

La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable

Alberto Ortiz Lobo^a, Rocío González González^b y Francisco Rodríguez Salvanés^b

Objetivo. Analizar las características de la derivación desde atención primaria a un centro de salud mental de los pacientes sin trastorno mental diagnosticable.

Metodología. Se evaluó clínicamente a todos los pacientes nuevos (n = 1.004) que acudieron de manera consecutiva, sin excluir a ninguno, durante un año, a un centro de salud mental para determinar cuántos no pudieron ser diagnosticados de un trastorno mental según la CIE-10 (códigos Z). Se recabó la información sobre quién tuvo la idea de consultar, quién los derivó, cómo y con qué tratamiento. Además, se obtuvo información sobre sus características sociodemográficas, clínicas y asistenciales.

Resultados. De un total de 1.004 pacientes evaluados en el año, 244 (el 24,4%) (intervalo de confianza [IC] del 95%, 21,6-27) no reunieron criterios para ser diagnosticados de trastorno mental según la CIE-10. Los pacientes con un diagnóstico de un código Z tienden a solicitar, ellos mismos o su familia (54,5%) (IC del 95%, 48,3-60,8), la remisión a un servicio de salud mental, que se hace casi en su totalidad (95,5%) (IC del 95%, 92,1-97,7) a través del médico de atención primaria. Más de la mitad recibe psicofármacos pautados principalmente por el médico de cabecera y un 20,9% (IC del 95%, 15,8-26) es remitido con carácter preferente.

Conclusiones. En nuestro estudio se observa que hay una cantidad excesiva de pacientes que no presentan un trastorno mental diagnosticable y que son remitidos al centro de salud mental, muchos con tratamiento psicofarmacológico pautado, lo que pone en cuestión la función de filtro asistencial de la atención primaria con estas personas. Probablemente, la indiscriminada demanda asistencial de la población junto con una tendencia excesiva en la utilización de psicofármacos en la salud mental explican parte de este fenómeno.

Palabras clave: Salud mental. Derivación. Código Z. Trastorno subumbral.

MENTAL HEALTH REFERRALS OF PATIENTS WITHOUT DIAGNOSABLE PSYCHIATRIC PATHOLOGY

Objective. To analyze the characteristics of referral from primary health care to mental health of patients with no diagnosable mental disorder.

Methods. Consecutively and without exemptions, all persons attending for first-time consultation a mental health centre in the course of a year were clinically examined. We measured the incidence of conditions not attributable to a mental disorder using ICD-10 (Z codes). Information was collected on whose idea it was that they attended, and who, how and with what treatment they were referred. In addition, data about their social, demographic and clinical characteristics were collected.

Results. Of the 1004 persons examined, 244 (24.4%) (95% CI, 21.6-27) did not meet the ICD-10 diagnosis criteria for mental disorders. They themselves or their family tended to request the Z codes (54.5%) (95% CI, 48.3-60.8]. Mental health referral was almost always through the PC doctor (95.5%) (95% CI, 92.1-97.7). Half the patients were already receiving drug therapy under their general practitioner before their visit and 20.9% (95% CI, 15.8-26) were referred as priority patients.

Conclusions. Our study found that a large number of patients with no diagnosable mental disorder at the mental health centre, many of them with drug treatment prescribed, were referred. This places a question-mark over the function of primary care as a filter for these patients. The population's indiscriminate health care demand and the steady increase in treating mental health with drugs partially explain this phenomenon.

Key words. Mental health. Referral. Z code. Subumbral disorder.

^aCentro de Salud Mental de Salamanca. Área 2. Madrid. España.

^bFundación Investigación Biomédica. Hospital de La Princesa. Área 2. Madrid. España.

Correspondencia:
 Dr. A. Ortiz Lobo
 Centro de Salud Mental de Salamanca.
 O'Donnell, 55. 28009 Madrid.
 España.
 Correo electrónico:
 aortizlobo@yahoo.es

Manuscrito recibido el 10-3-2006.
 Manuscrito aceptado para su publicación el 26-4-2006.

