



El malestar que producen los problemas de la vida

Alberto Ortiz Lobo

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Salamanca. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Ana María Sobrado de Vicente-Tutor

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP. CS de la Alameda de Osuna. Madrid.

Definición del problema

Por nuestra condición humana, siempre hemos experimentado sentimientos desagradables cuando hemos sufrido algún percance en nuestras vidas. La tristeza, el miedo, la rabia, la indignación, el aburrimiento, la impotencia, etc., forman parte de nosotros y son imprescindibles en nuestra supervivencia. Necesitamos sentirnos tristes cuando perdemos algo valioso, miedo cuando enfrentamos algún peligro, rabia cuando nos ofenden o indignación cuando nos maltratan, por ejemplo. Estos sentimientos que nos hacen sufrir son fundamentales para enfrentarnos a la realidad de forma adaptativa. Sin embargo, en el contexto de los cambios sociales, político-económicos, culturales y asistenciales que se han producido en los últimos decenios, estas experiencias vitales están constituyendo un motivo de consulta en los servicios sanitarios. Parece que estos sentimientos ya no se consideran parte de una respuesta sana a las circunstancias del entorno, sino que se están descontextualizando y se cosifican en síntomas que forman parte de supuestas enfermedades mentales.

Este problema, que se podría describir como una «psiquiatización» o «psicologización» de la vida cotidiana, forma parte, en realidad, del fenómeno más global de la medicalización, y ha sido ampliamente estudiado en los últimos años^{1,2}. En el terreno de la salud mental está sucediendo lo mismo que en otros aspectos de la medicina: se está exponiendo a personas sanas a intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas potencialmente dañinas. Como profesionales sanitarios, nuestro deber es proteger a los pacientes de estas intervenciones, muchas de ellas demandadas explícitamente por ellos, respaldadas por la industria farmacéutica y otros grupos de presión profesionales y difundidas por los medios de comunicación.

Magnitud

Hasta la fecha, no hay datos en Atención Primaria (AP) sobre el número de personas que consulta por los males derivados de la vida cotidiana. Probablemente esto

es debido, en primer lugar, a la dificultad para trazar la frontera entre reacción emocional normal y trastorno mental y, en segundo lugar, a que las demandas en AP pueden ser múltiples en una única consulta. Además, aunque las demandas sean únicamente «psicológicas», muchas veces vienen disfrazadas de síntomas somáticos, por lo que es muy difícil caracterizar a esta población. Sí que se ha estimado su número en los servicios de salud mental, y se ha calculado que el 24,4% de las personas que acuden derivadas desde AP no presentan un trastorno mental diagnosticable³. Esta cifra da una idea de la extraordinaria relevancia de este problema en AP, pues cabe pensar que se deriva a salud mental únicamente a una minoría de estas demandas. Otro dato importante es que la mitad de estos pacientes llegan a los servicios de salud mental con psicofármacos pautados, y los antidepresivos suponen el 42% de los tratamientos. Esto significa que una de las respuestas que se da a estas demandas en AP, en gran medida, es la prescripción de medicamentos.

Las consecuencias negativas de intervenir en los males de la vida cotidiana son múltiples y se observan en diversos ámbitos. Desde la posición del profesional sanitario sancionamos una respuesta sana y adaptativa, como un trastorno mental. Esto supone, en ocasiones, enmarcar en lo psicológico y en lo íntimo asuntos que muchas veces son de índole social, ética y de ámbito público. Muchas veces propugnamos un «adaptacionismo» personal frente a situaciones sociales o laborales injustas y, en definitiva, favorecemos un reduccionismo psicológico o neuroquímico de fenómenos o situaciones mucho más complejos. A nivel asistencial, la asunción de estas demandas como sanitarias está propiciando que aumenten progresivamente, que se atienda menos a los pacientes que lo necesitan y más a este tipo de demandas que no son propiamente sanitarias, que se incremente el gasto farmacéutico y aumente la demanda de terapias psicológicas y de consejo.

Pero más allá de los aspectos socioculturales y asistenciales, las intervenciones sobre sujetos sanos, aunque sufrientes por su malestar, producen iatrogenia. Son obvios los efectos secundarios de los psicofármacos o los

daños directos que produce la psicoterapia⁴, pero también se perjudica a estas personas desde el momento en que se les indica el tratamiento, sea cual sea.

