

## XII IATROGENIA Y PREVENCIÓN CUATERNARIA EN LOS TRASTORNOS MENTALES MENORES

*Alberto Ortiz Lobo*

### *La psiquiatrización-psicologización de la vida*

En los últimos años se está produciendo una expansión sin precedentes de la medicina que ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. Este fenómeno se ha denominado medicalización y conlleva el aumento de pruebas diagnósticas y tratamientos que, muchas veces, acaban produciendo más daños que beneficios (1-5). Esta expansión de la medicina alcanza uno de sus máximos exponentes en el terreno de la salud mental. En este campo, la frontera que delimita lo normal de lo patológico es imprecisa y no existe un catálogo de prestaciones claro en la cartera de servicios de los servicios sanitarios públicos. Muchos profesionales están participando en la creación de pseudotrastornos (*mobbing, bullying, ortorexia, etc.*), y además amplían los márgenes de la enfermedad (en forma de trastornos subumbrales, estados prodrómicos, etc.), lo que les abre nuevas puertas a su desarrollo profesional y a obtener un mayor reconocimiento. Los medios de comunicación y la población se hacen eco de que el sufrimiento psíquico, el malestar, es evitable mediante intervenciones técnicas sanitarias. En este contexto, el mercado para las empresas médico farmacéuticas está siendo ilimitado en psiquiatría y los beneficios de las patentes de antidepresivos y nuevos antipsicóticos así lo atestiguan (6, 7).

Una de las consecuencias de esta psiquiatrización o psicologización de la vida cotidiana es que una cuarta parte de los pacientes que acuden a un servicio de salud mental derivados por su médico de cabecera no presentan un trastorno mental diagnosticable y la mitad de ellos ya tiene prescrito un psicofármaco (8). Hay múltiples maneras de medicalizar a nuestros pacientes: tratar –con fármacos o psicológicamente– problemas que se resuelven espontáneamente o en situaciones donde la efectividad no está demostrada; sobrevalorar la importancia de un factor de riesgo; hacer seguimientos sin beneficio para el paciente, pedir pruebas (analíticas, tests) sin justificación clínica o «por si acaso», o actuar sanitariamente cuando hay otras formas de afrontar los problemas (9).

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades sanitarias que evitan o atenúan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario (10). Su fundamento es aquel principio

hipocrático *primum non nocere*. Si entendemos que no todo sufrimiento o malestar es una enfermedad, entonces tenemos que delimitar bien, qué tratar y qué no. Si indicamos un tratamiento, implícitamente estamos tratando el problema del paciente como algo patológico, que se va a beneficiar de una intervención técnica sanitaria.

La clave estaría en saber si ante el problema humano que tenemos delante vamos a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad a tratar que si no fuera visto como tal (1). Esta consideración tal vez más útil en otros ámbitos de la medicina, es prácticamente inservible en términos absolutos en salud mental, donde se abordan problemas complejos del terreno de las emociones, las ideas y las conductas. Aquí los protocolos de intervención no están bien definidos y no hay una tecnología que permita realizar una verdadera objetivación del problema. Es el profesional, con su bagaje técnico, su biografía y sus circunstancias personales y laborales, en su encuentro con un determinado paciente el que inclina la balanza hacia el tratamiento o no, hacia la enfermedad o la normalidad.

Antes de tomar la decisión de tratar, tenemos que considerar los efectos adversos de nuestra indicación porque toda intervención sanitaria, ya sea diagnóstica, terapéutica, preventiva o curativa, conlleva repercusiones y riesgos que tenemos que balancear cuidadosamente con los beneficios que también se van a producir. Probablemente este balance es fácil de hacer cuando sabemos que nuestras intervenciones son claramente eficaces y el beneficio supera indudablemente las repercusiones negativas. Sin embargo, esta valoración no está tan clara precisamente en los trastornos mentales menores. En este territorio del malestar (11), la frontera entre la enfermedad y la normalidad es imprecisa, pero además el beneficio derivado directamente de nuestras acciones es mucho más limitado y las repercusiones negativas pueden cobrar mayor importancia. Estos aspectos negativos los podemos agrupar (artificialmente para facilitar su conocimiento) en sus efectos socioculturales, asistenciales y puramente clínicos.