Introducción

En los últimos años ha surgido una controversia en torno a la demanda de las personas que, sin cumplir criterios para ser diagnosticados de un trastorno mental, presentan ciertos síntomas y son remitidos a un servicio de salud mental. Las clasificaciones nosográficas actuales DSM-IV¹ y CIE-10² recogen este tipo de demandas en un capítulo aparte, fuera de los trastornos mentales, y las denominan códigos Z (en las versiones anteriores DSM-III-R y CIE-9 se denominaban códigos V). Aunque muchos autores propugnan la atención y el tratamiento de estas entidades alegando la discapacidad que causan y la posible mala evolución que podrían tener^{3,4} (y las denominan entonces «trastornos subumbrales»), también se ha comentado que el tratamiento de estos malestares de la vida que no constituyen un trastorno mental no está fundamentado con pruebas⁵, puede ser éticamente cuestionable^{6,7} y supone una sobrecarga en los servicios públicos de salud mental que puede restar atención a los pacientes más graves⁸. Además, supone un incremento del gasto sanitario, tanto farmacológico como asistencial, y puede ser iatrogénico para los pacientes que reciben un tratamiento sin necesidad.

En cualquier caso, los profesionales asisten a un incesante incremento de distintas demandas que tienen que ver con estos sentimientos de malestar estrechamente relacionados con los avatares de la vida cotidiana. Se han escrito muchos libros que han teorizado sobre la medicalización y la psiquiatrización de la sociedad en los últimos decenios⁹⁻¹³ y los cambios socioculturales, económicos y laborales que han contextualizado este fenómeno. Desde esta perspectiva, el sufrimiento y el dolor, que son inherentes a la condición humana, ahora ya no son entendidos por la población como naturales y adaptativos, sino recodificados como patológicos o, al menos, se consideran tratables por un profesional⁷.

En nuestro Sistema Nacional de Salud, los pacientes que son atendidos en salud mental han de ser remitidos por atención primaria, que se encarga de filtrar las enfermedades que pueden ser atendidas en este primer ámbito asistencial y, evidentemente, las que no son enfermedades. Sin embargo, es una realidad que entre un 20 y un 30% de los pacientes nuevos que son atendidos en salud mental no presentan ningún trastorno mental diagnosticable¹⁴⁻¹⁹ y muchos de ellos acuden ya con un tratamiento psicofarmacológico pautado por su médico de cabecera. Una derivación excesiva produce gastos indebidos y expone al paciente a riesgos innecesarios.

El objetivo de este estudio es analizar las características de la derivación desde atención primaria a un centro de salud mental de los pacientes sin trastorno mental diagnosticable.

Métodos

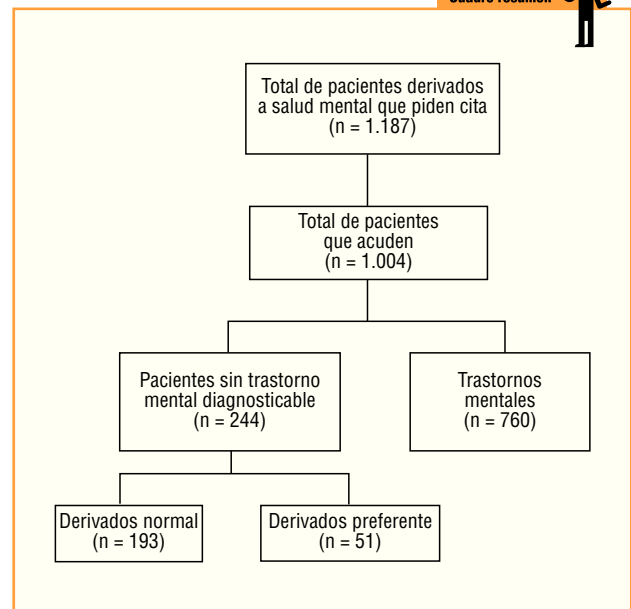
Emplazamiento

Este estudio se realizó en el centro de salud mental del Distrito de Salamanca que pertenece al Área Sanitaria 2 de Madrid y atiende a una población urbana de 140.000 habitantes. Los pacientes que acuden al centro de salud mental son remitidos con un volante de interconsulta fundamentalmente desde los equipos de atención primaria del distrito (7 centros de salud con equipos de mañana y tarde), aunque de manera excepcional también pueden ser remitidos desde las urgencias hospitalarias, las altas de la unidad de hospitalización breve psiquiátrica (UHB) del hospital o de otros servicios médicos especializados, de los servicios sociales del distrito o de los juzgados. En este volante se especifica si el paciente precisa una cita preferente (en menos de 2 semanas) o normal (entre uno y 2 meses de espera). Por defecto, se cita como normal.