Cuando indicamos tratamiento a un paciente que no presenta un trastorno mental, le desresponsabilizamos de sus conductas y emociones, que pasamos a gestionar nosotros. Lo que estamos haciendo es interpretar las características personales del paciente, su malestar o su relato vital en el marco de un sistema de creencias orientado a la patología. De esta manera, se le comunica de forma latente que su problema no mejorará o incluso que empeorará si no realiza el tratamiento y, si este se interrumpe de forma anticipada (lo que sucede en numerosas ocasiones), no habrá mejorado lo que estaba previsto o correrá el peligro de ponerse mucho peor. Esta dependencia respecto de la intervención profesional tiende a empobrecer los aspectos no médicos saludables y curativos del ambiente, y tiende a reducir la capacidad del paciente para afrontar sus problemas. No se escapan a esta argumentación aquellos marcos basados en la psicología de la salud o dirigidos a «potenciar» al paciente o dotarlo de nuevos recursos o maximizar los que tiene. En estos casos, el paciente sigue siendo alguien deficitario al que un experto le tiene que dar algo que él no alcanza ni puede conseguir por su cuenta.

El lenguaje médico y psicológico está plagado de descripciones y etiquetas que intentan aprehender e interpretar la realidad del paciente y que, además, puede resultar útil en la comunicación entre los profesionales. Sin embargo, este lenguaje lleva, en ocasiones, a que los profesionales, inadvertidamente, crean de forma errónea que han capturado la esencia del paciente y que comprenden verdaderamente su complejo mundo emocional, cognitivo y conductual, así como su forma de ver la vida. Estas etiquetas (depresión, trastorno de ansiedad, etc.) influirán en las cosas que vamos a resaltar de nuestro paciente, pero además estos descriptores también restringen la comprensión que realizan los propios pacientes de sus experiencias. 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. No puede olvidarse tampoco el carácter potencialmente estigmatizador de las categorías diagnósticas y los tratamientos para problemas mentales⁵.

Diagnóstico

En el mundo de la medicina se está cuestionando que la enfermedad específica etiquetada por un diagnóstico sea el foco de los cuidados sanitarios. Cuando la esperanza de vida era corta y la mayor parte de los problemas clínicos eran agudos, tenía más sentido enfocar la actividad sanitaria al diagnóstico y el tratamiento sin más, pero el contexto ha cambiado. El envejecimiento de la población, la variabilidad interindividual en las prioridades de salud y la compleja interacción de factores no biológicos (sociales,

psicológicos, culturales, ambientales, etc.) convierten al modelo médico centrado en la enfermedad en obsoleto, cuando no resulta dañino⁶. A esto hay que añadir la problemática sobre cómo se construye la definición de enfermedad, habitualmente mediante paneles de médicos expertos.

Todas estas consideraciones alcanzan su mayor exponente en salud mental. En este terreno se carece, prácticamente, de pruebas diagnósticas objetivas (salvo, precisamente, para descartar organicidad) y la expresión y la comprensión psicopatológica están muy ligadas a la cultura⁷. La metodología para saber si el paciente presenta algún trastorno o se puede beneficiar de un tratamiento es la entrevista clínica, con toda la subjetividad que ello comporta. Los diagnósticos de las enfermedades mentales son construcciones con una escasa validez clínica (no se corresponden con hechos sustantivos de la naturaleza) y cuya fiabilidad se ha intentado mejorar infructuosamente con los criterios operativos de las clasificaciones categoriales tipo DSM (clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association) o CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades). Por otra parte, la definición de enfermedad mental, como ha ocurrido en otras ramas de la medicina, se ha ido ampliando progresivamente debido a los graves conflictos de intereses que tienen los paneles de expertos con la industria farmacéutica^{8,9}.

