



¿NECESITO ACUDIR A SALUD MENTAL? CUANDO NO SOMOS NECESARIOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO

Villameriel Carrión, R; Lamela Chouciño, V; Cobo Calvo, L; Rodríguez Criado, N; Martín Aragón, R. Marín Arévalo, A.

Hospital Universitario de Móstoles

rocio.villameriel@gmail.com

RESUMEN

¿Cuándo está justificado tratar una determinada sintomatología? Actualmente, alrededor de la mitad de los pacientes que son derivados a los servicios de salud mental de nuestro país son dados de alta en la primera cita ante la no necesidad de recibir tratamiento especializado. (1).

En esta revisión bibliográfica se plantea como objetivo recabar información acerca de un enfoque psicoterapéutico centrado en la correcta intervención, muchas veces llevada a cabo en una única sesión, en aquellos casos en los que no está indicado realizar un tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Los beneficios encontrados con la realización de este enfoque son fundamentalmente, evitar la iatrogenia, modificar la visión del paciente cuando no existe una patología sino una situación problemática que produce un sufrimiento es normal y adaptativo, y empoderar al paciente para afrontar de forma activa lo que está sucediendo. Para ello el enfoque se centra en reestructurar y cambiar la narrativa del paciente a través de una serie de fases determinadas que se realizan durante la entrevista. El enfoque analiza así mismo las dificultades que pueden surgir a la hora de transmitir que no vemos necesidad de realizar una intervención.

Las conclusiones obtenidas en esta revisión bibliográfica se centran en hacer hincapié en la responsabilidad que como profesionales tenemos de no "psicologizar ni psiquiatrizar" aspectos que pertenecen a la vida cotidiana, así como la importancia de trabajar con las narrativas de los pacientes.

ABSTRACT

When is it justified to treat a particular symptom? Currently, about half of patients who are referred to mental health services in our country are discharged on the first date with no need for specialized treatment. In this review therefore seeks to gather information about a psychotherapeutic approach focusing on the correct procedure, often performed in a single session, in cases where it is not recommended to perform a psychological or psychiatric treatment. The benefits found realization of this approach are fundamentally avoid iatrogenic modifying the patient's vision in the absence of a disease but a problematic situation that causes suffering is normal and adaptive, and empower the patient to actively cope with what is happening. This approach is primarily focused on restructuring and change the narrative of the patient through a series of specific steps that are performed during the interview. The same approach and discusses the difficulties that may arise in conveying not see need for intervention. Findings from this literature review is primarily focused on emphasizing the responsibility that we have as professionals not to "psychologizing or psiquiatrizar" aspects pertaining to everyday life and the importance of working with the narratives of patients.

¿NECESITO ACUDIR A SALUD MENTAL? CUANDO NO SOMOS NECESARIOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO

INTRODUCCIÓN

En los últimos años cada vez son más frecuentes en los centros especializados de salud mental públicas derivaciones con motivos de consulta que no pueden catalogarse dentro de un trastorno mental concreto.

Muchas de las consultas son derivaciones por "malestar", entendiendo por éste una serie de emociones o sensaciones desagradables (tristeza, angustia, falta de motivación, preocupaciones, etc.) que pueden estar relacionados con una situación desencadenante, y se encuadran dentro de los llamados "trastornos adaptativos", los cuales el DSM define de la siguiente manera:

- A. *Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor o factores de estrés.*
 - B. *Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:*
 - 1. *Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.*
 - 2. *Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.*
 - C. *La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental ni es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.*
- (2).

Pero también existen derivaciones ante síntomas que producen malestar y que no son tan "desproporcionados". Estos podrían encuadrarse mejor como "malestares de la vida cotidiana".

Algunos ejemplos podemos encontrarlos en derivaciones que tienen que ver con situaciones de duelo recientes, sentimientos de tristeza y malestar ocasionados por pérdidas de empleo, rupturas sentimentales, insatisfacción con diversas áreas de la vida personal, familiar o profesional, que en sí mismas, no son patológicas.

