será menos dañino para él considerar sus síntomas en el contexto de su historia personal, familiar, social, académica y laboral, dándoles un sentido psicosocial y no exclusivamente biológico. En los tratamientos, habría que contar con el paciente, hacerle participe de la elección, y no olvidar que la alianza terapéutica es el factor más importante asociado a un buen pronóstico clínico. Antes de indicar un tratamiento, hay que considerar que la templanza es mejor virtud que el “furor curandis” y tener en cuenta que la indicación de no-tratamiento es una intervención más del repertorio asistencial y de enorme valor, porque es el máximo exponente de la prevención cuaternaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jamouille M. Information et informatisation en médecine générale. Dans: Les informa-g-iciens. Brussels: Presses Universitaires de Namur; 1986: 193-209

2. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoule M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Primary Care*. 2010; 10(18): 350-4
3. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. "Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital". *N Engl J Med*. 1981; 304 (11): 638-42
4. Starfield B. Is US Health Really the Best in the World? *JAMA*. 2000; 284, 4: 483.
5. Phillips DP, Christenfeld N, Glynn LM. Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. *Lancet*. 1998; 351 (9103): 643 - 644.
6. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients. *JAMA*. 1998; 279(15): 1200-1205
7. Landrigan CP et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med*. 2010; 363: 2124-34
8. Gervas J. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006; 20(Supl 1): 127-34)
9. Ortiz Lobo A, Mata Ruiz I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Átopos* 2004; 2 (1): 15-22. http://www.atopos.es/pdf_03/yaesprimavera.pdf
10. Health I. In defence of a National Sickness Service. *BMJ*. 2007; 334:19
11. Gervas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*. 2006; 20(supl3): 66-71
12. Verweij M. Medicalization as a moral problema for preventive medicine. *Bioethics* 1999;13(2):89-113
13. Neimeyer R. Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*. 2000; 24:541-558
14. Sijbrandji B, Olf M, Reitsma JB, Carlier IVE, Gersons BPR. Emotional or educational debriefing after psychological trauma: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006; 189: 150-155
15. Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD000560. DOI: 10.1002/14651858.CD000560
16. Warner R. Problems with early and very early intervention in psychosis. *Br J Psychiatry*. 2005;187(suppl48):104-107
17. Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 6. Art. No.: CD004718. DOI: 10.1002/14651858.CD004718.pub3.
18. Corcoran CH, Malaspina D, Hercher L. Prodromal interventions for schizophrenia vulnerability: the risks of being "at risk". *Schizophr Res*. 2005; 73(2-3):173-184.
19. Weiser M. Early Intervention for Schizophrenia: The Risk-Benefit Ratio of Antipsychotic Treatment in the Prodromal Phase. *Am J Psychiatry*. 2011;168:761-763
20. Frances A. DSM_V in distress. Disponible en:<http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress>.
21. Healy D. The Latest Mania: Selling Bipolar Disorder. *PLoS Med* 2006; 3(4): e185. doi:10.1371/journal.pmed.0030185
22. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implication. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 112: 330-350.
23. Bentall RP. The environment and psychosis: rethinking the evidence. In *Trauma and psychosis: new directions for theory and therapy*. Warren Larkin and Anthony P. Morrison Eds. Routledge: New York; 2006.
24. Boisvert CM, Faust D. Iatrogenic symptoms in psychotherapy: A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. *Am J Psychother* 2002; 56: 244-260.
25. Crown S. Contraindications and dangers of psychotherapy. *Br J Psychiatry* 1983; 143:436-441.
26. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoule M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Primary Care* 2010; 10(18): 350-4.
27. Salzburg Global Seminar. Salzburg statement on shared decision making. *BMJ* 2011; 342: d1745.
28. Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, Schomerus G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 367-372.

29. Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E. Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 303-318.
30. Mitsumoto S. Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry* 2006; 5: 53-55
31. Romme M, Morris M. The harmful concept of Schizophrenia. *Mental Health Nursing*. 2007; March: 7-11.
32. CASL: Campaign to Abolish the Schizophrenia Label (2010). Disponible en <http://www.caslcampaign.com/index.php> y en <http://www.facebook.com/group.php?gid=63200257336&v=info&ref=mf>
33. CAPSID: Campaign to Abolish Psychiatric Diagnostic Systems such as ICD and DSM (2011). Disponible en <http://www.criticalpsychiatry.net/?p=527>
34. Timimi S. Campaign to Abolish Psychiatric Diagnostic Systems such as ICD and DSM (March 2011). Disponible en: <http://www.criticalpsychiatry.net/wp-content/uploads/2011/05/CAPSID11.pdf>
35. Caplan PJ, Cosgrove L. *Bias in Psychiatric Diagnosis*. Jason Aronson: New York; 2004
36. CIE-10. *International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth Revision. 2nd ed.* WHO Library: Geneva; 2004.
37. Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanes F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria* 2006; 38(10):563-9.
38. Bootzin RR, Bailey ET. Understanding placebo, nocebo and iatrogenic treatment effects. *J Clin Psychology* 2005;61:871-880
39. Moncrieff J, Cohen D. Rethinking models of psychotropic drug action. *Psychother Psychosom* 2005; 74:145-153.
40. Healy D. *The creation of psychopharmacology*. Cambridge MA: Harvard University Press; 2002.
41. Bola JR, Mosher LR. Predicting Drug-Free Treatment Response in Acute Psychosis from the Soteria Project. *Schizophr Bull* 2002; 28(4):559-575.
42. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keranen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother Res* 2006; 16(2): 214-228.
43. Forrest DV, Fahn S. Tardive dyskinesia and subjective akathisia. *J Clin Psychiatry* 1979; 40 (4): 206.
44. Frola LH. Partial Agonists in the Schizophrenia Armamentarium. Tardive Dyskinesia: The newest challenge to the last generation atypical antipsychotics drugs? *J Bras Psiquiatr* 2003; 52 (Suppl 1): 14-24.
45. Fernandez HH. Rebound psychosis: effect of discontinuation of antipsychotics in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2005; 20(1): 104-5.
46. Margolese HC. Therapeutic tolerance and rebound psychosis during quetiapine maintenance monotherapy in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22(4): 347-52.
47. Chouinard G, Chouinard VA. Atypical Antipsychotics: CATIE Study, Drug-Induced Movement Disorder and Resulting Iatrogenic Psychiatric-Like Symptoms, Supersensitivity Rebound Psychosis and Withdrawal Discontinuation Syndromes. *Psychother Psychosom* 2008;77:69-77
48. Moncrieff J. Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:3-13
49. Whitaker R. *Anatomy of an epidemic. Magic bullets, psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America*. Crown Publishers: New York; 2010.
50. Gardos G, Cole J. Maintenance Antipsychotic Therapy. Is the Cure Worse than the Disease? *Am J Psychiatry* 1977; 132: 32-6.
51. Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, Pierson R, Magonna V. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68(2):128-37.
52. Moncrieff J. Questioning the 'neuroprotective' hypothesis: does drug treatment prevent brain damage in early psychosis or schizophrenia? *Br J Psychiatry* 2011; 198: 85-87
53. Leon J. The effect of atypical versus typical antipsychotics on tardive dyskinesia. A naturalistic study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257(3): 169-72
54. Gur R. A follow-up of magnetic resonance imaging study of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 145-151,
55. Harrow M, Jobe TH. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotics.

- ychotic medications: a 15-year multifollow-up study. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195(5): 406-14
56. Leff, J. The International Pilot Study of Schizophrenia. *Psychol Med* 1992; 22:131-145.
57. Vigen CLP, Mack WJ, Keefe RSE, Sano M, Sultzer DL, Stroup TS, Dagerman KS, Hsiao JK, Lebowitz BD, Lyketsos CG, Tariot PN, Zheng L, Schneider LS. Cognitive Effects of Atypical Antipsychotic Medications in Patients with Alzheimer's Disease: Outcomes From CATIE-AD. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 831-839
58. Devanand DP, Schultz SK. Consequences of Antipsychotic Medications for the Dementia Patient. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 767-769.
59. Cortés Morales, B. Síndrome metabólico y antipsicóticos de segunda generación. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 2011; 31 (110): 303-320.
60. Weinmann S, Aderhold V. Antipsychotic medication, mortality and neurodegeneration: The need for more selective use and lower doses. *Psychosis* 2010; 2:50-69.
61. Calton T, Spandler H. Minimal-medication approaches to treating schizophrenia. *Advances of Psychiatric Treatment* 2009; 15:209-217
62. Kendall T. The rise and fall of the atypical antipsychotics. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 266-268.
63. Jonathan S. Comer JS, Mojtabai R, Olfson M. National Trends in the Antipsychotic Treatment of Psychiatric Outpatients with Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 1057-1065.
64. Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18 (3): 249-255
65. Barker M. Cognitive effects of long-term benzodiazepine use. *CNS Drugs* 2004; 18:37-48.
66. Fava, G. Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *J Clin Psychiatry* 2003; 64:123-33
67. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008; 358(3): 252-260.
68. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008; 5(2): e45.