### *Repercusiones socioculturales negativas de las intervenciones en salud mental*

Cuando decidimos intervenir sobre un problema menor de salud mental, se pueden producir unos efectos negativos que tienen que ver con el paciente y su entorno sociocultural. Iván Illich, en su magnífico análisis sobre la medicalización (12), ya teorizó ampliamente sobre todos estos aspectos hace más de 30 años anticipándose a un futuro que incluso ha sobrepasado sus predicciones.

La expansión de la medicina y de la psicología en los últimos decenios ha contribuido a modificar el significado del dolor, el sufrimiento y de la muerte. Ahora la persona que sufre va quedándose cada vez con

menos contexto social que pueda darle sentido a una experiencia que lo abruma (12). Una explicación médica o psicológica respaldada por un profesional «experto» es la curiosa alternativa que ha sustituido en el mundo occidental a los significados culturales anteriores y que otorga a los ciudadanos una extraordinaria capacidad de enfermar. Cabe preguntarse si merece la pena participar como profesionales y comprometer a nuestros pacientes en la conformación de un orden sociocultural en el que la salud se ha convertido en el nuevo paraíso prometido y la medicina y la psicología en las teologías que lo amparan.

Muchas de las consultas que realizan los pacientes tienen que ver con sufrimientos derivados de conflictos laborales, económicos, sociales... y en la medida que «sanitarizamos» en nuestros despachos estas demandas, contribuimos a enmarcar en lo psicológico/biológico y en lo íntimo de una relación profesional-paciente, asuntos que son de orden ético y de ámbito público (13). Otras veces, en el manejo de estas demandas, ya sea en atención primaria o en salud mental, lo que estamos haciendo además es propugnar que nuestro paciente se adapte de forma personal (comprometiéndole a mejorar a *él* con nuestra intervención sanitaria), cuando lo que hay detrás son situaciones sociales injustas que exigen un análisis y una solución colectivas (14). En cualquier caso, corremos el peligro de favorecer un reduccionismo psicológico o biológico de fenómenos y realidades que son mucho más complejas y de empañar otras perspectivas que explican mejor y de forma más global el sufrimiento de nuestro paciente.

### *Efectos adversos asistenciales*

La extensión del tratamiento en salud mental, de forma indiscriminada, a sufrimientos que no se pueden filiar como trastornos mentales puede producir repercusiones negativas en la provisión de los servicios de salud mental. Esta progresiva psiquiatrización/psicologización de la vida cotidiana provoca un aumento de las demandas en atención primaria y salud mental. Ésta conduce a una saturación de los dispositivos asistenciales y, consecuentemente, a una limitación de las prestaciones. La ley de cuidados inversos sostiene que el paciente recibe cuidados en proporción inversa a su necesidad (15) y, por si fuera poco, nuestros pacientes más graves no se caracterizan por ser muy demandantes de atención sanitaria. Con esta dinámica, se está abonando el campo para que nuestras consultas se saturen de malestares para los que no hay una respuesta técnica sanitaria clara ni eficaz y que los trastornos mentales graves se pierdan o reciban una atención limitada cuando sí que se pueden beneficiar verdaderamente de nuestras intervenciones.

En este contexto, se está produciendo un aumento de la demanda para terapias psicológicas, de apoyo e incluso que el profesional de salud men-

tal se convierta en un guía que aconseje al paciente sobre las decisiones de su vida a modo de *coaching*. La implantación de la psicología en atención primaria es escasa en España así que la atención que reciben en la mayor parte de los casos las personas que consultan por malestar o un problema menor suele ser farmacológica. De hecho, en los últimos 15 años la prescripción de antidepresivos ha experimentado un crecimiento extraordinario (16, 17). La eficacia de estos fármacos (y de las terapias psicológicas) en estas demandas es muy discutible y además, este desmesurado incremento de la prescripción de antidepresivos, cada vez más caros, está disparando el gasto farmacéutico y amenazando la viabilidad de los sistemas nacionales de salud universales y gratuitos.