Muestra

Se incluyó a todos los pacientes adultos (mayores de 18 años) nuevos que fueron atendidos en el centro de salud mental desde el 30 de enero de 2001 al 19 de febrero de 2002, sin excluir a ninguno, con un total de 1.187. Se consideró que eran pacientes nuevos los que no tenían historia clínica en el centro de salud mental o, si la tenían, habían transcurrido más de 2 años desde su último contacto con el centro. De éstos, no acudieron finalmente a la primera cita 183, por lo que se evaluó a 1.004 pacientes. El hecho de que la muestra sea consecutiva y completa elimina cual-

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio transversal sobre la totalidad de los pacientes derivados al centro de salud mental a lo largo de un año.

quier sesgo derivado del muestreo aleatorio. Como el período de recogida de datos abarca un año, se elimina también cualquier posible sesgo estacional de la muestra.

Mediciones

En la cita de evaluación se entrega al paciente, para que la rellene en ese momento, una escala de expectativas de tipo Likert puntuada de 0 (nada) a 10 (completamente) en la que se le pide: «señale con una raya cuánto cree que va a mejorar al venir a este centro de salud mental». En el análisis de relaciones de variables hemos agrupado esta variable cualitativamente para darle un sentido clínico en 3 subgrupos que hemos denominado: expectativas negativas (rango de 0 a 4,5), expectativas positivas (rango de 5 a 8,5) y expectativas «mágicas» (rango de 9 a 10). Hubo 51 pacientes que no cumplimentaron el cuestionario debido a problemas de visión o analfabetismo, falta de tiempo o porque no quisieron. A continuación accedieron a la consulta, donde fueron evaluados por el facultativo, que disponía de una hora para atender al paciente. De los 1.004 pacientes nuevos asistentes se seleccionó, tras la evaluación clínica, a los que no tenían una enfermedad mental diagnosticable según la CIE-10. En estos casos, esta clasificación recomienda que se utilicen los códigos Z del capítulo XXI, «Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud». De esta manera, a cada paciente que no era diagnosticado de trastorno mental se le asignaba el código Z correspondiente y el profesional rellenaba un protocolo que recoge las variables: *a)* sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, convivencia, nivel educativo, situación laboral); *b)* asistenciales (tipo de derivación, demandante [esta determinación es la respuesta a la pregunta «¿de quién fue la idea de consultar en salud mental?»]), y *c)* clínicas (antecedentes de tratamiento psiquiátrico, tratamiento inicial). Todas ellas se van a analizar en este estudio. Las características generales sociodemográficas, asistenciales y clínicas han sido descritas en un trabajo previo¹⁹. Para buscar la asociación entre las variables dependientes principales (demandante y tipo de derivación) y las independientes se realizó, en el caso de las variables cualitativas, el test de la χ^2 o el test exacto de Fisher y, en caso de variables cuantitativas, el test de la *t* de student o ANOVA de una vía en el caso de que fuesen más de 2 categorías. Para el análisis conjunto de la relación de distintas variables se utilizó el análisis de regresión logística, seleccionando entre los distintos valores los que mejor se ajustaban según los criterios definidos por Homer

y Lemeshow²⁰. Todos los análisis estadísticos fueron realizados mediante los programas SSPS 7.5 y 11.0 para Windows, Epiinfo y Epidat. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados

De un total de 1.004 pacientes evaluados en el año, 244 (el 24,4%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 21,6-27) no reunieron criterios para ser diagnosticados de trastorno mental según la CIE-10. Estas personas fueron diagnosticadas como códigos Z. De esos 244 pacientes, casi la totalidad (el 95,5%; IC del 95%, 92,1-97,7) fue remitida desde atención primaria y un 20,9% (IC del 95%, 15,8-26), de forma preferente. La mitad tenía ya un tratamiento psicofarmacológico pautado, en su inmensa mayoría, por el médico de cabecera y en los últimos 2 meses, es decir, en relación con la derivación a salud mental (tabla 1).

