

EXPRESIONES ACTUALES E IMAGEN SOCIAL DE LA PSICOPATOLOGÍA*

Alberto Lasa Zulueta**

Cuando la medicina y la psiquiatría se miran a sí mismas no se describen con la misma imagen que de ellas observan otras ciencias cuando las analizan como objeto de estudio. Cuando la sociología, la historia o la filosofía de la(s) ciencia(s) ejercen su mirada epistemológica y crítica sobre nuestra disciplina y nuestras convicciones y definiciones, sus conclusiones nos obligan a reajustar algunas de nuestras creencias. Sobre todo en épocas en las que nuestro optimismo y arrogancia nos lleva a pretender la indiscutible verdad de nuestras afirmaciones que, como proclamamos actualmente, estarían por fin –gracias al progreso científico de nuevos conocimientos y tecnologías– basadas en la desnuda objetividad de los hechos científicos. Se afilia así, también la psiquiatría al igual que otras áreas del conocimiento, a una visión ideal del progreso científico que afirma su crecimiento permanente y lineal, por acumulación progresiva de descubrimientos objetivos e incuestionables, totalmente asépticos a la influencia de otros factores o intereses –sociales, económicos o ideológicos– que, “ajenos a la ciencia”, podrían cuestionar la “desinteresada pureza” de

* Ponencia presentada en el XXII Congreso Nacional de SEPPNA que bajo el título “Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes” tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psiquiatra. Jefe de la Unidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Comarca Uribe Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. Bizkaia Correspondencia alberto.lasazulueta@osakidetza.net

sus objetivos en pro del conocimiento y progreso de la humanidad y, sobre todo, sembrar ciertas dudas en cuanto a sus debilidades y su vulnerabilidad para dejarse influenciar y manipular por diversos intereses viéndose arrastrada a inevitables sesgos y retrocesos.

Sin embargo, la historia y evolución de los conocimientos ha sido, y lo sigue siendo, mucho más tortuosa y compleja de lo que esta visión idealizada de un crecimiento armonioso, sin conflictos ni desviación alguna, pretende. Conocer su complejidad, permite reconsiderar, en un ejercicio de modestia auto-crítica, algunas de nuestras convicciones supuestamente inquestionables.

Nos centraremos en uno de los pilares básicos que legitiman a la psiquiatría, y al resto de la medicina, como ciencia: la definición de la enfermedad. ¿Qué es patológico en el psiquismo humano? ¿Están claramente delimitadas las lindes de la psicopatología? ¿Es posible hacerlo?

En mi opinión, la psiquiatría actual está sufriendo de una necesidad excesiva de legitimarse como equiparable “en seriedad científica” a otras especialidades médicas. Signo de ello es su desesperada búsqueda de “marcadores biológicos” que confirmarían no sólo la naturaleza “objetiva” de los padecimientos psíquicos, sino la causa “médico-científica” de cada uno de ellos. Lo es también el anuncio repetitivo –quizás ingenuamente optimista o tal vez interesadamente sesgado– de una interminable sucesión de descubrimientos de genes o neurotransmisores “específicos” de cada trastorno que progresivamente quedan diluidos en la única certeza que se va consolidando: la confirmación de la enorme complejidad y plasticidad de la neurobiología cerebral y la multiplicidad e interacción de los factores genéticos influyentes en la vulnerabilidad psíquica más que causantes directos de la enfermedad psiquiátrica. Si esta necesidad me parece excesiva es porque, no sólo son la psiquiatría y la enfermedad psíquica, sino todas las especialidades médicas las que han pasado y siguen pasando –en la historia y en el momento actual de la medicina– por curiosos caminos a la hora de su definición “objetiva”.

LA DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD

Aspectos sociológicos de la medicina

Ha pasado tiempo desde que Ivan Illich postulara la audaz y provocadora afirmación de que *“la medicina institucionalizada amenaza la salud”* (1). Algunos la juzgarán profética y otros trasnochada, pero –agudo y constante observador de la evolución de la medicina– ha vuelto a insistir más recientemente: *“En los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante”* (2).