En estas circunstancias, no es posible responder de forma inequívoca qué es una enfermedad mental y dónde está el límite entre lo normal y lo patológico. Lo crucial es saber si se van a obtener mejores resultados si se considera el problema del paciente como una enfermedad (y, por tanto, subsidiario de una intervención de índole sanitaria) o si va a ser mejor no tratarlo como tal. Para poder responder adecuadamente a esta cuestión no podemos enumerar, sin más, una colección de síntomas para ver si su suma total alcanza o no un supuesto grado de trastorno. Es necesario conocer el significado, el contexto y la perspectiva del sufrimiento y a esta comprensión se llega mediante la naturaleza narrativa de la experiencia del paciente¹⁰.

Nuestro objetivo no es obtener una etiqueta diagnóstica categorial estática, sino una formulación del caso dinámica, que permita tener una visión integral del paciente¹¹ (tabla 1). La formulación del caso proporcionará información sobre el cuadro sintomático, por supuesto, pero también sobre el contexto en el que aparece, los factores de vulnerabilidad y de protección que existen, las estrategias y el estilo con los que el paciente ha afrontado otros avatares en su vida, la idea de lo que le está pasando y las expectativas que tiene de nosotros. Con toda esa información, podemos considerar más adecuadamente si el paciente está experimentando una reacción emocional dolorosa pero sana y proporcionada al contexto que experimenta y cuenta con suficientes apoyos personales y del entorno para ir haciéndole frente, o si, por el contrario, precisa de una intervención terapéutica sanitaria.

TABLA 1

Formulación de casos de salud mental en Atención Primaria

1. **Diagnóstico clínico descriptivo**
Descripción de los síntomas, curso y grado de afectación funcional
2. **Diagnóstico situacional**
 - 2.1. Factores desestabilizadores actuales
 - 2.2. Factores protectores/vulnerabilidad desde las dimensiones biopsicosociales:
 - Antecedentes médicos generales
 - Antecedentes psiquiátricos
 - Factores familiares
 - Factores sociales (económicos, laborales, red social, ocio, etc.)
 - Rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento
3. **Modelo explicativo del paciente**
Significado de los síntomas, atribuciones etiológicas
4. **Expectativas y demandas del paciente**
5. **Plan terapéutico**
 - 5.1. Objetivos
 - 5.2. Plan
6. **Devolución**
Explicación sencilla y razonada de lo que le sucede al paciente, que procure incluir los síntomas clínicos, los factores biopsicosociales y que pueda integrar, al menos parcialmente, el modelo explicativo del paciente y que dé una respuesta realista a sus expectativas

La mayor parte de las dudas diagnósticas aparecen en pacientes que o están dando una respuesta sana o, en todo caso, se hallan en el límite de beneficiarse de una intervención sanitaria que acarrea efectos secundarios. Por ello, en estos casos dudosos es fundamental reivindicar el «esperar y ver», ya que no suele haber ninguna urgencia en prescribir un tratamiento de dudosos beneficios netos.

Tratamiento

Algunos metaanálisis y revisiones sistemáticas muestran que las intervenciones psicoterapéuticas indiscriminadas en el malestar (en el caso del duelo normal y en víctimas de catástrofes) empeoran el pronóstico de los pacientes¹²⁻¹⁴. También se ha descrito que el tratamiento con antidepresivos puede producir efectos depresógenos a largo plazo (disforia tardía) que se manifiestan con su retirada^{15,16}, y su eficacia no supera al placebo, no ya en el tratamiento del malestar, sino de los episodios depresivos leves y moderados¹⁷⁻¹⁹. Ambos tipos de tratamientos no son inocuos, sino que producen efectos secundarios^{20,21}, además de los ya reseñados, derivados de la intervención sanitaria en sí misma. En estas circunstancias, nuestra obligación es realizar prevención cuaternaria y proteger a los pacientes de los perjuicios derivados de diagnosticarlos o exponerlos a tratamientos injustificados.

La indicación de no-tratamiento

La indicación de no-tratamiento es la intervención paradigmática de la prevención cuaternaria, aquella en la que

acordamos con el paciente no realizar ninguna intervención²². Ciertamente, es un oxímoron: intervenir para no intervenir y, además, indicar no-tratamiento tiene elementos psicoterapéuticos. Se fundamenta en la ética de la negativa, decir «no» de forma fundamentada y con actitud psicoterapéutica porque lo beneficioso para el paciente es protegerle de los perjuicios de un tratamiento que van a superar los presuntos efectos beneficiosos. Así mismo, se fundamenta a menudo en la ética de la ignorancia; no sabemos con certeza cómo van a evolucionar muchos de los pacientes y compartimos con ellos esa incertidumbre, proponiendo una espera vigilante frente a posturas intervencionistas que pueden producir más daños²³.