Todos estos aspectos nos remiten a nuestro papel de gestores de los recursos asistenciales, en la medida que somos profesionales de un servicio público de salud. Nuestra labor no se limita a «diagnosticar y tratar» sino que, además, tenemos que jerarquizar qué pacientes necesitan más, cuáles menos y quiénes nada. Y de la misma manera, como prescriptores de fármacos y terapias, debemos conocer los gastos públicos que acarrearán y realizar intervenciones coste-efectivas (18).

### *Iatrogenia de las intervenciones en salud mental*

Toda intervención sanitaria conlleva efectos adversos, aunque técnicamente sea perfecta. La calidad de las intervenciones en todo caso solo asegura que las cosas se hacen bien, pero no evita los efectos adversos de las cosas bien hechas, así que se trata de un problema de calidad pero también de cantidad. Casi siempre que se ha investigado sobre la iatrogenia, se ha puesto especial énfasis en lo técnico, en el daño que se inflige al paciente derivado de una mala praxis. Pero aun siendo excelentes profesionales, nuestros tratamientos causan efectos adversos a nuestros pacientes. Esta iatrogenia está derivada tanto del contenido del tratamiento o mensaje terapéutico (el psicofármaco en cuestión o la técnica terapéutica que empleemos) como de la relación implícita que se establece entre el paciente y el profesional o metamensaje terapéutico. En esta configuración relacional que se produce aparecen efectos negativos que, en el caso de la salud mental, es particularmente importante porque esa relación forma parte crucial del tratamiento.

Todos los aspectos iatrogénicos que vamos a comentar son inseparables de nuestra práctica clínica habitual y perfectamente asumibles cuando estamos tratando trastornos mentales graves, donde el beneficio es innegable. Sin embargo, cuando nos planteamos intervenir sobre un paciente con malestar o con un problema menor de salud mental, el balance riesgo-beneficio es más ajustado y merece la pena recordar que no podemos creer ingenuamente que nuestras intervenciones (siempre guiadas por nuestra buena voluntad y el deseo de ayudar) sean inocuas.

## 1. Iatrogenia derivada de la relación paciente-profesional

Resulta algo artificial separar el mensaje terapéutico explícito (psicofarmacológico o psicoterapéutico), de la configuración relacional implícita que se construye entre paciente y profesional, pero puede ser útil para comprender los distintos efectos negativos que puede tener una intervención en salud mental.

Cuando indicamos un tratamiento a un paciente, implícitamente le estamos transmitiendo muchos mensajes que pueden ser potencialmente perjudiciales. 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 empeorará si no realiza el tratamiento y si éste se interrumpe de forma anticipada (lo que sucede en numerosas ocasiones), no habrá mejorado lo que estaba previsto o corre el peligro de ponerse mucho peor. Esta dependencia respecto de la intervención profesional tiende a empobrecer los aspectos no médicos (saludables y curativos) de los ambientes social y físico y tiende a reducir la capacidad psicológica 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 psiquiátrico y psicoterapéutico está plagado de descriptores 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 erróneamente que han capturado la esencia del paciente y comprendan verdaderamente su complejo mundo emocional, cognitivo y conductual, así como su forma de ver la vida. Estas etiquetas 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. La ventana de la normalidad que tiene el paciente se estrecha, se ensombrecen otro tipo de comportamientos y puede acabar codificando la mayor parte de sus conductas desde su condición psiquiátrica o psicológica. Esto puede limitar su sensación de autonomía y gobierno y favorece la necesidad de que sea el experto profesional el que gestione sus emociones y experiencias. Además, las categorías diagnósticas y el lenguaje psicoterapéutico por su carácter estigmatizador pueden contribuir a la pérdida de status social del paciente que puede tener mayores expectativas de ser rechazado y generar además vergüenza (19, 20).

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.