En la línea que Illich anticipó, nos hemos ido habituando estos últimos años a utilizar un neologismo, **“medicalización”**, con un sentido –que hasta ahora no ha sido incluido en nuestros diccionarios pero que tiene una presencia creciente en la literatura médica– que denomina la tendencia creciente a considerar y tratar como problemas médicos cosas que no lo son, o que al menos no lo eran hasta la actualidad (3,4,5). Como resumen S. Marquez y R. Meneu en un artículo erudito titulado *“La medicalización de la vida y sus protagonistas”*: *“la crítica a la medicalización se había ido confinando, desde los años ochenta, en los territorios de la sociología, los movimientos alternativos o los ámbitos sanitarios poco satisfechos, como la psiquiatría o el salubrismo... (pero)... el pasado año (2002) el BMJ-British Medical Journal auspició una votación sobre las “no enfermedades” cuya inclusión en la medicina es menos obvia y, como colofón, una edición sobre la medicalización de la vida... la tendencia en aumento a clasificar como enfermedades los problemas de la gente”* (6). Y aún estaba por llegar el más reciente término de **“disease mongering”**, traducido como “promoción” y también –señalando su carácter de operación comercial– como “tráfico” de enfermedades.

En su artículo, Márquez y Meneu reflexionan también sobre lo que, desde la perspectiva de la sociología, han estudiado diferentes autores y escuelas acerca de las relaciones cambiantes entre lo que se ha considerado salud y enfermedad.

La sociología *“funcionalista”* (Talcott Parsons) describió la relación entre paciente y médico a partir de sus respectivas

funciones sociales (legitimado por la enfermedad para no asumir responsabilidades sociales el paciente y depositario de la obligación social de sanarle el médico) (7).

La sociología más sensible a la influencia de factores ligados a la “*economía política*” (Marxismo, Freidson, Navarro) introdujo críticamente los intereses económicos de la profesión médica como elemento que se añadía y complicaba su neutralidad afectiva y el supuesto universalismo de su desinteresada generosidad vocacional y en consecuencia la necesidad del reconocimiento de la capacidad de negociación activa de pacientes (y ello mucho antes de que los “derechos del usuario-cliente” hayan pasado a formar parte de la cultura sanitaria actual) (8,9).

Los sociólogos que desarrollaron el “*interaccionismo simbólico*” (Erving Goffman) subrayaron el carácter de “estigma” que suponía el “etiquetado” médico del enfermo como sujeto “patológico y tributario de intervención terapéutica” y como afectado de una “desviación” (umbral a partir del cual el individuo normal pasa a ser considerado “paciente”) (10, 11).

Los autores del “*post-estructuralismo*” (en particular Michel Foucault) han criticado y subrayado como la reclamación médica sobre el carácter “verdadero” y “neutral” de su conocimiento sobre el cuerpo se ha revestido con la reivindicación y conquista de procedimientos de poder y prácticas discursivas con un resultado: edificar una construcción social sobre una pretendida realidad objetiva (12, 13, 14).

La dualidad médico-paciente

En la definición de enfermedad están presentes dos protagonistas esenciales de la situación clínica:

- La *mirada externa del profesional médico*, que con sus aparatos y disponibilidades tecnológicas establece signos, marcadores y resultados objetivos e incuestionables. A partir de ellos construye una taxonomía que permite clasificar y “oficializar” la validez científica y el reconocimiento de los trastornos. En el lenguaje actual de los “proveedores de cuidados”, léase seguros: “su