TABLA 1 Características de la derivación de los pacientes sin trastorno mental diagnosticable al centro de salud mental

Variable	Categorías	n (%)	IC del 95%
Procedencia de la derivación	Atención primaria	233 (95,5)	92,1-97,7
	Hospital y otras instituciones	11 (4,5)	2,8-7,9
Demandante	Médico de AP	78 (32,1)	26,2-38
	Paciente	115 (47,3)	41-53,6
	Urgencias/UHB	6 (2,5)	0,09-5,3
	Familia	18 (7,4)	4,4-11,5
	Especialistas	15 (6,2)	3,5-9,9
Tipo de derivación	Otros	11 (4,5)	2,3-7,7
	Normal	193 (79,1)	74-84,2
	Preferente	51 (20,9)	15,8-26
Tratamiento psicofarmacológico	No	124 (51)	44,7-57,3
	Benzodiacepinas	63 (25,9)	20,4-31,4
	Benzodiacepinas + antidepresivos	37 (15,2)	10,7-19,7
	Antidepresivos	16 (6,6)	3,8-10,4
	Neurolepticos ± benzodiacepinas ± antidepresivos	2 (0,8)	0,1-2,9
Inicio del tratamiento	Otros	1 (0,4)	0,01-2,3
	No	124 (50,8)	44,5-57,1
	< 2 meses	70 (28,7)	23-34,4
	2-6 meses	19 (7,8)	4,8-11,9
	7-12 meses	7 (2,9)	1,2-5,8
Prescriptor del tratamiento	> 1 año	24 (9,8)	6,4-14,3
	No	124 (50,8)	44,5-57,1
	Médico de AP	86 (35,2)	29,3-41,2
	Psiquiatra	20 (8,2)	5,1-12,4
	Otros	10 (4,1)	2-7,4
	Automedicación	4 (1,6)	0,4-4,1

AP: atención primaria.

TABLA 2 Relación de las variables sociodemográficas, asistenciales y clínicas con que la demanda de los códigos Z parta de un profesional o del paciente o sus familiares

Variables	Categorías	% o media			Regresión logística	
		Médico, profesional	Paciente, familia	p	OR (IC del 95%)	p
Sexo	Varón	41,9	58,1	0,484	—	—
	Mujer	46,7	53,3			
Estado civil	Soltero	46,2	53,8	0,185	—	—
	Casado	42,4	57,6			
	Viudo	63,0	37,0			
	Separado-divorciado	36,8	63,2			
Convivencia	Solo	52	48	0,283	—	—
	Acompañado	43,5	56,5			
Nivel educativo	Analfabeto, estudios primarios	55,1	44,9	0,048	1,00	—
	Graduado escolar, bachillerato	49,5	50,5			
	Diplomado, licenciado	35,8	64,2			
Situación laboral	Trabaja, estudia	35,7	64,3	0,006	4,09 (1,62-10,34)	0,003 ^a
	Desempleo	41,7	58,3			
	Jubilado, incapacitado	53,8	46,2			
	Ama de casa	58,3	41,7			
	ILT	70,4	29,6			
Edad	Numérica	46,6	41,3	0,022	0,99 (0,97-1,01)	0,384
Tratamiento previo	Psicofármacos solo	46,4	53,6	0,573		
	Psicoterapia	34,8	65,2			
	No	46,3	53,7			
Expectativas	Negativas	50	50	0,522		
	Positivas	38,1	61,9			
	«Mágicas»	40,7	59,3			
Tratamiento inicial	Sí	49,2	50,8	0,260		
	No	41,9	58,1			
	Total	45,2 (n = 110)	54,7 (n = 133)			

ILT: incapacidad laboral transitoria, OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

Más de la mitad de los códigos Z fueron remitidos a demanda suya o de sus familiares y no del profesional. El médico de atención primaria remite por iniciativa propia con más frecuencia a los pacientes más mayores, con menor nivel educativo y que están de baja laboral (tabla 2).

Un 20,9% (IC del 95%, 15,8-26) de los códigos Z fue derivado con carácter preferente y en general correspondía a pacientes más jóvenes, en los que ya se había pautado un tratamiento psicofarmacológico y estaban de baja laboral (tabla 3).