Una situación frecuente que se da cuando se atiende a personas que consultan por malestar es la de informarle que lo que le sucede es una reacción emocional normal, adaptativa y sana y que, desde esta perspectiva, no es necesario que realice ningún tratamiento *pero* se le vuelve a citar para ver cómo evoluciona. En estos casos se produce una incongruencia entre el mensaje (explícito) y el metamensaje (implícito). Se le comunica que está sano pero se le vuelve a citar, lo que significa que le transmitimos que tememos que enferme, que no sea capaz de salir por sí mismo adelante y que no nos fiamos finalmente de su capacidad para afrontar sus problemas.

## 2. Iatrogenia derivada de los tratamientos en salud mental

No merece la pena pormenorizar la iatrogenia derivada de la mala aplicación técnica del tratamiento en este capítulo. Es obvio que si no sabemos prescribir adecuadamente psicofármacos o somos malos psicoterapeutas, vamos a dañar a nuestros pacientes.

Los estudios de investigación han encontrado que la psicoterapia produce consecuencias negativas medibles en un 7-15% (21, 22). La iatrogenia derivada de una mala técnica es conocida y se relaciona con los múltiples errores que puede cometer el profesional: convertir la entrevista en un interrogatorio, hacer juicios críticos aunque sea de forma implícita, aceptar toda la responsabilidad en el trabajo terapéutico, dar consejos personales, proponer objetivos no suscitados por el paciente, ofrecer falsas seguridades, responder desde la persona y no desde la persona en el rol del terapeuta (mediante preguntas inapropiadas o irrelevantes, haciendo un uso inadecuado del humor, una utilización impropia del pudor o las buenas maneras, minimizando, haciendo un uso extemporáneo del consuelo o tranquilización o haciendo autorrevelaciones inapropiadas), pasar por alto las emociones, no personalizar en el relato del paciente, realizar intervenciones generadoras prematuras como la interpretación o la confrontación, abrumar con excesiva información, dejar pasar por alto comentarios negativos sobre la terapia o el terapeuta o perder el foco. Estos aspectos son los más importantes en la iatrogenia y, en la medida en que se ponen en juego la personalidad del paciente, la del terapeuta y la interacción de ambos, son frecuentes, incluso en terapeutas experimentados (23).

Pero existen además unos efectos adversos inherentes a la terapia. Cada escuela psicoterapéutica tiene su particular sistema de entender e interpretar las conductas de los pacientes. A través de este sistema y con-

ducido por un lenguaje particular, los terapeutas transmiten que saben más que el paciente en general y, probablemente, más que el paciente sabe sobre sí mismo. Este sistema de creencias domina la conversación terapéutica y favorece que perspectivas alternativas que el paciente considera, queden relegadas porque sean contradictorias o estén fuera del sistema de creencias particular del terapeuta. Las distintas perspectivas que aportan las escuelas psicoterapéuticas son muy útiles en la comprensión de los problemas del paciente, pero en ningún caso son la «verdad» (24). Algo a lo que es difícil que se sustraiga el paciente durante y después del tratamiento.

A todos estos aspectos conceptuales, cabría añadir las reacciones adversas que tienen los psicofármacos, al igual que otros medicamentos. A pesar de estos efectos secundarios nadie duda en tratar una esquizofrenia con antipsicóticos o una depresión delirante con riesgo suicida con antidepresivos. El mayor problema se produce en las indicaciones de tratamientos psicofarmacológicos en aquellas situaciones clínicas en las que no está del todo claro que nuestro paciente se vaya a beneficiar positivamente de nuestra intervención y sí que va a sufrir los efectos negativos.

En cualquier vademécum aparecen los efectos secundarios de los psicofármacos, por lo que no tiene ningún sentido reseñarlos pero, a modo de ejemplo, podemos reparar los de la paroxetina, el antidepresivo más recetado en España en 2007 (tabla 1). Algunos de los efectos que aparecen son graves pero extraordinariamente infrecuentes. Sin embargo, otros como las molestias gastrointestinales o los efectos en la función sexual son habituales y, entonces, debemos considerar si nuestro paciente va a obtener un beneficio que compense sobradamente esta iatrogenia.