trastorno no consta en nuestros códigos y no puede beneficiarse de nuestro catálogo de prestaciones”. La entrada en el reconocimiento taxonómico siempre se acompaña de la construcción de modelos explicativos científicos que garantizan su “objetividad” a través de demostrar con pruebas la naturaleza biológica de su etio-patogenia. El importante pero a esta precisión objetiva indiscutible está en que los signos diferenciales de la enfermedad pueden quedar a expensas de un carácter cuantitativo variable de tal manera que, si baja la cifra umbral del trastorno, aumenta la extensión de afectados por la enfermedad. Por ejemplo, una determinada tasa de colesterol, de glucemia o de tensión arterial puede pasar de ser considerada normal a ser catalogada de riesgo, o de “pre-enfermedad”, y por tanto susceptible de intervención médica preventiva o activa. Con lo cual el sujeto afectado pasa de ser considerado normal a ser etiquetado de “población de riesgo”. En nuestro terreno vemos actualmente cómo el etiquetado de TDAH carece totalmente de un umbral cualitativo o cuantitativo que permita diferenciar qué quantum de actividad, inquietud, impulsividad o falta de atención debe ser considerado “por encima” de lo normal, con lo que la variabilidad del diagnóstico es lo habitual (15, 16).

- La *mirada interna, la autopercepción del paciente*, también contribuye a la construcción de la situación de enfermedad. El descrédito de la mirada médica, siempre criticable y cuestionable, no deslegitima la medicalización de cualquier malestar, porque el enfermo interioriza y valora (idealiza) los criterios de la ciencia médica, entre otras razones porque necesita creer en su poder curativo y beneficiarse de él y de las consecuencias derivadas de ser reconocido como enfermo (bajas laborales, indemnizaciones, aceptación por parte del entorno de su necesidad de cuidados etc.). Nadie como G. Canguilhem, que reunía la doble condición de médico y de filósofo de la ciencia, lo vio tan claramente: “es la petición de ayuda lo que define la anormalidad... La biología no puede reducirse a una ciencia física” (17, 18).

Otros protagonistas de la medicalización

La definición de enfermedad no queda limitada a lo que ocurre entre médico y paciente, van a intervenir en ella otros, numerosos, protagonistas e intereses.

En primer lugar los denominados proveedores sanitarios: fundamentalmente **los médicos y sus instituciones y las empresas médico-farmacéuticas.**

Los médicos (y sus instituciones) son los principales e imprescindibles porque son “el ojo clínico que legitima la enfermedad”. Es obvio que trabajan en beneficio de pacientes y en pro del desarrollo de su especialidad y que obtienen con ello un beneficio económico directo y también, capacidad de influencia, poder institucional y social. Pero ¿son actores o espectadores de los cambios crecientes hacia la medicalización? Su progresiva fascinación e interés por nuevas enfermedades y tecnologías, su papel creciente en la elaboración de “guías de expertos o de práctica clínica”, su reconocimiento como “líderes de opinión”, y el nada menospreciable añadido de los incentivos económicos directos e indirectos que todo ello supone, ha llevado a un nuevo término, “*conflicto de intereses*”, cada vez más presente en la literatura científica y cada vez más cuestionado en los medios profesionales y también entre los ciudadanos de a pie. Este eufemismo, sumado a algún otro como el de “*sinergias con la industria farmacéutica*” nombra, a la vez que camufla, lo que todo el mundo sabe: la confluencia de intereses, algunos legítimos y otros cuestionables, entre los médicos, sus asociaciones profesionales y sus grupos de investigación con la industria farmacéutica. El problema está en que a la lógica e imprescindible colaboración entre ambas se le suma un añadido espinoso, el de definir cuando estas sinergias trabajan en pro de la lucha contra la enfermedad, invirtiendo en investigación y obteniendo los beneficios económicos correspondientes y cuando lo hacen en pro de intereses económicos preocupándose más del marketing y venta de productos que del desarrollo de costosas investigaciones y de hacer frente a mejorar enfermedades poco rentables comercialmente. O, aún más escandaloso, ocultando y sesgando informaciones en beneficio propio y a sabiendas de que con ello perjudican a los usuarios de sus productos (19, 20, 21, 22, 23).