La indicación de no-tratamiento tiene elementos psicoterapéuticos en la medida que modifica la visión que tiene el paciente de sí mismo. Lo que se busca con ella es producir una resignificación de los síntomas, que el paciente vive como señales de una enfermedad y tributarios de una intervención sanitaria, en una respuesta emocional sana, legítima, adaptativa y necesaria. Con esta intervención, además de evitar iatrogenia y normalizar el malestar del paciente, también buscamos aumentar su confianza, su capacidad y su responsabilidad para gestionar sus propias emociones.

Desde un punto de vista estratégico, la intervención se desarrolla en cinco fases, cada una de las cuales tiene unos objetivos específicos, tareas que desarrollar y habilidades de entrevista concretas (tabla 2).

TABLA 2

Ejemplos de intervenciones según la fase de la indicación de no-tratamiento

Fases	Intervenciones	Ejemplos
1.ª Escucha empática	Reflejo de sentimientos	«Parece que se siente muy inseguro con todo lo que le ha sucedido...» «Veo que cuando me habla de su mujer se pone triste» «Y usted se enfadó cuando su compañero no le tuvo en cuenta...»
	Silencio	
	Preguntas cerradas	«¿Cuánto tiempo ha pasado desde que falleció su hijo?»
	Paráfrasis	«Así que su pareja le ha dejado...»
	Preguntas abiertas	«¿Qué le trae por aquí?»
2.ª Construcción de una versión inicial	Clarificaciones	«¿Qué es para usted sentirse "mal"?» «¿Qué quiere decir con que necesita ayuda?» «¿A qué se refiere cuando habla de la solución que yo le puedo dar?»
	Recapitulaciones	«Así que desde que su hijo se marchó y se quedó sola se encuentra triste y sin ganas de hacer nada, ni siquiera de comer apenas...» «Si no me equivoco, usted quiere entonces que le dé alguna medicación para aliviar su sufrimiento...» «Entonces, su idea es que yo le aconseje sobre qué puede hacer para afrontar su divorcio...»
3.ª Deconstrucción	Preguntas teñidas de sugerencias	«¿Se ha sentido así en otras ocasiones en su vida? ¿Qué pasó entonces? ¿Cómo lo afrontó?» «¿Le sorprende sentirse tan triste por el fallecimiento de su hermano?»
	Confrontaciones	«Me dice que está muy furioso e indignado con su conflicto laboral, pero, a pesar de todo, sí que está pudiendo cuidar de su casa y sus hijos, ¿no? ¿Qué piensa al respecto?» «Me cuenta que su jefe lo ha despedido inesperadamente, pero ya me había contado varios enfrentamientos antes, ¿no?»
	Metacomunicaciones	«Temo que voy a decepcionar sus expectativas, pero creo que ni yo ni nadie va a poder solucionar su malestar de forma inmediata, ¿cómo lo ve usted?» «Creo que usted piensa que yo voy a poder hacer desaparecer su sufrimiento casi de forma mágica, sin embargo no tengo esa capacidad, ¿qué piensa de esto?»
	Interpretaciones	«Me cuenta que está muy triste con la muerte de su padre, pero me pregunto si el problema no será también que no acaba de permitirse sentirse así» «Tengo la sensación de que, más allá de lo frustrada que está con el trabajo, sus padres no se dan cuenta de todo lo que usted está sufriendo y no sabe cómo transmitirsele»
4.ª Resignificación	Interpretaciones	«Parece que esa tristeza que siente por el fallecimiento de su padre da cuenta también de lo que lo quería y de la buena relación que tenían» «Tengo la sensación de que toda la indignación que siente con el maltrato que sufre en su empresa le está ayudando a pelear y poder denunciarlos» «Creo que ahora está atravesando un túnel y todavía necesitará un tiempo para acabar de recorrerlo y volver a ver la luz»
	Refuerzos	«Aunque lo está pasando mal, mantiene intacta su capacidad de pedir ayuda y lo prueba el hecho de que usted esté aquí. No es preciso que siga ningún tratamiento ahora, sin embargo esta capacidad que tiene le ayudará a contar con el apoyo de su gente más cercana»
	Dar información	«Perder el apetito cuando sucede un acontecimiento como el que le ha tocado vivir es esperable y no hay por qué alarmarse» «Sentirse muy triste cuando muere alguien tan cercano y especial como su esposa parece del todo sensato y hasta necesario, ¿cuál es su opinión?»
5.ª Cierre	Refuerzos	«Creo que ha sido útil que hayamos podido aclarar en esta entrevista la naturaleza de su sufrimiento»
	Dar información	«No precisa ningún tratamiento ni es necesario que le vea ningún psicólogo, no obstante, si en las próximas semanas se encuentra peor, venga a verme y revisamos cómo va todo»