69. Pigott HE, Leventhal AM, Alter GS, Boren JJ. Efficacy and Effectiveness of Antidepressants: Current Status of Research. *Psychother Psychosom* 2010; 79: 267-27
70. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity. A Patient-Level Meta-analysis. *JAMA* 2010; 303(1):47-53.
71. Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2011; 198(1):11-6
72. Coupland C, Dhiman P, Morriss R, Arthur A, Barton G, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ* 2011; 343:d4511
73. Jureidini JN, Doecke CJ, Mansfield PR, Haby MM, Menkes DB, Tonki AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ* 2004; 328: 879-8
74. Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR, Marangell LB, Wisniewski SR, Gyulai L, Friedman ES, Bowden CL, Fossey MD, Ostacher MJ, Ketter TA, Patel J, Hauser P, Rapport D, Martinez JM, Allen MH, Miklowitz DJ, Otto MW, Dennehy EB, Thase ME. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. *N Engl J Med* 2007; 356(17): 1711-22.
75. Ghaemi SN. Treatment of Rapid-Cycling Bipolar Disorder: Are Antidepressants Mood Destabilizers? *Am J Psychiatry* 2008; 165: 300-302
76. Ghaemi SN, Wingo AP, Filkowski MA, Baldessarini RJ. Long-term antidepressant treatment in bipolar disorder: meta-analyses of benefits and risks. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118(5): 347-356.
77. Frighi V, Stephenson MT, Morovat A, Jolley LE, Trivella M, Dudley CA, Anand E, White SJ, Hammond CV, Rena A, Hockney RA, Barrow B, Shakir R, Goodwin GM. Safety of antipsychotics in people with intellectual disability. *Br J Psychiatry* 2011; 199:289-29
78. Timimi S, Leo J, eds. *Rethinking ADHD: from brain to culture*. Palgrave: Macmillan; 2009
79. Cosgrove L, Bursztajn HL, Krinsky S, Anaya M, Walker J. Conflicts of Interest and Disclosure in the American Psychiatric Association's Clinical Practice Guidelines. *Psychother Psychosom* 2009; 78:228-232
80. Mohr. Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1995; 2: 1-27

81. Moos R. Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction* 2005; 5: 595.
82. Lilienfeld, S. O. Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science* 2007; 2: 53-70.
83. Crown S. Contraindications and dangers of psychotherapy. *Br J Psychiatry* 1983; 143: 436-441
84. Perdigón A. Prevención y iatrogenia en rehabilitación psicosocial. *Boletín de la AMSM 2010 (primavera):8-13*
85. Mary Nettle. Mental Health Visions. Disponible en http://www.youtube.com/watch?v=_if4WYh_CTg
86. Bassman, R. Agents, not objects: our fight to be. *J Clin Psychology* 2000; 56: 1395-1411
87. Zygmund T. Pressures to adhere to treatment: observations on "leverage" in english mental health care. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 90-91
88. Alonso C, Escudero A. Algunas reflexiones sobre la demanda social y la rehabilitación de pacientes crónicos. ¿Rehabilitar o encontrar un sitio al crónico? *Boletín de la AMSM 2004 (octubre):8-12*
89. ENUSP. Harassment and discrimination faced by people with psycho-social disability in health services. A European survey. Disponible en <http://www.enusp.org/documents/harassment/overview.htm>
90. Rose, D. Users' Voices: The perspective of mental health service users on community and hospital care. The Sainsbury Centre for Mental Health: London; 2001.
91. Muñoz E. Enrolamiento clínico, desenrolamiento social. *Boletín de la AMSM 2007; otoño:10-15*
92. Hasson-Ohanon I, Kravetz, S, Roe D, David A, Weiser M. Insight into psychosis and quality of life. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 265-269
93. Wykes T. Social Functioning in Residential and Institutional Settings. En KT Mueser and N Tarrier (eds): *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*. Allyn & Bacon: Mass; 1998
94. Chilvers R, Macdonald G, Hayes A. Residencias de apoyo para las personas con trastornos mentales graves. (Revisión Cochrane traducida). En *La biblioteca Cochrane Plus*, N°3 Oxford. Update Software Ltd. 2008
95. Frances A, Clarkin JF. No treatment as the prescription of choice. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 542-5.
96. Hernández Monsalve M. Dilemas en psiquiatría: entre el consumismo, la eficiencia y la equidad. En: *Neoliberalismo versus democracia*. VV.AA.: Madrid; 1998
97. Endicott NA, Endicott J. Improvement in untreated psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1963; 9:575-585
98. Spielmans GI, Parry PI. From Evidence-based Medicine to Marketing-based Medicine: Evidence from Internal Industry Documents. *Bioethical Inquiry* 2010; 7(1):13-29
99. Convención de las Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/qanda.html>