En el ámbito de la psicoterapia, es fácil poder incluir un motivo de consulta dentro de un plan de tratamiento. Cualquier teoría psicológica incluye la posibilidad de abordar determinadas conductas, creencias, emociones, que son susceptibles de mejorar aunque no sean en sí mismas patológicas. En los contextos estrictamente privados, la demanda o motivo de consulta del paciente es el principal impulsor para que se realice una psicoterapia. Sin embargo, en el contexto público nos encontramos con la necesidad de distribuir bien los recursos con los que contamos. (3)

¿NECESITO ACUDIR A SALUD MENTAL? CUANDO NO SOMOS NECESARIOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO

En el ámbito de la psicofarmacología ocurre algo similar. Cada vez es más frecuente la utilización de psicofármacos ante síntomas que no son en sí mismos patológicos, y la casi reciente llamada "psicofarmacología paliativa" se encarga precisamente de tratar estos síntomas "derivados de vivir" que no son enfermedades mentales. (3)

Entonces, ¿cuándo debemos tratar el "malestar" que no supone una enfermedad mental? Segura A. (4) Señala que *"tratar el malestar no va a comportar más salud porque ésta no depende básicamente de la asistencia y tampoco supone menos "enfermedad" porque buena parte de los problemas atendidos no tienen solución psicológica ni psiquiátrica"*.

Nos encontramos con un dilema: Por un lado, el creciente interés por la prevención de trastornos mentales y la promoción de la salud, hace que los profesionales de atención primaria o de diversos especialistas consideren oportuno derivar ciertos casos para que puedan ser abordados con rapidez y de forma preventiva.

Por otro lado, al decidir qué se trata y qué no a nivel de salud mental en los centros especializados, los sanitarios son en gran parte responsables de evitar que se psicologicen y psiquiatricen aspectos que son inherentes a la vida cotidiana. (1)(3).

El hecho de que se haya ido construyendo este fenómeno tiene que ver principalmente con factores socio-económicos:

Vivimos en una sociedad que transmite constantemente la idea de que el dolor psíquico puede ser evitable a toda costa. Son muy frecuentes los mensajes que se lanzan relacionados con " pensar positivo" o con " la inutilidad del sufrimiento" que tratan las emociones negativas como algo " extraño" que debe ser combatido rápidamente, o que si no puede ser sustituido por algo positivo, al menos uno puede "anestesiarse" (3). En esta misma línea, vivimos en una sociedad que trata de medicalizar rápidamente las emociones desagradables para su rápida intervención, construyendo así la idea de que prácticamente cualquier sufrimiento debe ser tratado como si de un trastorno mental se tratase. Existe asimismo un rechazo a nivel social de aspectos inevitables de la vida, como son la enfermedad y la muerte, que hace que vivamos las emociones, sentimientos, pensamientos etc. relacionados con estos eventos como si fuesen algo desproporcionado o preocupante.

Los cambios a nivel económico también han contribuido a este fenómeno de "evitación y medicalización de las emociones desagradables". Así por ejemplo, al convertirse la salud y la atención sanitaria en un mercado más, la salud ha pasado a ser un producto de consumo que necesita clientes. Las empresas farmacéuticas, al beneficiarse de este consumo, contribuyen asimismo a crear nuevas necesidades y se favorece así la medicalización de síntomas que no son trastornos mentales. (1) (5).

Otro aspecto también relacionado fuertemente con este fenómeno fue la reforma psiquiátrica que comenzó en España en la década de 1980, conocida como "desinstitucionalización psiquiátrica".

Hasta ese momento los problemas psiquiátricos se relacionaban con el tratamiento en manicomios, y el perfil de paciente que acudía era considerado un "loco" tratándose así trastornos mentales graves. Con la inclusión de la salud mental en los equipos de atención primaria y en los centros de salud mental se comienza a considerar el poder realizar tratamiento ante otros motivos de consulta que también conllevan malestar, pero no se encuadran exactamente dentro de los trastornos

¿NECESITO ACUDIR A SALUD MENTAL? CUANDO NO SOMOS NECESARIOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO

mentales graves. Comienzan a popularizarse el uso de los psicofármacos y de la psicoterapia (3). Aumenta así la accesibilidad a los servicios de salud.

