

Habilidades para no medicalizar

Francesca Zapater Torras^a y Rosa Vila Rigat^b

^aMédico de Familia de Vilanova del Vallès. EAP Montornès-Montmeló. Institut Català de la Salut. Barcelona.

^bMédico de Familia de La Garriga. EAP La Garriga. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

Puntos clave

- La medicalización es la expansión de la medicina a hechos hasta ahora considerados como “problemas de la vida”.
- Las intervenciones médicas nunca son inocuas.
- Una escucha activa permite conocer al paciente, sus valores y creencias, y además es terapéutica.
- Ajustar las expectativas y reconvertir las creencias de los consultantes disminuye las intervenciones innecesarias.
- Si la demanda no corresponde al ámbito médico, debe devolverse a donde corresponda.
- La actuación médica debe ser honrada, basada en el conocimiento científico y sus límites.
- El miedo y la demanda de solución inmediata debe combatirse a través de la contención, la información científica y el fomento de la reflexión.
- La confianza debe potenciarse siempre en la relación asistencial.
- La participación de los pacientes en la toma de decisiones puede reducir la demanda y la actuación defensiva del médico.
- La automedicación correcta y la resolución de problemas fuera del sistema sanitario disminuyen las consultas que no aportan valor.

Palabras clave: Medicalización • Habilidades para no medicalizar • Decisiones compartidas • Confianza • Información científica.

Primum non nocere

Qué se entiende por medicalización

Diversos factores de naturaleza social, científico-técnica y económica han llevado a las sociedades occidentales a una progresiva medicalización, entendiendo por tal la expansión de la medicina a hechos que hasta ahora no habían sido considerados del ámbito sanitario y a fenómenos para los que no disponemos de soluciones efectivas¹. El segundo componente de la medicalización es el protagonismo del fármaco en el acto médico.

Este hecho se da en un contexto social que ha desplazado al campo de la medicina la búsqueda de explicaciones y de soluciones a todo tipo de dificultades inherentes a la realidad subjetiva y social de los individuos, desde los procesos de transición y adaptación a las problemáticas laborales, escolares o de relación social y familiar, a la baja aceptación del malestar y al abandono de las formas no médicas de hacer frente a diversas dolencias o sufrimientos.

Al papel clásico de la medicina de tratar procesos patológicos se ha añadido una creciente necesidad de prevenir todo

tipo de enfermedades y riesgos, con lo que las actividades sanitarias preventivas han ido adquiriendo dimensiones progresivamente mayores. Muchas de estas actividades se centran más en el uso de fármacos que en otras medidas de probada eficacia, como pueden ser los hábitos de vida saludables (p. ej., la alimentación equilibrada o el ejercicio físico).

En las sociedades occidentales, como consecuencia del desarrollo tecnológico y de la importancia económica de la industria de productos sanitarios, la terapéutica farmacológica representa la casi totalidad de los recursos para combatir las enfermedades. Nos hallamos ante el fenómeno que podríamos llamar “farmacologización” de la terapéutica y de la prevención en el que estamos inmersos tanto los profesionales como la población.

La medicalización afecta a todos los ámbitos de la sociedad. El propio sistema sanitario la ha potenciado y los profesionales (parte fundamental del sistema) nos hemos encontrado cómodos en ella, nos hemos creído útiles desarrollando espacios de poder tecnológico y obteniendo en ocasiones beneficios económicos². Desde hace relativamente poco tiempo se ha empezado a plantear algún cuestionamiento a esta situación y se ha recuperado el análisis que hizo Iván

Illich hace 40 años, en el que alertaba de los efectos iatrogénicos de la medicina moderna en el ámbito cultural, social y sanitario^{3,4}.

Los efectos nocivos de las intervenciones médicas se consideran ya un problema de salud pública⁵. Efectos nocivos que pueden ser aceptables si se acompañan de mayores efectos benéficos, pero que no lo son si su uso no va acompañado de un beneficio claro en salud.

La medicalización, entendida como intervención médica no justificada, se aplica en atención primaria a diversas situaciones (tabla 1) y mediante múltiples actuaciones (tabla 2).