Tabla 1. *Reacciones adversas de la paroxetina*

---

Los efectos indeseables de paroxetina son, en general, de naturaleza leve y no modifican la calidad de vida del paciente. Algunas reacciones adversas pueden disminuir en intensidad y frecuencia, al continuar el tratamiento y, en general, no obligan a suspender la medicación. Las reacciones adversas que se relacionan a continuación se han clasificado por órgano, sistemas y frecuencia.

Las frecuencias se han definido de la siguiente forma:

muy frecuente ( $>1/10$ ), frecuente ( $>1/100$ ,  $<1/10$ ), poco frecuente ( $>1/1.000$ ,  $<1/100$ ), rara ( $>1/10.000$ ,  $<1/1.000$ ), muy rara ( $<1/10.000$ ), incluyendo informes aislados.

Las reacciones frecuentes y poco frecuentes se determinaron, por lo general, a partir de una serie de datos de seguridad procedentes de una población de ensayos clínicos de  $>8.000$  pacientes tratados con paroxetina y se citan a modo de incidencia en exceso respecto a placebo. Las reacciones raras y muy raras se determinaron, por lo general, a partir de datos postcomercialización y se refieren a la tasa de notificación más que a la verdadera frecuencia.

---

Tabla 1. *Reacciones adversas de la paroxetina* (Continuación)

---

Trastornos del sistema linfático y sanguíneo. Poco frecuentes: hemorragia anormal en la piel y membranas mucosas (principalmente, equimosis) (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo). Raros: hemorragias ginecológicas, sangrado gastrointestinal (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo). Muy raros: trombocitopenia.

Trastornos cardíacos. Poco frecuentes: taquicardia sinusal.

Trastornos endocrinos. Raros: síndrome de secreción inadecuada de hormona antiurética (SIHAD) (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo).

Trastornos oculares. Poco frecuentes: visión borrosa. Muy raros: glaucoma agudo.

Trastornos gastrointestinales. Muy frecuentes: náuseas. Frecuentes: estreñimiento, diarrea, sequedad de boca.

Trastornos generales y condiciones en el punto de administración. Frecuentes: astenia. Muy raros: edema periférico.

Trastornos hepatobiliares. Poco frecuentes: aumentos de las enzimas hepáticas. Muy raros: hepatitis, algunas veces relacionados con ictericia y/o insuficiencia hepática (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo).

Trastornos del sistema inmunitario. Muy raros: reacciones alérgicas (incluyendo urticaria y angioedema).

Trastornos del metabolismo y nutrición. Frecuentes: disminución del apetito. Raros: hiponatremia (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo).

Trastornos del sistema nervioso. Frecuentes: mareo, temblor. Poco frecuentes: efectos extrapiramidales (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo). Raros: convulsiones. Muy raros: síndrome serotoninérgico (los síntomas pueden incluir agitación, confusión, diaforesis, alucinaciones, hiperreflexia, mioclonía, escalofríos, taquicardia y temblor).

Trastornos psiquiátricos. Frecuentes: somnolencia, insomnio. Poco frecuentes: confusión. Raros: reacciones maníacas.

Trastornos renales y urinarios. Poco frecuentes: retención urinaria.

Trastornos del sistema reproductor y de la mama. Muy frecuentes: disfunción sexual. Raros: galactorrea (hiperprolactinemia).

Trastornos del tejido de la piel y subcutáneos. Frecuentes: sudoración. Poco frecuentes: erupciones cutáneas. Raros: fotosensibilidad.

Trastornos vasculares. Poco frecuentes: aumentos o disminuciones transitorios en la tensión arterial, generalmente en pacientes con hipertensión preexistente o ansiedad. Reacciones de Retirada. La interrupción de la administración de paroxetina (especialmente si es brusca) puede dar lugar a una reacción de retirada con síntomas tales como mareo, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia y sensación de calambres), cefalea, alteraciones del sueño, agitación o ansiedad, náuseas y sudoración.