Nadie discute el beneficioso papel realizado por las empresas médico farmacéuticas en su humanitaria tarea de luchar contra la enfermedad, fundamentalmente invirtiendo en investigación destinada a la búsqueda de tratamientos eficaces. Pero son muchas las pruebas que han mostrado su preocupación creciente por priorizar la obtención de beneficios económicos... ampliando su mercado. Como veremos detalladamente, no han dudado para lograrlo en esforzarse en “*crear opinión en el consumidor y en el prescriptor*” y en desarrollar “*nuevas formas de penetración en el mercado*”. También es evidente que en tal tarea necesitan compañeros de viaje, aunque a los médicos no nos guste ser tildados de tales, y que ya no se puede cerrar los ojos ante algo sobradamente conocido y probado como es su papel de patrocinio, filtro y control de ensayos clínicos y de las publicaciones científicas que dan cuenta, o no, de ellos. Ni tampoco ante el hecho de su creciente participación directa en la formación médica continuada. Los médicos son unánimes en afirmar solemnemente su independencia de criterio respecto a la información que reciben de la industria farmacéutica aunque, curiosamente, no opinan lo mismo de la insobornabilidad de sus colegas. En una encuesta realizada al respecto, el 61 % de los médicos afirmaba que los regalos y detalles (restaurantes, viajes, inscripciones, invitaciones diversas) que recibían de la industria no influían en sus hábitos de prescripción. En cambio, sólo el 16 % de ellos pensaba que no influía en sus colegas (24). En cualquier caso existen numerosos trabajos que muestran cómo la promoción e incentivos añadidos con los que la industria “informa” y “forma” a los médicos tienen una evidente influencia en sus hábitos de prescripción y por esta razón de peso la industria mantiene sus procedimientos de marketing (ver la detallada revisión realizada por Pedreira Crespo V., Rodríguez García M.V., 2003). Son también muchos los expertos que señalan la necesidad de regular las interacciones entre la industria y los médicos a través de códigos éticos e incluso de estimar conveniente el desarrollo de una legislación específica. Ambas cosas se han ido desarrollando en diversos países con la colaboración, más bien consensuada que conflictiva, de asociaciones profesionales, legisladores sanitarios e industria farmacéutica (25-44).

Los **medios de comunicación**, que conocen la apetencia social por todo lo relativo al culto y cuidado del cuerpo –propios de la universal preocupación por el bienestar narcisista de la sociedad actual– también contribuyen a difundir noticias sobre la salud y la enfermedad. De hecho los profesionales de la salud, los responsables de la política sanitaria, las asociaciones de afectados y la industria farmacéutica recurren habitualmente a utilizarlos como altavoz de sus diversos intereses y, a veces, también lamentan no hacerlo o que otros lo hagan con más habilidad. Casi todas las estrategias de salud actuales incluyen un capítulo de “promoción de la salud” que explicitan la necesidad de campañas informativas y que señalan como punto débil el dejar desatendido este terreno.

La creación de expectativas desmesuradas, derivadas del atractivo mediático de las “nuevas enfermedades y tratamientos” y de las “amenazas” a la salud, ha generado nuevas tendencias. Una de ellas es la divulgación de alertas ante nuevos riesgos: “la menopausia es un riesgo de osteoporosis luego hay que tratarla antes de que se produzca; la tensión arterial en el límite de la normalidad es un signo de pre-hipertensión que aparecerá sin intervención preventiva... etc.”. Un titular periodístico reciente resumía bien la situación: “Usted no está sano, está pre-enfermo” (*El País*, 8 de septiembre 2009).