Discusión

La mitad de los pacientes tienen ya un con tratamiento farmacológico pautado cuando acuden al centro de salud mental y, de éstos, el 53% lleva menos de 2 meses con él

pautado. Esto significa que el médico de atención primaria (que es mayoritariamente el prescriptor del tratamiento) pauta el tratamiento farmacológico a estos individuos y los remite en el mismo acto asistencial. No los remite para que se valore si precisan tratamiento o, si se lo pauta, no espera a que les haga efecto. Desde este punto de vista, en ese 28,7% de códigos Z del total la actuación del médico de atención primaria no sería del todo correcta. Los antidepressivos constituyen el 44% de los tratamientos farmacológicos pautados a estos sujetos cuando consultan en el centro de salud mental. Es un porcentaje sumamente elevado si tenemos en cuenta que estos pacientes no presentan trastornos depresivos ni ninguna otra alteración susceptible de mejorar con estos fármacos. La inmensa popularidad que están alcanzando los antidepressivos propicia que estos psicofármacos se receten cada vez más, en nuestro país y fuera de él²¹⁻²³.

TABLA 3 Relación de las variables sociodemográficas, asistenciales y clínicas con la derivación normal o preferente

Variables	Categorías	% o media		p	Regresión logística		
		Normal	Preferente		OR	IC del 95%	p
Sexo	Varón	78,9	21,6	0,211	-	-	-
	Mujer	79,4	20,6				
Estado civil	Soltero	72	28	0,073	-	-	-
	Casado	86	14				
	Viudo	88,9	11,1				
	Separado-divorciado	73,7	26,3				
Convivencia	Solo	80	20	0,345	-	-	-
	Acompañado	78,9	21,1				
Nivel educativo	Analfabeto-estudios primarios	83,7	16,3	0,683	-	-	-
	Graduado escolar-bachillerato	79	21				
	Diplomado, licenciado	76,8	23,2				
Situación laboral	Trabaja, estudia	76,2	23,8	0,369	-	-	-
	Desempleo	91,7	8,3				
	Jubilado, incapacitado	92,3	7,7				
	Ama de casa	83,3	16,7				
	ILT	59,3	40,7				
Edad	Numérica	45,38	37,51	0,001	-	-	-
Demandante	Profesional	76,4	23,6	0,307	-	-	-
	Paciente-familiares	81,2	18,8				
Tratamiento previo	Psicofármacos sólo	82,1	17,9	0,649	-	-	-
	Psicoterapia	73,9	26,1				
	No	79,4	20,6				
Tratamiento inicial	Sí	74,8	25,2	0,0001	1	-	-
	No	83,1	16,9		3,23	1,51-6,88	0,002
Total		79,1 (n = 193)	20,9 (n = 51)				

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza; ILT: incapacidad laboral transitoria.

Otro aspecto importante del proceso de derivación de estos sujetos es de quién fue la idea de consultar en salud mental. Este parámetro se aproxima al de los estudios norteamericanos, que distinguen entre autoderivación y derivación por un profesional (casi siempre el médico de cabecera), ya que en nuestro Sistema Nacional de Salud no se puede consultar directamente con atención especializada. En estos estudios^{14,15}, la autoderivación directa oscila entre un 50 y un 63%. En el estudio holandés¹⁸, con un sistema sanitario algo más parecido al nuestro, la autoderivación es del 16%, aunque habría que sumar los casos que administrativamente son remitidos por un profesional, pero a sugerencia del paciente. Esto significa que la mayor parte de los códigos Z consultaron a petición propia o de un familiar. En nuestro trabajo, donde todas las derivaciones son hechas por profesionales, en el 54,5% de los códigos Z la demanda partía del paciente o, si acaso, de su familia. Parece que esto es una característica constante en

esta población que la diferencia de los trastornos mentales. En este trabajo, que la demanda la realizara el paciente o sus familiares estaba relacionado con un mayor nivel educativo, que el paciente no estuviera de baja laboral (en este caso es el médico de cabecera el más proclive a tomar la iniciativa de la derivación a salud mental) y fuera más joven. Parece lógico que el médico de cabecera dirija la derivación en pacientes que necesitan más de su orientación, como son las personas más mayores y las que tienen un nivel educativo más bajo y que, por tanto, pueden necesitar más su apoyo a la hora de moverse dentro del sistema sanitario. Otro aspecto importante es el de las bajas laborales por motivos psíquicos. Esta circunstancia resulta especialmente complicada para el médico de atención primaria acostumbrado a diagnosticar y pronosticar enfermedades físicas que dependen de un tratamiento protocolizado. Las bajas laborales por malestar psíquico, que carece de pruebas verdaderamente objetivas para su evaluación y cuyo