Al comienzo de la entrevista, el primer objetivo es conocer la problemática global del paciente, así como sus sentimientos asociados. Pero, a la vez, y tan importante como esto, es que el paciente se dé cuenta de que nos estamos enterando. Este punto es esencial para que se genere un clima de cooperación, de alianza de trabajo. Esto supone escuchar al paciente, atender a sus sentimientos y hacerlo con genuino interés para, finalmente, construir una versión inicial con él en la segunda fase, que explicita especialmente cuál es el problema que le trae a la consulta y que incluye los acontecimientos, las emociones asociadas, pensamientos y conductas en torno a ello, la explicación que tiene el paciente de su sufrimiento, es decir, a qué atribuye lo que le está pasando, las expectativas, la demanda y qué papel nos otorga y los sentimientos asociados a todo ello.

En la fase de deconstrucción de la narrativa inicial del paciente, intentamos desvincular de lo patológico el problema que nos presenta y su solución del ámbito de lo sanitario. Si está particularmente desbordado emocionalmente, en un primer momento puede ser necesario generalizar el problema con el objetivo de tranquilizarlo, pero sin minimizar lo que le sucede. Se puede dar información sobre el problema y su naturaleza, pero resaltando que este existe y la legitimidad e importancia que tiene desde un punto de vista subjetivo. Sin embargo, nuestro interés último será personalizar el malestar y los síntomas mediante su contextualización en la vida del sujeto. Habrá que insistir en la validación del sufrimiento como algo real que le está sucediendo, pero también como algo no patológico y adecuado a la situación vital que experimenta. Para ello, se puede comparar el momento actual con otras experiencias emocionales semejantes, cercanas y más tolerables, y revisar la gravedad de lo sucedido, la intensidad emocional, el tiempo transcurrido... Las expectativas sobre la consulta que habrá que trabajar y deconstruir con más frecuencia en la indicación de no-tratamiento pueden estar relacionadas con creencias sobre que los sentimientos que generan malestar son patológicos y necesitan tratamiento, sobre la posibilidad de evitar el sufrimiento y el ideal de felicidad, la idea de que se puede cambiar radicalmente de personalidad o de que hay una forma idónea (basada en conocimientos científicos) de vivir la vida. El trabajo sobre la demanda es ineludible, el paciente siempre espera o quiere algo, pero muchas veces este trabajo se hace de forma implícita al trabajar sobre la problemática. Las expectativas que el paciente tiene puestas en nosotros como profesionales de la salud pueden ser extraordinarias. Hay una idealización de lo tecnológico y lo científico que sitúa a los médicos y psicólogos como los referentes de cómo hay que vivir la vida. Será necesario explorar bien estas expectativas para poder cuestionarlas y deconstruirlas. Respecto a los sentimientos, no se tratará de un problema de inadecuación o de intensidad desproporcionada en cuanto a las emociones, ya que, si fuera

así, se procedería a indicar tratamiento. En este caso, por tanto, los sentimientos son lógicos, congruentes y adaptativos, por lo que el trabajo principal será el de la validación y la contextualización para lograr una vivencia diferente de ellos, como legítimos, necesarios y sanos. Las intervenciones psicoterapéuticas en esta fase buscan re-crear la narrativa del paciente, cuestionar la relación causa-efecto, buscar detalles inadvertidos, establecer nuevas perspectivas o buscar excepciones dentro del relato del paciente. Van a ser intervenciones que buscan hacer pensar al paciente, cuestionarse su relato de las cosas y abrirse a nuevas posibilidades.