Otra, señalada por numerosos expertos (3-6), es la tendencia creciente a la medicalización de padecimientos comunes: la calvicie, la insatisfacción sexual, la inquietud o las dificultades para dormir transforman su denominación: “disfunción eréctil”, “síndrome de piernas inquietas”, “trastorno del sueño”. Pero, sobre todo, pasan a ser objeto de nuevas propuestas de tratamientos farmacológicos, promocionados en anuncios en medios de comunicación, algunos directos (ahora ya autorizados) y otros que, discretamente, solo nombran “la enfermedad” y aconsejan: “consulte con su médico”. En el terreno de la psiquiatría el deslizamiento desde la conversión somática, la ansiedad y la timidez, la inquietud motriz o los procesos de duelo y las oscilaciones del estado de ánimo hacia la fibromialgia, la fobia social, el TDAH, o el trastorno bipolar son fenómenos ampliamente conocidos que tienen gran eco mediático. En contraste también hay que reconocer la tendencia

opuesta cuando los medios se posicionan críticamente ante ciertos excesos. Por ejemplo describiendo la creciente e imparable ampliación de los diagnósticos psiquiátricos incluidos en las sucesivas versiones del DSM.

También es evidente su papel en la definición de urgencias y alarmas socio-sanitarias y su influencia inmediata en las respuestas de responsables políticos, socio-sanitarios, escolares, judiciales etc. Reciente está el anuncio catastrófico de la epidemia de gripe A con sus limitadas secuelas y los curiosos –y cuantiosos– intereses económicos que movilizó y de los que los ciudadanos se enteraron después. Menos espectacular pero más repetitivo y cotidiano es su papel en recordar ciertas “plagas” actuales. En nuestro terreno, varios males psicosociales –como el TDAH o la violencia y acoso escolar, o el malestar y las (malas) conductas de los adolescentes– recobran de cuando en cuando ruidosa actualidad, en general reactivada por algún suceso truculento.

Dos cosas deben quedar muy claras. Una, que como los propios medios de comunicación recuerdan siempre, ellos sólo son mensajeros que transmiten –con el gran impacto de sus potentes altavoces– lo que los medios profesionales aportan, incluidas sus contradicciones. Por tanto, como suelen recordarnos, nadie debe quejarse de que cumplan con su función de respetar el sagrado derecho a la información deseada por la ciudadanía. Dos, que tampoco hay que incurrir en la ingenuidad de creer que los medios de comunicación no tienen intereses políticos, ideológicos y económicos propios, lo que conlleva su posición activa en el filtrado y selección de lo que deciden transmitir u ocultar, que tiene que ver con su servidumbre a la determinante influencia de “lobbies” con poder suficiente para diseñar la política de comunicación de los medios que controlan... y con enormes intereses económicos en el mundo sanitario (45).

Los cambios en la percepción que de la salud, la enfermedad y la muerte por parte de **la población** han sido irónica y lacónicamente resumidos por Ian Morrison: “cuando estudiaba en Escocia se percibía la muerte como algo inminente; cuando me especialicé en Canadá, inevitable; y ahora que vivo en California, opcional” (46). El progreso social y tecnológico ha facilitado el acceso a nuevos tratamientos y también

ha incrementado la convicción en la omnipotencia médica y, en consecuencia la tendencia en la población a una creciente exigencia de respuestas taumatúrgicas. Como si todo tuviera soluciones... si pueden comprarse... o exigir su pago. En un mundo mercantilizado la salud es un derecho y, como producto vinculado a la mejora del nivel de vida, es un bien costoso... ergo comprable. La inflación de información que, con gran abundancia y con rigor muy variable, proporciona Internet, ha facilitado que los usuarios de servicios sanitarios dispongan de gran información previa que condiciona su confianza o desconfianza en la respuesta terapéutica recibida o negada, su demanda adecuada o inadecuada y sus reclamaciones que, como fruto de la decepción, buscan la “justa reclamación y reparación” con denuncias judiciales cada vez más numerosas. La multiplicación de asociaciones de afectados de todo tipo de enfermedades es otro fenómeno que denota un nuevo estilo de reacción social frente a la enfermedad. A su tarea fundamental de vigilancia de la calidad de la atención recibida y de reivindicación de recursos frente a los responsables de la política sanitaria –cada vez más atentos a la influencia política y mediática que ejercen– se suma otro efecto derivado de su necesario proselitismo: la tendencia a aumentar sus afiliados y el riesgo de ensanchar las condiciones de pertenencia y entrada al grupo... ampliando las características y variedad de la sintomatología que da acceso al reconocimiento de la enfermedad. En psiquiatría, el caso del aumento exponencial de afectados por el síndrome de Asperger en varios países, acompañado de la divulgación universal vía Internet de un amplísimo listado de “los síntomas de la enfermedad” desde que las asociaciones y los demás componentes de su función como “lobby” se han activado, es un claro ejemplo de ello –como lo es el de la fibromialgia y otras enfermedades que afectan a diversas especialidades–. Lo que está aconteciendo en todos los países desarrollados con la “epidemia” del TDAH también tiene también relación, a mi juicio, con este y otros factores y merece un capítulo específico complementario¹.