Bases de la no medicalización

Ya que la medicalización es un fenómeno global, la tarea de desmedicalizar va a suponer la intervención en el ámbito clínico y también en los ámbitos social y cultural. Se trata de dar respuestas saludables desde el sistema sanitario en todos estos terrenos: en el ámbito clínico con la aplicación rigurosa de los principios de efectividad y seguridad; en el ámbito social desarrollando los problemas a su punto de origen y tratándolos según su naturaleza (laboral, familiar, económica), y en el ámbito cultural renunciando al discurso todopoderoso de la medicina y recuperando la aceptación de la enfermedad y la muerte⁶. Para llevar a cabo esta tarea es necesario tener en cuenta una serie de requisitos que se exponen en la tabla 3⁷⁻¹¹.

La no medicalización no es una tarea exclusiva de la atención primaria. Las sociedades científicas y los diversos agentes asistenciales deberían revisar sus recomendaciones considerando el efecto medicalizador que puedan tener. La Administración debería poner en marcha políticas y medidas organizativas que reduzcan la medicalización¹².

Habilidades para no medicalizar

El concepto de terapéutica (procedente del griego *therapeia*, que significa tratamiento o asistencia) engloba todas las ac-

TABLA 2. Maneras de medicalizar

Prescribir un fármaco de efectividad no demostrada
Sobrevalorar la importancia de un factor de riesgo
Usar fármacos para problemas que se resuelven espontáneamente
No aplicar terapias no farmacológicas cuando están indicadas: reposo, dieta, rehabilitación, psicoterapia
Pedir una prueba o analítica sin justificación clínica o "por si acaso"
Hacer seguimientos médicos repetidos sin beneficio para el paciente
Hacer pruebas de cribado sin base científica que lo justifique
Actuar médicamente cuando hay otras formas de afrontar los problemas

tuciones que pueden ser beneficiosas para un determinado problema de salud, y lo podemos hacer extensible al conjunto de actuaciones ante una demanda del usuario-paciente. En las consultas de atención primaria, donde se expresan en primera instancia las necesidades y las expectativas de las personas, podemos llevar a cabo un proceso de no medicalización e incluso de "desmedicalización" si aplicamos un conjunto de habilidades en el acto asistencial. Habilidades que responden al sentido clínico e incluso al sentido común, pero que no siempre se aplican, y que debemos recuperar y ejercer sistemáticamente para contrarrestar la fuerte inercia medicalizadora y "farmacolizadora" en que ha entrado la práctica clínica. Se relacionan en la tabla 4 y se exponen a continuación.

Escucha activa

Es la mejor forma de conocer la demanda y facilitar la elaboración del discurso por parte del paciente. Si el motivo de consulta es poco claro, debemos aplicar en más profundidad nuestra habilidad de escucha activa para poder comprender la demanda y los posibles motivos ocultos que la acompa-

TABLA 1. Situaciones que se medicalizan

Estados fisiológicos: embarazo, parto, menarquia, menopausia
Etapas vitales: infancia, adolescencia, vejez, muerte
Situaciones de la vida y procesos adaptativos: duelos no patológicos, cambios de residencia, separación de pareja, jubilación
La sexualidad
La infelicidad y el malestar psicológico
Características no patológicas: calvicie, pecas, morfología corporal
Dificultades de otros sistemas: ausencias escolares, laborales
Enfermedades leves y autolimitadas: procesos infecciosos, pequeños traumatismos
Alimentación, higiene

TABLA 3. Requisitos para no medicalizar

Trabajar con independencia de la industria farmacéutica
Disponer de estudios de calidad que nos permitan tomar decisiones no en función de la significación estadística de los resultados, sino de su relevancia para la salud de las personas
Aplicar en el trabajo diario los conocimientos científicos disponibles, lo que conlleva una tarea de formación continuada del médico
Trabajar con límites basados en criterios éticos y científicos
Hacer copartícipe a la población en su conjunto y a cada persona individualmente en la toma de decisiones
Frenar el auge de enfermedades inventadas
Desarrollar una potente relación asistencial basada en la confianza y el respeto