En la cuarta fase de resignificación hay que co-construir con el paciente una nueva versión de su historia en que la problemática que plantea quede vinculada a su contexto cotidiano saludable, la carga emocional esté legitimada y normalizada, y el rol de enfermo cambie a uno más activo e independiente. No es infrecuente que la resignificación se haga paralelamente a la deconstrucción, de manera que ambas fases casi se solapan: en la medida que se cuestionan los significados «sanitarios» del malestar del paciente, se van sustituyendo por otros más sanos y cercanos a su contexto. Es particularmente importante dar sentido a las emociones que vive el paciente. Hay que lograr explicarse por qué aparecen la tristeza, la rabia, la indignación, el miedo, la vergüenza, etc., pero es fundamental también saber para qué están sirviéndole al paciente y constatar así no solo su legitimidad, sino la necesidad de experimentarlas.

Finalmente, cerrar la entrevista sin indicarle un tratamiento supone transmitir al paciente implícitamente que está sano (aunque pueda estar sufriendo) y que confiamos en que tiene herramientas suficientes para afrontar sin ayuda profesional sanitaria el problema que está experimentando.

Medidas terapéuticas

El mensaje que subyace en la indicación de no-tratamiento es que el paciente está sano, que tiene suficientes herramientas para afrontar la situación que está viviendo y que, por tanto, no precisa tratamiento. No obstante, se le pueden indicar «medidas saludables» si se cree que se puede beneficiar de ellas, como por ejemplo hacer ejercicio o higiene del sueño. Estas recomendaciones, lejos de colocar al paciente en una posición pasiva, le otorgan mayor protagonismo, responsabilidad y autonomía en su mejoría. Igualmente, cuando proceda, se le pueden sugerir las verdaderas alternativas para resolver su problema: servicios sociales, sindicatos, abogados, etc.

El uso de psicofármacos o la psicoterapia estarían contraindicados, de entrada, en estos casos. Los antidepresivos,

cuyo empleo se ha popularizado desmesuradamente a costa de este tipo de consultas²⁴, tienen poca utilidad, teniendo en cuenta su limitada eficacia, el tiempo que tardan en hacer efecto y los efectos secundarios que producen. Las benzodiazepinas pueden tener un papel siempre que se prescriban por un tiempo limitado pactado con el paciente (p. ej., 3 semanas) y como una herramienta más para normalizar su vida (para favorecer que duerma, que pueda seguir acudiendo al trabajo, etc.), no como un tratamiento necesario para curar una enfermedad.

Seguimiento y derivación

No es necesario programar ningún seguimiento ni realizar una derivación a salud mental en estos casos. A veces, cuando hacemos una indicación de no-tratamiento no estamos seguros del todo y nos vemos en la obligación de reevaluar al paciente en otra consulta más adelante y preguntarnos si esta nueva cita no obedece más a una necesidad nuestra que del paciente y, sobre todo, si eso va a ser lo mejor para él. En estas situaciones, otorgarle al paciente un rol más activo para que se observe y vuelva a consultar si no mejora o empeora favorece su autonomía y su capacidad de autocuidado.

Resumen

Las consultas por emociones desagradables (tristeza, preocupación, miedo, rabia, frustración, etc.) relacionadas con problemas de la vida son muy frecuentes en AP. Esto produce una medicalización y psicologización de la vida con el consiguiente perjuicio para los pacientes que reciben diagnósticos erróneos y tratamientos excesivos e inadecuados. En este artículo se propone una valoración global del contexto del paciente (no solo sintomática) y la indicación de no-tratamiento como la mejor respuesta a estos casos, en la medida que se ejerce prevención cuaternaria.