¹ N. de la R. Artículo actualmente en prensa, será publicado próximamente en esta revista con el encabezado: “¿Es la hiperactividad una enfermedad?”

La **administración y gestores sanitarios**, sobre todo los de la sanidad pública, tienen la responsabilidad de mantener la limitación de costes y por tanto de definir su cartera de servicios o, lo que es igual, de decidir qué enfermedades son reconocidas como tales y qué tratamientos se consideran adecuados y por tanto van a ser pagados. Su misión incluye la evaluación y regulación de los tratamientos propuestos regulación por las tecnologías médicas, de la que es parte muy importante la del mercado de fármacos. Debe por tanto responder a los intereses y peticiones de productores y de usuarios. Entre todos ellos existen relaciones de dependencia (los gestores de la sanidad pública deben responder a las demandas de los usuarios y de sus asociaciones como votantes y agentes activadores del clima de opinión que son) y de convivencia. Es un secreto a voces, sobre el que actualmente existe abundante información para quien la quiera conocer, que existen complejas relaciones, negociaciones, presiones y acuerdos, entre quienes fabrican fármacos, quienes los recetan y quienes controlan su uso porque los pagan.

Descritos los principales protagonistas que intervienen en la definición de la enfermedad y su tratamiento es interesante comentar algunas de las opiniones y documentos publicados que en estos últimos años han descrito, y criticado las “interacciones” y “sinergias” múltiples que se han desarrollado entre todos ellos.²

Por ejemplo, Richard J. Roberts, biólogo molecular y Premio Nobel Medicina en 1993, ha declarado públicamente, sin que nadie le haya desmentido, que: *“Las farmacéuticas a menudo no están tan interesadas en curarle a Vd. como en sacarle dinero, así que la investigación es desviada hacia el descubrimiento de medicinas que no curan del todo sino que cronifican la enfermedad y le hacen experimentar una mejoría que desaparece cuando deja de tomar el medicamento”...*

² En síntesis describen cómo funciona lo que la literatura anglosajona ha denominado un “lobby”, traducido como “grupo de presión (con intereses comunes) para conseguir algo”. Y en el diccionario Collins como “cabildo” y su actividad como “cabildear”, que la RAE define como “gestionar con actividad y maña para ganar voluntades en un cuerpo colegiado o corporación”.

“La investigación en la salud humana no puede depender tan sólo de su rentabilidad económica. Lo que es bueno para los dividendos de las empresas no siempre es bueno para las personas”... “En nuestro sistema los políticos son meros empleados de los grandes capitales, que invierten lo necesario para que salgan elegidos sus chicos y si no salen compran a los que son elegidos... casi todos los políticos –y sé de lo que hablo– dependen descaradamente de esas multinacionales farmacéuticas que financia sus campañas. Lo demás son palabras...” (47).

En el artículo “Drug Ads Hying Anxiety Make Some Uneasy”, (publicado en el Washington Post, el 16 de julio 2001) su autor incluye estas citas: *“Para vender medicamentos, lo mejor es vender enfermedades psiquiátricas. Si eres el único fabricante que tiene el medicamento para el trastorno de ansiedad social, te conviene ampliar la categoría hasta donde sea posible y hacer sus límites tan imprecisos como sea posible”* (Carl Elliot, bioético, 2001). *“El sueño de todo vendedor es encontrar un mercado desconocido y no identificado y desarrollarlo. Eso es lo que pudimos hacer con el trastorno de ansiedad social”* (Barry Brand, jefe de producción de Paxil).