TABLA 4. Habilidades para no medicalizar	
Escucha activa	
Entender y clarificar la demanda	
Ajustar expectativas	
Reconvertir creencias	
Elaboración de hipótesis y retorno	
Reconocer la normalidad	
Desactivar miedos y fomentar la actitud positiva	
Redirigir la demanda	
Trabajar la tolerancia de la incertidumbre	
Decisiones compartidas	
No transformar el riesgo en enfermedad	
Resistir la receta por inducción	
Fomento de la automedicación correcta y la resolución de problemas fuera del sistema sanitario	
Contención de ansiedades	

ñan. Tener una idea lo más aproximada posible de las razones (siempre hay alguna y a menudo más de una) que llevan al consultante a la visita es la primera condición para evitar pruebas y tratamientos innecesarios, derivados de formulaciones comprendidas a medias o síntomas mal interpretados. La escucha permite la conexión emocional que facilita la descarga de ansiedades y ejerce una función terapéutica^{13,14}. Requiere de nuestra parte concentración, empatía y la ausencia de prisas en la consulta.

Entender y clarificar la demanda

Escuchar para entender y clarificar para responder adecuadamente. Esto conlleva entrevistar cuidadosamente, explorar necesidades, detectar influencias del entorno y preguntar explícitamente por el motivo de la consulta. Los médicos recomendamos más tratamientos de los que realmente nos piden. Ante la expresión de un síntoma tendemos a dar una respuesta farmacológica, cuando el paciente sólo buscaba apoyo o valoración de una posible enfermedad¹⁵. Cualquier problema puede plasmarse en el uso de un bien de consumo (“vengo para hacerme unos análisis”), por lo que el acuerdo con el consultante sobre sus necesidades (haciendo prevalecer el discurso sobre los problemas de salud más que sobre las demandas) debe ser el punto de partida de nuestra intervención.

Ajustar expectativas

Los pacientes pueden tener expectativas tan maravillosas como irreales. Nuestra sociedad está deslumbrada por el poder de la tecnología y parece que el sistema puede ofrecer cualquier servicio y a cualquier hora. Las expectativas, que vienen determinadas por factores externos e internos del sistema sanitario, están sometidas a cambios y ajustes de manera

dinámica y permanente¹⁶. En el curso de la visita del médico o de la enfermera, a través de nuestra actuación y nuestros razonamientos, intervenimos en la configuración de las expectativas del paciente. Podemos ajustarlas dando información veraz y anticipada sobre la capacidad real del sistema sanitario y explicando el curso natural de las enfermedades (en este caso, además, evitaremos consultas repetidas por el mismo problema). Debemos hacerlo ante la petición de servicios no justificados o que ponen en peligro la equidad del sistema (visitas a domicilio o urgentes no justificadas), ante la petición de tratamientos o pruebas de efectividad no probada (revisiones ginecológicas indiscriminadas) o ante peticiones de sobreactuación (algunos tratamientos en enfermos terminales). Ajustar las expectativas supone conocer qué espera el paciente, explicar lo que hacemos y para qué¹⁷ y, en ocasiones, saber decir “no” sin crear conflicto.

Reconvertir creencias

En otras ocasiones debemos investigar las creencias del propio individuo, que puede estar haciendo una demanda mediatizada por información comercial o de otro tipo. No siempre el paciente que dispone de más información la acompaña de capacidad de discernimiento sobre su veracidad y su aplicación práctica, lo que está creando unas falsas creencias sobre los procesos de salud-enfermedad. Debemos ser capaces de explorar los orígenes de sus peticiones, dar información científica clara y comprensible y dedicar el tiempo necesario a aclarar dudas. Al repasar la historia, vemos cómo hemos reconvertido ciertas creencias (las inyecciones curan más, la anemia es por no comer...) a través de la intervención repetida y coherente desde las consultas, cosa que debemos seguir haciendo según las necesidades de cada momento. Es una labor de educación sanitaria propia de la atención primaria y que podemos ejercer fácilmente dado que los médicos somos en nuestro país la principal fuente de información de los pacientes¹⁸. Preguntas como “¿Usted qué piensa?” o “¿Quién se lo ha dicho?” pueden ayudarnos.