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- Se ha constatado en otros países que más de un 15% de los pacientes que son derivados de atención primaria a salud mental no presenta una enfermedad psíquica diagnosticable.
- Una parte considerable de estos pacientes realiza la demanda a petición propia.

Qué aporta este estudio

- Se remite a muchos pacientes sin enfermedad al centro de salud mental, casi una cuarta parte de las remisiones.
- La mitad de ellos se remite, además, con tratamiento psicofarmacológico (muchas veces recién pautado) y en un 20% con carácter preferente.
- Más de la mitad solicitan ellos mismos o su familia la derivación, lo que nos da idea de la presión que ejercen estos pacientes.

abordaje no está bien estandarizado, pueden comprometer al médico de atención primaria, que prefiere que un especialista se haga cargo de la situación y determine si el paciente tiene que estar de baja y hasta cuándo. El análisis de regresión logística mide la magnitud del efecto separado de las variables independientes y la relación más fuerte es la que establece la incapacidad laboral transitoria frente al resto de situaciones laborales (estar en activo, parado, jubilado y ser ama de casa).

En nuestro centro de salud mental atendemos demandas de carácter normal y preferente, según lo solicite el médico de atención primaria, en una proporción de 2,5 a 1. Entre los códigos Z esa proporción es, lógicamente, más desigual: de 3,9 normales por cada preferente. Sin embargo, nos parece excesivamente elevada, ya que significa que alrededor de uno de cada 5 códigos Z ha sido derivado de forma preferente. Las derivaciones preferentes teóricamente están reservadas para pacientes con especial gravedad clínica que no admiten mucha demora en su atención. Si estas citas se utilizan con códigos Z, otros pacientes más graves tendrán que esperar más tiempo para ser atendidos. En la valoración de los resultados de este estudio hay que considerar que se ha realizado en un único centro de salud mental, por lo que pueden aparecer sesgos derivados de las características particulares de la población atendida, así como de los profesionales que participan en él. Por otro lado,

que la evaluación clínica no se realice con una entrevista estandarizada puede dificultar la replicación del trabajo. Sin embargo, este tipo de instrumentos clínicos se utiliza de manera excepcional en la práctica clínica diaria en salud mental y aporta una precisión artificiosa que aleja los resultados de la realidad asistencial cotidiana. El criterio considerado por la Organización Mundial de la Salud para el diagnóstico de trastorno mental es el que marca su clasificación internacional de enfermedades en su décima revisión (CIE-10) y que es el que hemos seguido en las evaluaciones clínicas en este trabajo.

Las líneas de investigación futuras en este campo han de ser la replicación de este estudio en otros centros de salud mental para poder contrastar y corroborar los resultados, pero también en atención primaria, donde la demanda asistencial de estos pacientes sin trastorno mental diagnosticable ha de ser más elevada. También sería interesante comparar las características sociodemográficas y asistenciales de estos pacientes con las de los pacientes con trastornos mentales para poder establecer diferencias más claras y, especialmente, conocer su evolución clínica y asistencial: qué se hace con ellos en salud mental, qué uso de recursos realizan, etc.

