



## EDITORIAL

## Malestar emocional en Atención Primaria, el abordaje no medicalizado del malestar emocional en la consulta



### Emotional distress in Primary Care, the non-medicalized approach to emotional distress in the office

La Organización Mundial de la Salud estima que la patología mental será el principal problema de salud en 2030<sup>1,2</sup>. Una de cada 6 personas en España tiene un problema de salud mental, siendo uno de los países de la Unión Europea con mayor prevalencia y donde los problemas de salud mental más comunes son la depresión y la ansiedad<sup>3</sup>. Estos trastornos, frecuentes en las consultas de Atención Primaria (AP), son una causa habitual de morbilidad, discapacidad y pérdida de productividad y años de vida ajustados por calidad<sup>4</sup>.

La psicoterapia es el tratamiento de primera línea para la depresión y ansiedad leve y moderada<sup>5,6</sup>. Las diversas intervenciones no farmacológicas efectivas en la mejora de la salud mental incluyen: psicoeducación grupal<sup>7,8</sup>, terapia cognitivo-conductual (TCC), ya sea en grupo o individualmente<sup>9</sup>, intervenciones basadas en mindfulness<sup>10</sup> y ejercicio físico<sup>11</sup>. Sin embargo, los clínicos prescriben habitualmente psicofármacos como primera elección, a pesar de la posibilidad de efectos secundarios no deseados como dependencia, somnolencia o cambios en el patrón del sueño<sup>12</sup>.

El tratamiento de los pacientes con problemas emocionales requiere que los profesionales sanitarios dispongan de habilidades de comunicación. A pesar de la limitación de tiempo en las consultas, la utilización de estas habilidades no consume significativamente más tiempo que la anamnesis tradicional<sup>13</sup>. Algunas habilidades específicas para la gestión emocional incluyen mantener un comportamiento no verbal apropiado, evitar distracciones durante la visita, no juzgar el punto de vista del paciente, promover la expresión emocional, reconocer estados de ánimo, empatizar y demostrar cercanía y predisposición. Además, en aquellos casos en los que la clínica y los factores de riesgo y vulnerabilidad lo requieran, es importante propiciar ayuda externa y derivar a los equipos de salud mental<sup>14</sup>.

Las habilidades comunicativas ayudan a los clínicos a tratar a personas con problemas de salud mental a la vez que a distinguir los síntomas que son normales de los que son patológicos. Diferenciar entre como lo siente el paciente y verbaliza, y lo que identificamos como clínicos. El malestar emocional es una percepción subjetiva de desazón, incomodidad o «sentirse mal», y aparece como un conjunto manifestaciones emocionales, sin causa orgánica demostrable<sup>15</sup>. Estos síntomas difieren del diagnóstico de patología mental en la frecuencia, intensidad, duración e impacto funcional. En muchas ocasiones, esta sintomatología es una respuesta natural y beneficiosa frente a situaciones que representan algún tipo de amenaza o incomodidad. La falta de distinción entre situaciones agudas y demandas continuas del entorno, y la baja tolerancia hacia emociones que nos resultan desagradables, nos ocasiona mucho sufrimiento. La persistencia de estas situaciones conlleva que la respuesta deje de ser beneficiosa y genere malestar que puede traducirse en daños físicos y emocionales<sup>16</sup>.

Muchas personas no saben identificar que les pasa, pero los síntomas que presentan los empujan a los centros de atención primaria en busca de una solución. Con frecuencia, la solución adopta la forma de ansiolítico, sin embargo, en muchos casos no sería necesaria la atención de un profesional sanitario, sino de otro tipo de acompañamiento y, mucho menos, la prescripción de un fármaco. La «medicalización de la vida» ha provocado que muchas circunstancias que no son patológicas, sino situaciones vitales o de la vida cotidiana, sean etiquetadas erróneamente como trastornos de ansiedad o insomnio y acaben siendo tratadas con psicofármacos. La mayoría de personas presentan malestar emocional o sufrimiento que no saben gestionar y que se podría solucionar con acompañamiento emocional. Hemos sustituido la figura del amigo comprensivo por el profesional

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102859>

0212-6567/© 2024 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

de AP porque, en la sociedad actual, la falta de tiempo nos priva de compartir y de escuchar profundamente a nuestros familiares y vecinos. Recurrir al profesional de salud se ha convertido en la norma para experiencias que antes considerábamos parte natural de la existencia, como la frustración, la tristeza o el dolor por la pérdida. La falta de tolerancia al dolor anímico nos incapacita a aceptar, en nosotros y en los demás, estas emociones y la falta de vínculos deteriora nuestra salud mental. El cerebro humano es tan intensamente social que la calidad de nuestras relaciones sociales predice nuestra salud a largo plazo más que otros factores como la dieta, además del impacto en nuestro bienestar psicológico y satisfacción con la vida<sup>17</sup>.

Para que los profesionales sanitarios aborden y mejoren el malestar emocional de la población desde la consulta es necesario tener en cuenta las causas. Transformar la psicoeducación o terapia en una suerte de benzodiacepina para que la gente se sienta contenida y asistida es igualmente discutible y equiparable al abuso de psicofármacos. Tampoco debemos caer en el paternalismo asistencial «te voy a explicar cómo manejar esta situación para que te moleste menos». No debemos confundir el soporte y acompañamiento en materia de salud con convertirnos en agentes paliativos de la falta de redes sociales y del constructo social de felicidad que en la actualidad se ha convertido en un producto de consumo.