Elaboración de hipótesis y retorno

La tendencia a buscar explicaciones y soluciones médicas para el malestar psicológico, las dificultades de la vida y los sufrimientos que comportan, puede ser reconducida evitando la actuación refleja y formulando explicaciones que induzcan a reflexionar, lo que se conoce como elaborar una hipótesis y retorno al consultante (“¿no será que los conflictos familiares le dan malestar?”). De esta manera se ponen en marcha los recursos personales y se facilita buscar otra solución con un nuevo enfoque del problema. Es una tarea que exige una orientación asistencial centrada en la comprensión de la realidad subjetiva y social del individuo más allá de la simple valoración clínico-diagnóstica. La continuidad en el tiempo de la relación médico-paciente favorece esta comprensión.

Reconocer la normalidad

Nuestra sociedad ha trastocado el concepto de normalidad y la medicina tiende a considerar a todo el mundo enfermo o preenfermo. Podemos encontrarnos frente a consultas por fenómenos que desde el punto de vista fisiopatológico no suponen ninguna alteración, pero que son percibidos como anormales (sentimientos ligados a pérdidas, manifestaciones del envejecimiento...). También podemos encontrarnos con la pregunta explícita de si lo que está pasando es normal. En ambos casos el reconocimiento de la normalidad y la explicación que demos al paciente evitarán la construcción mental de una supuesta enfermedad y las consecuentes visitas, intervenciones y cronificación medicalizada¹⁹. En ocasiones, deberemos explicar claramente los criterios de patología (p. ej., ante una lesión pigmentada de la piel) y de necesidad de consulta. Requiere conocer el significado de signos y síntomas y no dar por patológicas unas condiciones normales o unas variantes de la normalidad. Recomendamos introducir en nuestro vocabulario cotidiano la expresión “esto es normal”.

Desactivar miedos y fomentar la actitud positiva

El miedo está presente en nuestra sociedad a pesar de disponer de los mayores dispositivos de seguridad de la historia²⁰. El miedo subyace en muchas de las consultas por problemas menores o incluso disfrutando de una buena salud. Tenemos tanto miedo (a posibles enfermedades o a que no se haga un diagnóstico a tiempo) y estamos tan obsesionados por la salud, que no valoramos ni disfrutamos de las cosas buenas de la vida. Debemos incorporar esta característica de nuestros pacientes, no restar importancia a sus preocupaciones y evitar una cascada de actuaciones que retroalimentaría el miedo. Y al mismo tiempo animar a vivir plenamente, a disfrutar de los placeres, a valorar la salud que se tiene, o los años que ya se han vivido, fomentando la actitud positiva que disminuya la necesidad sentida de atención médica. La comprensión, la información científica y la prudencia evitarán intervenciones innecesarias. Nuestra palabra es importante.

Redirigir la demanda

A veces nos llegan peticiones que no nos competen, que son responsabilidad de otro ámbito, sobre todo del laboral y el escolar. En estos casos debemos valorar la naturaleza del problema, ver si afecta o no a la salud y el tipo de solución que requiere (¿tenemos una respuesta médica?). Podemos evitar actuaciones médicas para problemas no médicos verbalizando nuestra valoración y devolviendo los problemas a su origen, planteando la resolución desde su propio espacio. De lo contrario, se perpetúa el problema y se dedican recursos sanitarios, entre ellos el tan preciado tiempo del médico, a cuestiones que no son problemas de salud. Esto tiene el consecuente coste-oportunidad para la atención a problemas o en-

fermedades para los que sí tenemos soluciones efectivas. Debemos saber decir “esto no es de nuestra competencia”.