Asimismo, la imagen que los medios de comunicación transmiten sobre la psicología y la psiquiatría con objetivos "poco realistas" en muchas ocasiones, ha contribuido también a este fenómeno. La inclusión de elementos como "el crecimiento personal", o el cada vez más conocido "coaching", hacen que la psicoterapia no esté circunscrita exclusivamente a las enfermedades mentales. (1)(3).

Por último, la falta de una definición concreta acerca de lo que debe ser tratado y no en salud mental, contribuyen también a este fenómeno descrito.

Surgen por tanto cuestiones difíciles de responder, ¿Qué es enfermedad mental y que no? ¿Quién es diagnosticado de un trastorno mental sin realmente padecerlo? ¿Hasta que punto es eficaz la respuesta sanitaria en salud mental ante síntomas que son inherentes a la vida cotidiana?

Apenas existen estudios sobre el impacto de la psiquiatrización o psicologización de determinados síntomas que son acordes a una situación que se está viviendo.

Responder a estas preguntas tiene interés por varios motivos:

Es importante para la correcta utilización de los servicios de salud mental públicos.

Es importante para evitar la iatrogenia y la cronificación de pacientes, que en muchas ocasiones deriva de psicologizar o psiquiatrizar síntomas que son normales en el contexto en que la persona los refiere y que podrían abordarse sin tratamiento.

Es importante asimismo a nivel social, para no contribuir a una sociedad que medicaliza y trata de evitar o censurar determinadas emociones que son normales y deben ser vividas como tal.

Por último, es importante para contribuir a una aceptación y vivencia de las propias reacciones ante diversas situaciones de la vida como algo individual y exclusivo de cada uno, tratando de respetar los ritmos de cada persona en diversas situaciones. (1) (3)

El objetivo que se plantea en esta comunicación es realizar una revisión bibliográfica sobre la presencia de falsos positivos en las consultas de salud mental y sobre el enfoque psicoterapéutico llamado "intervención en la indicación de no tratamiento" en aquellos casos en los que no está indicado realizar un tratamiento psicológico o psiquiátrico.

¿NECESITO ACUDIR A SALUD MENTAL? CUANDO NO SOMOS NECESARIOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO

MÉTODO

En este estudio se ha realizado una revisión de varias publicaciones. Para la localización de los documentos bibliográficos empleados se han utilizado diferentes fuentes:

- Bases de datos (clinicalkey y pubmed) con los descriptores: no indication of mental health treatment, iatrogenia.
- Buscador de internet "google académico", con los descriptores anteriormente descritos.
- Fuentes bibliográficas directas (libros).

A partir de la búsqueda y lectura de los documentos, se seleccionaron aquellos que iban a ser empleados en la revisión y se procedió a su segunda lectura y análisis conjunto.

RESULTADOS

En el estudio llevado a cabo por Ortiz Lobo, A. García Moratalla, B y Lozano Serrano, C, (1) llevado a cabo en un centro especializado de salud mental, obtuvieron que un 24,4% de los pacientes que eran derivados al centro, no presentaba ningún trastorno que pudiese encuadrarse dentro la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Otros estudios hablan de otras cifras: 19% (6), 26,5% (7), 33% (8) 14% (9).

Siguiendo con el estudio de Ortiz Lobo, A. et al. la mitad de estos pacientes estaban tratados con psicofármacos y la idea de acudir a psicología había sido por iniciativa propia.

Los motivos de consulta más frecuentes se relacionaban con problemas con grupos de apoyo (46,7%), problemas relacionados con el empleo y el desempleo (18,4%), problemas relacionados con el manejo de la vida cotidiana (9,4%).

El perfil más típico de paciente que acudía al servicio era mujer, de unos 43 años, soltera que convivía con otras personas y de un nivel socioeconómico medio alto, que trabajaba por cuenta ajena en muchas ocasiones sin contrato laboral.

A más de la mitad de los pacientes se les dio el alta en la primera cita, a diferencia de pacientes que acuden con un diagnóstico de trastorno mental que son dados de alta un 21% en la primera cita. Del resto de pacientes el 85% evolucionó de forma favorable, siendo esta evolución medida con la Clinical Global Impresión (CGI). Al alta el 90% no tomaba ningún tratamiento farmacológico.