---



## *De la prevención primaria a la prevención cuaternaria en salud mental*

Un argumento que respalda la intervención en los problemas menores en salud mental, aunque no puedan considerarse trastornos mentales que merezcan un tratamiento, es el de realizar prevención primaria individual. El objetivo en este caso es tratar a un paciente que está sano pero en el que se sospecha que los factores de riesgo y de vulnerabilidad se conjugan en el *posible* desarrollo de una enfermedad mental. Pero la prevención primaria, al llevarse a cabo a través de intervenciones sanitarias, también comporta efectos negativos socioculturales, asistenciales (se ha descrito cómo el desarrollo de la medicina preventiva traslada los recursos asistenciales de pobres a ricos, de enfermos a sanos y de ancianos a jóvenes) (25) y, por supuesto, iatrogenia clínica. Suele suponerse que las intervenciones preventivas son inocuas y esto hace que se investigue poco sobre sus efectos negativos. Los menos estudiados son los derivados de las medidas preventivas que se realizan tras un cribado positivo (como los efectos adversos de los fármacos y psicoterapias preventivas) y los de carácter intangible (medicalización de la vida, dependencia de los servicios sanitarios, etiquetado de enfermedad). Lo cierto es que la expansión de la medicina preventiva está multiplicando las probabilidades de recibir intervenciones preventivas en todas las personas, con un balance poco claro entre el incremento de los beneficios y los riesgos (26).

Por otra parte, la investigación en prevención primaria en salud mental es particularmente compleja, por lo que está poco desarrollada y la evidencia en torno a este aspecto y, en concreto, con los problemas menores es muy limitada (27). Si se encontraran intervenciones eficaces y con un balance riesgo-beneficio positivo, habría que plantearse entonces si son asumibles por el Sistema Nacional de Salud, dada la enorme prevalencia de las consultas de malestar y problemas mentales menores en atención primaria y salud mental. Pero sobre todo tendríamos que considerar que, si buena parte de estas demandas tienen que ver con problemas de origen social, ¿no estaríamos equivocando el foco desde una prevención sobre el ambiente a un abordaje ingenuamente individual y sanitario? (7).

Desafortunadamente, nuestra capacidad terapéutica como profesionales de la salud mental resulta bastante limitada y antes de intervenir y prescribir algún tratamiento es preciso reconsiderar con una actitud crítica los beneficios que podemos proporcionar y los daños que vamos a infligir. Desde esta perspectiva, tenemos que evitar someternos a tener una solución para todo e inmediata y trabajar nuestra tolerancia (y la del paciente) a la incertidumbre. Esto significa reconsiderar 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 nuestras actuaciones (28). Buena parte de los malestares y problemas menores de salud mental se van a beneficiar muy poco de nuestras intervenciones psicológicas o psicofarmacológicas porque tienen su raigambre en problemáticas de otra índole (social, laboral, económica o, en todo caso, fuera del sistema sanitario) (29) y muchos otros se van a resolver espontáneamente (30, 31).