Lecturas recomendadas

- Retolaza A. (ed.) Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 41, 2009. *Se trata de una guía enfocada a la Atención Primaria sobre el manejo de los problemas mentales más habituales.*
- Greenhalgh T. Narrative based medicine. Education and debate. BMJ. 1999 January. *En enero de 1999, y a lo largo de 5 semanas, BMJ proporcionó, en su sección «Education and debate», una magnífica colección de artículos coordinados por Trisha Greenhalgh que daban cuenta de la importancia y los fundamentos de las narrativas en el ejercicio de la práctica médica.*

Bibliografía

1. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*; 2003. p. 47-53.
2. Ortiz A, Mata I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda

- en tiempos de mercado. *Átopos*. 2004;2(1):15-22. Disponible en: http://www.atopos.es/pdf_03/yaesprimavera.pdf
3. Ortiz A, González R, Rodríguez F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria*. 2006;38(10):563-9.
 4. Ortiz A, Ibáñez V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85(6):513-25.
 5. Boisvert CM, Faust D. Iatrogenic symptoms in psychotherapy: A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. 2002;56:244-60.
 6. Tinetti ME, Fried T. The End of the Disease Era. *Am J Med*. 2004; 116:179-85.
 7. Launer J. A narrative approach to mental health in general practice. *BMJ*. 1999;318:117-9.
 8. Cosgrove L, Krinsky S, Vijayaraghavan M, Schneider L. Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychother Psychosom*. 2006;75:154-60.
 9. 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(3):e1001190.
 10. Greenhalgh T. Narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ*. 1999;318:323-5
 11. Mata I, Ortiz A. Formulación de casos en salud mental: una guía de entrenamiento. En: *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 41;2009.
 12. Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. The Effectiveness of Bereavement Interventions With Children: A Meta-Analytic Review of Controlled Outcome Research. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2007; 36(2):253-9.
 13. Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychol Bull*. Sep 2008;134(5):648-61.
 14. 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.
 15. Fava GA. Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *J Clin Psychiatry*. 2003;64:123-33.
 16. El-Mallakh RS, Gao Y, Roberts RJ. Tardive dysphoria: the role of long term antidepressant use in-inducing chronic depression. *Med Hypotheses*. 2011;76:769-73.
 17. 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.
 18. 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.
 19. 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.
 20. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. *Perspect Psychol Sci*. 2007;2:53-70.
 21. 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:d4551.
 22. Ortiz A. La indicación de no-tratamiento. En: Desviat M, Moreno A. (ed.). *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 47; 2012.
 23. 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.
 24. Ortiz A, Lozano C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Aten Primaria*. 2005;35(3):152-5.

Cuaderno del médico de familia

Malestar producido por los problemas de la vida

Definición	Reacciones emocionales sanas, legítimas y proporcionadas al contexto por las que el paciente demanda atención sanitaria		
Diagnóstico	Entrevista clínica que lleva a una formulación del caso dinámica (no a un diagnóstico estático) que tiene en cuenta no solo los síntomas, sino también el significado, el contexto y la perspectiva del sufrimiento		
Tratamiento	• Indicación de no-tratamiento		
	Fases	Objetivos	Trabajos
	1.ª Escucha empática	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer lo que le sucede al paciente • Que el paciente sepa que lo sabemos 	<ul style="list-style-type: none"> •Cuál es el problema •Cómo se explica el problema •Qué quiere (demanda) •Qué papel nos otorga •Emociones asociadas
	2.ª Construcción de una versión inicial	Acordar con el paciente una versión inicial de forma conjunta	
	3.ª Deconstrucción	Desvincular el problema que nos presenta el paciente de lo patológico y su solución del ámbito de lo sanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Del problema • De cómo se lo explica • De la demanda • De la relación terapéutica • Trabajo sobre las emociones
	4.ª Resignificación	Co-construir una nueva versión en que: <ul style="list-style-type: none"> • La problemática que plantea el paciente quede vinculada a su contexto cotidiano saludable • La carga emocional esté legitimada y normalizada • El rol de enfermo cambie a uno más activo e independiente 	
	5.ª Cierre	Despedirse	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones del fin de la entrevista • Cómo tendría que volver
	• Medidas terapéuticas <ul style="list-style-type: none"> – Recomendaciones de otros agentes sociales más adecuados – Medidas higiénicas para proporcionar mayor autonomía – Psicofármacos: en todo caso, benzodiazepinas por un tiempo limitado y pactado, y con el objetivo de normalizar la vida del paciente 		