La mala evolución correlacionaba con la presencia de antecedentes psiquiátricos, ser varón, ser joven y tener puntuaciones altas en las escalas del SCL-90 paranoidismo, psicoticismo y fobia.

También obtuvieron una correlación entre el nivel educativo y la iniciativa de acudir a salud mental por parte del paciente y no del médico de atención primaria. Las ideas de "ayuda mágica" con respecto a las expectativas de acudir a salud mental correlacionan con un nivel educativo bajo.

¿NECESITO ACUDIR A SALUD MENTAL? CUANDO NO SOMOS NECESARIOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO

Existían más consultas asociadas a malestar sin patología concreta en niveles socioeconómicos altos a diferencia de las consultas por trastorno mental más frecuentes en niveles bajos.

No se encontraron diferencias significativas en la existencia de sucesos estresantes en el último año entre los pacientes con trastorno mental y los derivados sin trastorno mental, aunque sí en la intensidad con la que se vivieron estos sucesos, siendo más intensa en el caso de los pacientes diagnosticados de un trastorno mental. Los pacientes derivados sin diagnóstico tenían más sensación de control sobre estos sucesos en el momento de la consulta que los diagnosticados. (1).

La intervención basada en la indicación de no tratamiento:

Considerar que un determinado motivo de consulta no debe ser atendido en salud mental ya que la persona está capacitada para hacerle frente sin una ayuda externa y con sus propios recursos, es una labor que se lleva a cabo de manera frecuente en los servicios especializados de salud mental. Sin embargo, resulta curiosa la poca bibliografía que existe sobre cómo realizar de manera correcta esta intervención tan frecuente. Esta labor no es un mensaje que se le diga al paciente sin más. Es una intervención en sí misma, ya que rompe con la narrativa que la persona tiene acerca de su problema en muchas ocasiones mucho más que el hecho de acudir a tratamiento en (10)

En otros casos lo que se modifica no es el que el paciente se considere enfermo o no, sino de las expectativas erróneas que hay acerca de acudir a salud mental, las cuales también suponen una narrativa que no coincide con lo que luego el paciente obtiene.

Es importante el considerar esta labor como una intervención psicoterapéutica, ya que no se trata de decirle al paciente sin más que no tiene que venir, sino de intervenir para lograr modificar la narrativa que el paciente se ha hecho con respecto a lo que le sucede, y con respecto a que necesita de una ayuda externa para hacerle frente. (10)

Esta intervención tiene múltiples ventajas: Es importante para evitar la iatrogenia, la cronificación de pacientes en los servicios de salud mental, las ganancias secundarias que se obtienen de determinadas situaciones, etc. Además, con esta intervención se hace hincapié en el empoderar a las personas cuando tras una evaluación se puede determinar que la persona dispone de recursos personales suficientes para afrontar esa problemática. Por último, permite la correcta distribución de los recursos económicos en la salud mental pública. (10)

A la hora de intervenir de esta manera, lo fundamental es la resignificación o reestructuración de la demanda que trae el paciente. (10) A través del lenguaje vamos creando una narrativa acerca de nuestro problema, que en muchas ocasiones satura nuestra identidad y nos impide ver los recursos que sí estamos llevando a cabo para afrontarlo, o nos impide ver la normalidad de lo que está sucediendo, pese al malestar que provoca.

El proceso de esta intervención, que en muchas ocasiones se lleva a cabo en una sola entrevista, se divide en cinco etapas diferentes:

1. Escucha empática. Conocer el motivo de consulta.

¿NECESITO ACUDIR A SALUD MENTAL? CUANDO NO SOMOS NECESARIOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO

2. Construcción de una narrativa con el paciente acerca de lo que sucede, lo que espera de acudir a salud mental, los sentimientos y pensamientos asociados a esto. En estas dos primeras etapas se evalúa la indicación o no de tratamiento.
3. Deconstrucción: Atender a otros detalles, perspectivas que no se están considerando o que se están minimizando o maximizando, búsqueda de excepciones.
4. Co-construcción de una nueva narrativa, en la que la problemática no esté relacionada con un rol de enfermo o con necesidad de una atención por parte del servicio de salud mental, sino de un afrontamiento activo.
5. Comunicación del alta y pasos a seguir en caso de empeoramiento.