En cualquier caso, no hay que olvidar que si el fenómeno de las consultas sin trastorno mental diagnosticable es un fenómeno cuantitativamente importante en las consultas de los centros de salud mental, aún mayor lo será en las consultas de atención primaria, que están en primera línea de asistencia. A esta presión de la población que desea ser feliz y evitar cualquier malestar se suma, por otro lado, tanto la industria farmacéutica como un colectivo importante de psiquiatras que promueven el uso de psicofármacos, desde un modelo biologicista, como la alternativa terapéutica más eficaz y en cuadros leves, donde resulta más difícil trazar la inexistente frontera entre lo normal y lo patológico. Sin embargo, ninguna intervención terapéutica es inocente y hay que preguntarse si los profesionales de la salud verdaderamente tenemos respuestas técnicas para los malestares de la vida causados por las nuevas relaciones económicas, la despersonalización del trabajo, la anomia de la vida urbana, el desarraigo, la inestabilidad y el riesgo, la desarticulación de la vida comunitaria o la sustitución de la moral por el pragmatismo^{9-11,13}. Si no las tuviéramos, corremos el peligro de enmarcar en lo psicológico y en lo íntimo asuntos de orden ético y de ámbito público, y esto puede colocar al individuo como un espectador pasivo y enfermo ante los avatares de la vida. De alguna manera, se puede invalidar la capacidad de afrontamiento y se fomenta la desresponsabilización de los ciudadanos de sus conductas y emociones, que pasan a ser gestionadas por unos expertos que son los profesionales de atención primaria o salud mental⁷. En algunos casos, se puede propugnar un adaptacionismo personal frente a situaciones sociales injustas y respaldar el debilitamiento de las redes tradicionales de contención¹². Antes de tratar a una persona que no

reúne criterios para ser diagnosticada de un trastorno mental hay que recordar a Hipócrates cuando dijo: *primum non nocere*.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
2. Organización Mundial de la Salud Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
3. Magruder KM, Calderone GE. Public health consequences of different thresholds for the diagnosis of mental disorders. *Comprehensive Psychiatr.* 2000;41:14-8.
4. Lewinson PM, Shankman SA, Gau JM, Klein DN. The prevalence and comorbidity of subthreshold psychiatric conditions. *Psychological Med.* 2004;34:613-22.
5. Helmchen H, Linden M. Subthreshold disorders in psychiatry: clinical reality, methodological artifact and the double-threshold problem. *Comprehensive Psychiatr.* 2000;41:1-7.
6. Charlton BG, McKenzie K. Treating unhappiness: society needs palliative psychopharmacology. *Br J Psychiatry.* 2004;185:194-5.
7. Illich I. Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona: Barral; 1975.
8. Hart JT. The inverse care law. *Lancet.* 1971;1:405-12.
9. Sennet R. El declive del hombre público. Barcelona: Ediciones Península; 1978.
10. Lasch C. La cultura del narcisismo. Barcelona: Editorial Andrés Bello; 1999.
11. Giddens A. Modernidad e identidad del yo. Barcelona: Península; 1995.
12. Castel R. La gestión de los riesgos. Barcelona: Anagrama; 1984.
13. Beck U, Beck-Gernsheim E. La individualización. Barcelona: Paidós; 2002.
14. Windle C, Thompson JW, Goldman HH, et al. Treatment of patients with no diagnosable mental disorders in CHMCs. *Hosp Comm Psychiatr.* 1988;39:753-8.
15. De Figueiredo JM, Boerstler H, O'Connell L. Conditions not attributable to a mental disorder: an epidemiologic study of family problems. *Am J Psychiatr.* 1991;148:780-3.
16. Siddique CM, Aubry TD, Mulhall D. The burden of conditions not attributable to mental disorders. *Am J Psychiatr.* 1996;153:1489-91.
17. Siddique CM, Aubry TD. Use of mental health resources in the treatment of adult out-patients with no diagnosable mental disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;95:19-25.
18. Spinhoven P, Van Der Does JW. Conditions not attributable to a mental disorder in Dutch psychiatric outpatients. *Psychological Med.* 1999;29:213-20.
19. Ortiz-Lobo A, García-Moratalla B, Mata-Ruiz I, Rodríguez-Salvanés F. Las consultas en un centro de salud mental sin trastorno mental diagnosticable. *Archivos Psiquiatría.* 2005;68:151-68.
20. Homer D, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley & Sons Inc.; 1989.
21. Hemels MEH, Koren G, Einarson TR. Increased use of antidepressants in Canada: 1981-2000. *Ann Pharmacotherapy.* 2002;36:1375-9.
22. Alonso MP, De Abajo FJ, Martínez JJ, et al. Evolución del consumo de antidepresivos en España. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Med Clin (Barc).* 1997;108:161-6.
23. Ortiz Lobo A, Lozano Serrano C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Aten Primaria.* 2005;35:152-5.