Trabajar la tolerancia de la incertidumbre

Aunque a veces lo olvidemos, el conocimiento médico es limitado y en el ejercicio de la medicina nos enfrentamos continuamente a situaciones que no tienen una respuesta clara: el diagnóstico en la fase prodrómica de la enfermedad, la etiología de procesos agudos o crónicos, la efectividad de ciertos tratamientos o la relación de causalidad entre ciertos factores de riesgo y enfermedades. Ello nos lleva a movernos en un campo incierto que puede generar angustia a los pacientes y al mismo médico, en un momento en que necesitamos verdades que disipen nuestros miedos. El grado de actuación en situaciones de incertidumbre debe estar relacionado con la gravedad y las posibilidades de tratamiento del problema de salud (no siempre hay que pedir una radiografía de tórax ante una fiebre sin foco). Reconocer la incertidumbre nos ayuda a trabajar con más seguridad²¹. Explicarla con asertividad nos ayudará a hacer del paciente nuestro aliado, en vez del adversario que exige explicaciones, pruebas y resultados seguros. Gestionar los límites del conocimiento con honestidad fomenta la capacidad del individuo para vivir en la incertidumbre.

Decisiones compartidas

La tendencia a situar en un locus externo cuestiones relacionadas con nuestra vida implica una delegación en los profesionales de muchas decisiones sobre la salud, reduciendo al mínimo la reflexión y el esfuerzo de intentar saber “qué me pasa” y “qué puedo hacer para estar mejor”. Toda decisión terapéutica debe acompañarse de la aceptación del paciente para obtener buenos resultados. Esta aceptación parte de una adecuada información y toma de decisión conjunta, que compromete tanto al médico como al paciente. Más allá de la aplicación del consentimiento informado, que en la práctica se ha transformado en un trámite burocrático de la medicina defensiva, debemos desarrollar hábitos e instrumentos que nos permitan facilitar información a partir de la cual poder tomar decisiones compartidas²². Se puede informar y obtener el consentimiento sin que medien papeles. Debemos introducir de manera sistemática la opinión del paciente sobre los procedimientos terapéuticos y diagnósticos, en especial cuando se trata de actividades preventivas que pueden tener un impacto no despreciable en la vida de la persona (el hallazgo de un antígeno prostático específico elevado en un varón sin síntomas). De esta manera, se puede reducir la práctica de pruebas de cribado indiscriminadas y la actuación defensiva del médico por el temor de posibles reclamaciones. Además, fortalecemos la relación de confianza. Se tiene que huir del “debe hacer” de la relación paternal médico-enfermo o del “le voy a hacer” del modelo autoritario para valorar conjuntamente “qué se puede hacer”.

No transformar el riesgo en enfermedad

La alarma social y el miedo venden productos de consumo, también medicamentos. La introducción de las actividades preventivas sistemáticas en la atención primaria ha tenido sin duda beneficios pero también ha contribuido a que una parte importante de la población se sienta y se conduzca como enferma (visitas al médico, pruebas, tratamientos) sin estarlo. Algunas “actividades preventivas” se hacen como consecuencia de valoraciones más ideológicas (en el mejor de los casos) o comerciales (en la mayoría de los casos) que científicas. Tener los conceptos claros y saber transmitirlos a los usuarios sobre qué es y qué no es enfermedad, conocer el valor predictivo de los factores de riesgo, o el número de pacientes que es necesario tratar para evitar un determinado evento, evita la medicalización innecesaria de personas sanas y que jamás desarrollarían la enfermedad que estamos previniendo^{23,24}. No tiene sentido realizar visitas repetidas o “controles” a personas con algún factor de riesgo modificable (la vida es el principal factor de riesgo de muerte) si no van acompañadas de un resultado (mejora del factor de riesgo). Y en este caso debemos hacerlo con el mínimo esfuerzo posible (con eficiencia). Debemos tener presente que toda intervención no fundamentada es iatrogénica (médica, social y culturalmente).