(10)

El objetivo es cambiar la perspectiva acerca de algo que se considera patológico y no lo es.

La intervención puede enfocarse a diferentes niveles: Podemos trabajar con la demanda que el paciente trae, con la problemática, con la relación terapéutica y con las emociones.

Así, la problemática del paciente puede estar siendo explicada por algo diferente de lo que lo explica. Un determinado problema puede traer una serie de síntomas como algo adaptativo y normal. Es importante señalar la normalidad en procesos no patológicos, validando las emociones en todo momento pero haciendo hincapié en que no es algo patológico. Puede ser necesario reorientar al paciente a otros recursos en el que puede que solucionen parte de la problemática que plantea (ejemplo acudir a un abogado en un caso de maltrato laboral, etc.)

La demanda debe ser trabajada ya que pueden estar existiendo, como se ha mencionado, expectativas equivocadas ante lo que uno puede obtener de acudir a salud mental. Creencias acerca de alcanzar un ideal de felicidad, de cambiar por completo la personalidad, o de dejar de sufrir por causas de inevitable sufrimiento. La relación terapéutica, aunque en una sesión no puede ser elaborada de forma completa, sirve para resignificar las expectativas o atribuciones que el paciente hace de la persona que es el terapeuta (por ejemplo el tener una visión del terapeuta como alguien omnipotente que es capaz de solucionar cualquier problema). Por último, el trabajo con las emociones alude al hacer especialmente hincapié en la normalidad de las emociones que se están sintiendo.

(10)

Hay diferentes técnicas de entrevista que pueden ser útiles en la intervención de no tratamiento. En primer lugar la escucha activa, para poder hacernos una idea de cómo se explica exactamente la persona lo que está sucediendo. Clarificaciones y recapitulaciones para esclarecer esta explicación. Dar información directa acerca de la normalidad o no de lo que sucede. Confrontar las contradicciones que se puedan dar en el discurso. Utilización del refuerzo y de la exploración de situaciones pasadas en las que se hayan afrontado las cosas de forma saludable. Acompasar al paciente, validar las emociones y no entrar en una disputa con él.

(10)

¿NECESITO ACUDIR A SALUD MENTAL? CUANDO NO SOMOS NECESARIOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO

Por último, es importante señalar las dificultades que podemos tener a la hora de realizar una intervención de este tipo. En ocasiones características de los terapeutas pueden hacer complicado el trabajar con los pacientes la no indicación de tratamiento. Asumir que puede que no tengamos mucho que aportar en una determinada situación o la tendencia de los profesionales a quedarse los casos menos complicados porque son más gratificantes, son algunos de los ejemplos que podemos encontrarnos como obstáculo. Nuestro sistema de valores, nuestra ideología, o el haber padecido situaciones similares a las que el paciente refiere pueden actuar tanto como obstáculo como ayuda a la hora de realizar una indicación de no tratamiento. (10)

CONCLUSIONES

La sociedad existente en la actualidad tiene como uno de sus objetivos prioritarios el estudio de la ciencia del bienestar, a un nivel físico y psicológico, tratando de evitar a toda costa el malestar. Sin embargo, no debemos olvidar que no todo sufrimiento es una enfermedad.

La definición entre lo normal y lo patológico sigue siendo algo difícil de discernir. Varía según la cultura y según factores socio-económicos, por lo que es importante atender a las implicaciones de indicar o no tratamiento sobre todo en contextos públicos en los que la correcta distribución de recursos es un tema importante. Se hace necesario el evaluar si el paciente mejoraría de manera similar con o sin tratamiento.