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Márquez, S.; Meneu, R., «La medicalización de la vida y sus protagonistas», *Gestión Clínica y Sanitaria*, verano 2003: 47-53.
- (2) Gérvas, J.; Pérez Fernández, M., «El auge de las enfermedades imaginarias» (editorial), *FMC*, 2006, 13 (3): 109-111.
- (3) Moynihan, R.; Smith, R., «Too Much Medicine?» (editorial), *BMJ*, 2002, 324: 859-860.
- (4) Moncrieff, J., «Psychiatric Imperialism: the Medicalisation of Modern Living» ([www.critpsynet.freeuk.com/sound.htm](http://www.critpsynet.freeuk.com/sound.htm)).
- (5) Moynihan, R.; Heath, I.; Henry, D., «Selling Sickness: the Pharmaceutical Industry and Disease Mongering», *BMJ*, 2002, 324: 886-891.
- (6) 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 ([www.atopos.es/pdf-03/yaesprimavera.pdf](http://www.atopos.es/pdf-03/yaesprimavera.pdf)).
- (7) Ortiz Lobo, A., «Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar», *Átopos*, 2008, 7: 26-34 ([www.atopos.es/pdf-07/Los-profesionales-de-salud-mental.pdf](http://www.atopos.es/pdf-07/Los-profesionales-de-salud-mental.pdf)).
- (8) Ortiz Lobo, A.; González González, R.; Rodríguez Salvanés, F., «La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable», *Aten. Primaria*, 2006, 38 (10): 563-9.
- (9) Zapater, F.; Vila, R., «Habilidades para no medicalizar», *FMC*, 2008, 15 (10): 672-7.
- (10) Gérvas, J., «Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España», *Gac. Sanit.*, 2006, 20 (supl. 1): 127-134.
- (11) Retolaza, A., «El territorio del malestar», *Átopos*, 2008, 7: 13-25.
- (12) Illich, I., *Némesis médica: la expropiación de la salud*, Barcelona, Barral, 1975.
- (13) Rendueles, G., «Psiquiatrización de la ética-Ética de la psiquiatría: el idiota moral», en Santander, F. (ed.), *Ética y praxis psiquiátrica*, Madrid, AEN, 2000.
- (14) Jervis, G., *Manual crítico de psiquiatría*, Barcelona, Anagrama, 1977.
- (15) Hart, J. T., «The Inverse Care Law», *Lancet*, 1971, 1: 405-412.
- (16) Lozano Serrano, C.; Ortiz Lobo, A., «El incremento de la prescripción de antidepresivos. ¿Una panacea demasiado cara?», *Revista de la AEN*, 2004, 90: 83-96.
- (17) Alonso, M. P., y otros, «Evolución del consumo de antidepresivos en España. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina», *Medicina clínica*, 1997, 108: 161-166.
- (18) Segú, J. L. «Gestión de los medicamentos en los sistemas de salud. La perspectiva de la microgestión», en Meneu R.; Peiró S. (eds.), *Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica*, Barcelona, Masson-Elsevier, 2004.
- (19) Boisvert, C. M.; Faust, D., «Iatrogenic Symptoms in Psychotherapy: A Theoretical Exploration of the Potential Impact of Labels, Language, and Belief Systems», *American Journal of Psychotherapy*, 2002, 56: 244-260.

- (20) Crown, S., «Contraindications and Dangers of Psychotherapy», *British Journal of Psychiatry*, 1983, 143: 436-441.
- (21) Mohr, D. C., «Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1995, 2: 1-27.
- (22) Moos, R., «Iatrogenic Effects of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders: Prevalence, Predictors, Prevention», *Addiction*, 2005, 5: 595.
- (23) Fernández Liria, A.; Rodríguez Vega, B., *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*, Bilbao, Desclée De Brower, 2002.
- (24) Fernández Liria, A.; Rodríguez Vega, B., *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*, Bilbao, Desclée De Brower, 2001.
- (25) Heath, I., «In Defense of a National Sickness Service», *BMJ*, 2007, 334: 19.
- (26) Márquez-Calderón, S., «Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo», Informe SESPAS 2008, *Gac. Sanit.*, 2008, 22: 205-15.
- (27) *Consenso sobre la promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Madrid, AEN, Cuadernos técnicos, 8, 2008.
- (28) Frances, A.; Clarkin, J. F., «No Treatment as the Prescription of Choice», *Archives of General Psychiatry*, 1981, 38: 542-5.
- (29) Hernández Monsalve, M., «Dilemas en psiquiatría: entre el consumismo, la eficiencia y la equidad», en VV. AA., *Neoliberalismo versus democracia*, Madrid, 1998.
- (30) García Moratalla, B., *Análisis prospectivo de las consultas sin diagnóstico de trastorno mental en un centro de salud mental*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, 2008.
- (31) Endicott, N. A.; Endicott, J., «Improvement in Untreated Psychiatric Patients», *Archives of general Psychiatry*, 1963, 9: 575-585.