Resistir la receta por inducción

La prescripción por inducción en atención primaria varía entre el 28 y el 46% según los estudios²⁵. El desacuerdo del médico de familia con la prescripción de otros profesionales (hospital, especialistas de ambulatorio y médicos privados) está entre el 14 y el 31%²⁶. Cuando la prescripción no está justificada (bifosfonatos sin diagnóstico de osteoporosis, estatinas en prevención primaria con riesgo cardiovascular bajo) o no tiene una efectividad demostrada (complejos vitamínicos, vasodilatadores cerebrales) o no es la más eficiente (nuevas versiones más caras de productos ya existentes, lo que se conoce como fármacos me too), debemos manifestar nuestro criterio y actuar en función de él. Somos los responsables de aquella prescripción y, en caso de efecto secundario palpable, ¿no acudirá para pedirnos explicaciones y exigirnos que deberíamos haberle informado? Debemos priorizar el argumentario clínico (problema, posibilidad de modificarlo, mejor recurso disponible) ante el discurso consumista e incluso económico (la receta del sistema público para no pagar o pagar menos en la oficina de farmacia) que pueda tener el paciente.

Fomento de la automedicación correcta y de la resolución de problemas fuera del sistema sanitario

La sensación de inseguridad lleva a la necesidad de obtener la certificación profesional de lo que debemos hacer o la confirmación de que lo estamos haciendo bien (consultas a

servicios de urgencias para usar un antitérmico). Se tiene mucha información y muchos recursos que se pueden utilizar. Se pueden resolver determinados problemas sin necesidad de consulta médica. Durante mucho tiempo y a través de múltiples mensajes (no se automedique, consulte a su médico, por qué no ha venido antes) hemos ido fomentando la dependencia e “infantilizado” a la población, con lo que ha ido disminuyendo la resolución de problemas fuera del sistema sanitario. Los múltiples contactos con el sistema no han sido aprovechados para transmitir ideas claras de lo que puede hacer uno mismo sin consultar al médico (diarrea leve, fiebre sin foco, catarros, dolores musculares). Incluso en algunas ocasiones culpabilizamos al paciente por no habernos consultado antes. La mayoría de la población tiene una capacidad intelectual suficiente para entender la indicación de una dieta, un antitérmico, un antiinflamatorio o un antibiótico en situaciones concretas. Podemos dar la información necesaria y el refuerzo posterior para desarrollar una automedicación correcta y disminuir las consultas que no aportan valor, reconociendo la responsabilidad y potenciando la autonomía de la persona. Si consideramos que la medicación o las dosis no son adecuadas, se lo explicamos para que lo haga de forma correcta en otra ocasión.

Contención de ansiedades

Saber valorar cuánto hay de ansiedad y angustia (“¿estás preocupado?”) en las consultas y modular nuestra actuación da tiempo a que se resuelva el problema o el paciente elabore las causas de su malestar y movilice recursos personales y sociales. Deberíamos cambiar el hacer-hacer por una actitud más contemplativa en las situaciones que no requieran una intervención clara y rápida. El viejo dicho de “esperar y ver”, puede sernos útil en muchas situaciones propias de la atención primaria. Debemos contener también nuestra propia ansiedad. La contención es terapéutica²⁷.

Conclusión

Alguien se preguntará si podemos hacer tantas cosas en la consulta. ¿Sabemos? ¿Podemos? ¿Tenemos tiempo? ¿El entorno condiciona? Evidentemente, no podemos hacer “todo” en cada momento, de la misma manera que no hacemos la educación diabetológica en un solo día. Algunos días haremos más y otros menos. Unas cosas nos saldrán mejor y otras peor. No tenemos ni más ni menos tiempo. Tenemos el tiempo que tenemos. Lo que hacemos depende, entre otras cosas, de nuestros conocimientos, habilidades y actitudes que, por supuesto, son limitados. Pero si tenemos en cuenta que *primum non nocere* y que nuestra respuesta a las demandas de la sociedad deben ser saludables, podemos pasar de ser los principales agentes medicalizadores a ser agentes desmedicalizadores. Puede que alguien nos lo agradezca o no, pero qui-

zás reencontremos el sentido de la profesión y con él nuestra propia satisfacción. Hará falta compartir experiencias, estar atentos a los cambios sociales, ver los resultados de nuestro trabajo e ir incorporando progresivamente maneras distintas de hacer las cosas, con sensibilidad desmedicalizadora. Harán falta también estudios cualitativos y cuantitativos que aporten conocimiento y recojan el punto de vista de los profesionales y los usuarios sobre cuestiones tan relevantes como los determinantes del malestar, las expectativas de servicios sanitarios o la capacidad de autocuidado.