Evaluar si procede o no realizar tratamiento con una determinada persona, no solo es relevante por factores socio-económicos. Desde el punto de vista psicoterapéutico también es importante señalar que el transmitir la idea de que cualquier malestar debe ser tratado en salud mental, nos lleva a desarrollar una actitud pasiva ante el sufrimiento, y nos incapacita para poder afrontar las vicisitudes de la vida, que en muchas ocasiones conllevan emociones desagradables, pero que en la mayoría de los casos estamos preparados para afrontarlas.

El personal sanitario somos en gran parte responsables que de determinadas conductas, sentimientos, pensamientos y emociones, que en un determinado momento son normales y acordes a una situación vivida, acaben convirtiéndose en patológicas a un nivel médico y social. (3) Asimismo, la industria farmacéutica, al haber convertido la salud en un negocio más, también es responsable de la medicalización de determinado malestar que no es patológico. (1)

Estamos asistiendo a un creciente aumento de la necesidad de acudir a un profesional de la salud mental en ocasiones de dudosa necesidad. Es llamativo el gran aumento de psicoterapias llevadas a cabo a víctimas de acoso laboral (11), niños con

“síndrome de alienación parental” que necesitan psicólogo ante un divorcio (12), el aumento de consumo de eutimizantes y antidepresivos (13) y un largo etcétera.

La intervención basada en la indicación de no tratamiento se centra en construir un cambio en la narrativa de los pacientes que acuden a salud mental y tras ser evaluados, se determina que no necesitan tratamiento psiquiátrico o psicológico. Son varios los beneficios de esta intervención:

¿NECESITO ACUDIR A SALUD MENTAL? CUANDO NO SOMOS NECESARIOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO

Modifica la visión que los pacientes tienen de sí mismos y las creencias erróneas asociadas a las expectativas de una psicoterapia. Contextualiza el sufrimiento en su biografía y hace hincapié en la existencia de capacidades para afrontarlo. Es importante transmitir de manera correcta que se trata de una problemática que no es una enfermedad mental y que lo que se está haciendo es indicar que no sucede nada patológico y no que se esté expulsando sin más a la persona de los servicios de salud mental.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Ortiz Lobo, A. García Moratalla, B. Lozano Serrano, C. *Trastornos mentales comunes, manual de orientación: Las consultas sin patología en salud mental*. Asociación española de neuropsiquiatría; 2009.
- (2) American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Masson. 2014.
- (3) Ortiz Lobo, A. *Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar*. Átopos, 7: 26-34(atopos.es/pdf_07/Los-profesionales-de-salud-mental.pdf)
- (4) Segura A. *Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante*. Gac Sanit, 1999; 13: 218-225.
- (5) Hernández Monsalve, M. *Trastornos mentales comunes, manual de orientación: La psicoterapia en el tratamiento de los trastornos mentales comunes*. Asociación española de neuropsiquiatría, 2009.
- (6) Windle, C., y otros. *Treatment of patients with mp diagnosable mental disorders in CHMCs*, Hospital and Community Psychiatry, 1988,39 753-758
- (7) De figueiredo, J.M., Boerstler, H., O' Conell, L. *Conditions not attributable to a mental disorder: and Epidemiologic study of family problems*, American journal of psychiatry, 1991, 148: 780-783
- (8) Siddique, C.M. Aubry, T.D., Mulhall, D. *The burden of conditions attributable to mental disorders*, American journal of psychiatry, 1996, 153, 1489-1491
- (9) Spinhoven, P. Van Der Does, J.W., *Conditions not attributable to a mental disorder in dutch psychiatric outpatients*, Psychological medicine, 1999, 29: 213-220.
- (10) Ortiz Lobo, A. Murcia García, L. *Trastornos mentales comunes, manual de orientación: La indicación de no tratamiento, aspectos psicoterapéuticos*. Asociación española de neuropsiquiatría, 2009.
- (11) Rendueles G. Bossing, *Mobbing: ¿Necesito psiquiatra o comité de empresa?* Revista de la AMSM 2005. Invierno: 17-26
- (12) Blanco Barea M.J. *El síndrome inquisitorial estadounidense de alienación parental*. http://www.paisopsiquiatria.com/trabajos/ALIENACION_PARENTAL.pdf
- (13) Healy D *The latest mania: Selling bipolar disorder*, Plos Med 2006; 3 (4): 185