Si nuestra sociedad mira hacia la enfermedad, no hacia la salud, hacia el tratamiento, sin tener en cuenta la prevención y promoción de estilos de vida y sociedades saludables, no es de extrañar que hayamos acabado siendo el país con mayor consumo de benzodiacepinas del mundo<sup>18</sup>. El sesgo reduccionista que impera favorece la orientación biomédica, con el hospital como núcleo central de cuidado y tratamiento, relegando el aspecto «comunitario» únicamente a prácticas sociales o a intervenciones «fuera de la consulta». Este enfoque desvirtúa y neutraliza el potencial crítico y subversivo que una perspectiva comunitaria podría aportar a todas las disciplinas y agentes involucrados en el ámbito de la salud mental.

Tenemos la oportunidad para revisar el enfoque que concibe los problemas de salud mental como el resultado de múltiples factores. Este enfoque debe: i) integrar de manera adecuada intervenciones más efectivas para aliviar el malestar emocional con un análisis crítico de los factores sociales y relacionales que contribuyen a su existencia, ii) asignar mayor importancia a la prevención, teniendo como principal objetivo la emancipación de las personas y la promoción de las redes comunitarias y así iii) fomentar el cambio de paradigma, pasando del modelo biomédico al modelo salutogénico de recuperación y empoderamiento.

Necesitamos más recetas de afecto, vínculos y escucha; de activos de salud, de recursos comunitarios que trabajen por el bienestar y la construcción de redes sociales. Los problemas sociales estructurales requieren una respuesta colectiva y gubernamental que priorice las políticas sociales y la educación emocional en las escuelas, en los barrios, en los pueblos y ciudades; que fomente lugares donde las relaciones sociales son abundantes, con organizaciones y espacios que potencien el vínculo.

## Financiación

Los autores declaran que no hubo ningún tipo de financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [consultado 23 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, Sadikova E, Sampson N, Chatterji S, et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*. 2018;35:195–208 <https://doi.org/10.1002/DA.22711>
3. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). State of Health in the EU Spain The Country Health Profile Series n.d. [consultado 30 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/71d029b2-en.pdf?expires=1703946747&id=id&accname=guest&checksum=2557CF1DFA747277578ED0BD83338876>
4. Fernández A, Saameño JÁB, Pinto-Meza A, Luciano JV, Autonell J, Palao D, et al. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *Br J Psychiatry*. 2010;196:302–9 <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.109.074211>
5. Marwood L, Wise T, Perkins AM, Cleare AJ. Meta-analyses of the neural mechanisms and predictors of response to psychotherapy in depression and anxiety. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;95:61 <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2018.09.022>
6. Nieuwsma JA, Williams JW, Namdari N, Washam JB, Raitz G, Blumenthal JA, et al. Diagnostic accuracy of screening tests and treatment for post-acute coronary syndrome depression. *Ann Intern Med*. 2017;167:725–35 <https://doi.org/10.7326/M17-1811>
7. Sandberg H, Roaldset Å. Effect of group psychoeducation for major depressive disorder: a systematic review [consultado 30 Dic 2023]. Disponible en: <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/15371/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
8. Agència de Qualitat Avaluació Sanitàries de Catalunya, Generalitat de Catalunya. Revisió ràpida de la literatura sobre l'impacte de les intervencions per millorar el benestar/salut emocional en la salut mental de la població des d'atenció primària i comunitària 2023 [consultado 23 Dic 2023]. Disponible en: <https://aquas.gencat.cat>
9. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Cipriani A, Furukawa TA. Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019;76:700–7 <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2019.0268>
10. Hoge EA, Bui E, Mete M, Dutton MA, Baker AW, Simon NM. Mindfulness-Based Stress Reduction vs Escitalopram for the Treatment of Adults With Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2023;80:13–21 <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2022.3679>
11. Chekroud SR, Gueorguieva R, Zheutlin AB, Paulus M, Krumholz HM, Krystal JH, et al. Association between physical exercise and mental health in 1.2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *Lancet Psychiatry*. 2018;5:739–46 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30227-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30227-X)

12. Martín García-Sancho JC, Puerto AG, Egea C, Díaz G, Cáscales MJ, Gil RME. Intervención psicológica escalonada con trastornos mentales comunes en atención primaria. *An Psicol.* 2018;34:30–40 <https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.281491>
13. McLean M, Armstrong D. Eliciting patients' concerns: a randomised controlled trial of different approaches by the doctor. *Br J Gen Pract.* 2004;54:663.
14. Boehringer Ingelheim. Introducción Sintomatología psicológica con mayor prevalencia y recursos de abordaje [consultado 30 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.cronicidadhoy.es/arxius/imatgesbutllet/monografico-pautas-cuidado-emocional.pdf>
15. Gorn SB, Reyes JG, Solano NS, Bernal Pérez P, Mellor-Crummey L, Tiburcio Sainz M, et al. Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México: Un estudio cualitativo. *Salud Mental.* 2014;37:313–9.
16. Foguet-Boreu Q, Ayerbe García-Morzon L. Estrés psicosocial, hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2021;38:83–90 <https://doi.org/10.1016/J.HIPERT.2020.09.001>
17. Bzdok D, Dunbar RIM. Social isolation and the brain in the pandemic era. *Nat Hum Behav.* 2022;6:1333–43 <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01453-0>
18. Reports published by the International Narcotics Control Board for 2022 [consultado 30 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2022.html>

Carmen Herranz Rodríguez<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> *Referente de Bienestar Emocional y Comunitario. Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra, Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Primary Healthcare Transversal Research Group, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, España*

Correo electrónico: [CHERRANZ@clinic.cat](mailto:CHERRANZ@clinic.cat)