Agradecimientos

A M. José Fernández de Sanmamed, Roser Marquet, Miquel Reguant, Raquel García, M. Àngels Brugada, Dolors Martí y Raquel Villanueva, por compartir las dudas y la búsqueda de respuestas, y por sus aportaciones a este escrito.

Bibliografía

1. Kishore J. A dictionary of public health. New Delhi: Century Publications; 2002.
2. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003;5:47-53.
3. Ilich I. Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona: Barral Editores; 1975.
4. Moynihan R, Smith R. Too much medicine? *BMJ*. 2002;324:859-60.
5. Gervás J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006;20 Suppl 1:27-34.
6. Why are doctors so unhappy? [Editorial]. *BMJ*. 2001;322:1073-4.
7. Heath I. Combating disease mongering: daunting but nonetheless essential. *Plos Medicine*. 2006;4:146. Disponible en: <http://www.Plosmedicine.org>
8. Márquez Calderón S. La construcción y comunicación del conocimiento en la era de la medicina basada en la evidencia. Implicaciones para la lectura crítica de ensayos clínicos. *Gestión Clínica Sanitaria*. 2006;8:87-91.
9. Gervás J. El auge de las enfermedades imaginarias. *FMC*. 2006;13:109-11.-
10. Asociaciones de pacientes. Declaración de Barcelona 2003. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/dbcn>
11. Segura A. Salud y sociedad. El papel de la medicina y la salud pública. Por un nuevo contrato en el sistema nacional de salud. Madrid 2004. Disponible en: <http://www.sanidad.ccoo.es/foro/index.asp?confe=0>
12. Merino A, Miguel F, Sanz R. Yo medicalizo, tú medicalizas, él medicaliza... *AMF*. 2005;1:269-78.
13. Goleman D. Inteligencia emocional. Barcelona: Editorial Cairós; 1996.
14. Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
15. Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ*. 2004;328:1057.
16. Thompson AGH, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *Int J Quality Health Care*. 1995;7:127-41.
17. Grup de Qualitat de CAMFIC. ¿Enfermos de salud? Reflexiones acerca de las nuevas demandas y respuestas del sistema sanitario. Disponible en: http://www.camfic.org/grups_treball/docs/qualitat/enfermos_salud_cast.pdf
18. Jovell AJ. El paciente "impaciente". ¿Gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? *El Médico*. 2003;66-72.
19. Tizón JL. De los procesos de duelo a la medicalización de la vida. *Jano*. 2006;1618:58-60.
20. Rojas Marcos. Nuestra incierta vida normal. Madrid: Aguilar; 2004.
21. Skrabaneck P, McCormick J. Sofismos y desatinos en medicina. Barcelona: Doyma; 1992.
22. Grup Investigador del Projecte DECIDIU-PSA. Presentació d'un instrument d'ajuda a la decisió sobre el cribatge del càncer de pròstata: el projecte DECIDIU-PSA. Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. 2006;24:117-21.
23. Gervás J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*. 2006;20 Supl 3:66-71.
24. Segura-Benedicto A. Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. Aspectos éticos. *Gac Sanit*. 2006;20 Supl 1:88-95.
25. Bordas JM, Casajuana J. Prescripción inducida en atención primaria: de la excusa pasiva a la gestión activa. *FMC*. 2000;7:323-8.
26. Induced prescription in Barcelona's Primary Care Study Group (Institut Català de la Salut). Induced prescription in primary healthcare. *Eur J Gen Pract*. 1999;5:49-53.
27. Tizón JL. Components psicològics de la pràctica mèdica: una perspectiva. Monografies mèdiques, 31. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears; 1987.