No son citas ni infrecuentes ni aisladas. En el programa ABC Special de Peter Jennings *“Bitter medicine. Pills, profit, and the public health”* (2002), quedó recogido el testimonio de la Dra. Sharon Levine, Directora del Grupo Médico Permanente Kaiser, que con absoluta franqueza declaró: *“Si soy un fabricante y puedo obtener otros veinte años de derechos de patente y convencer a los médicos de que prescriban y a los consumidores de que exijan la nueva presentación de “P” semanal en lugar de “P” diario, justo cuando vence mi patente ¿entonces para que voy a gastar dinero en investigaciones menos seguras como la búsqueda de nuevas drogas?”*

La exdirectora del New England Journal of Medicine, Marcia Angell –que dimitió de su cargo al descubrir que gran parte de los revisores, supuestamente independientes, encargados de la valoración clínica de los trabajos que publicaban recibían importantes sueldos de la industria farmacéutica– y que actualmente, desde su trabajo en el departamento de Medicina Social de la Universidad de Harvard, se ha convertido en una

activa estudiosa de los procedimientos utilizados por esta industria,– ha sintetizado los “7 grandes problemas” que aquejan a la industria farmacéutica actual. (Puede consultarse la apabullante relación de datos demostrativos en: “La verdad sobre la industria farmacéutica”) (19).

- Fabricación de demasiados medicamentos “yo también” –de rentabilidad ya demostrada y fabricados y utilizados previamente por otros fabricantes competidores– muy poco innovadores.
- La FDA se ha puesto demasiado al servicio de la industria que regula³.
- Las compañías farmacéuticas tienen demasiado control sobre la investigación clínica que evalúa sus propios productos.
- Las patentes y otros derechos de comercialización exclusiva son largos, lo que es poco recomendable y demasiado flexibles.
- Tienen demasiada influencia en la información e instrucción médica sobre sus propios productos.
- Información importante sobre investigación y desarrollo, promoción y fijación de precios es mantenida en secreto.
- Los precios son demasiado altos y variables.

Y además precisa también cuales son las condiciones del mercado de los medicamentos “yo también”:

- El mercado tiene que ser grande.
- Apuntará a las enfermedades comunes y de toda la vida.
- Destinados al tratamiento de enfermedades que no son letales, pero tampoco se curan.
- Las enfermedades cortas o poco comunes (infecciones, enfermedades mortales) no interesan.
- Destinados a clientes que paguen (no interesan zonas de pobreza).

³ FDA. (Food and Drugs Agency): Agencia federal que regula, en USA, la autorización del uso y venta de fármacos y que es equivalente a la EMEA europea (Agencia Europea de Medicamentos).

- El mercado, además de grande, debe de ser flexible y expansible (con una nueva definición, más amplia, de la enfermedad).

La ausencia de disposición a realizar actividades comparativas relativas a la eficacia de nuevos fármacos le lleva a proponer a los consumidores: *“Exigir que los nuevos medicamentos sean comparados con los antiguos podría alcanzarse casi de la noche a la mañana si hubiera voluntad política de hacerlo”*.

También ha mostrado su asombro por el grado de influencia que la industria ejerce sobre los médicos y sus asociaciones y actividades de formación: *“Hoy en día hasta los académicos más distinguidos y aparentemente imparciales podrían estar en la nómina de la industria farmacéutica. Si lo están, vd. tiene que mantenerse muy escéptico frente a cualquier cosa que digan”*. En la misma línea ha señalado los claros signos de los “conflictos de intereses” que han llevado a ciertos “líderes de opinión” participantes en relevantes guías clínicas a ser procesados, no por recibir importantes sumas de dinero de la industria fabricante de los productos que recomiendan, gratificación absolutamente legal en USA, sino por... no haberlo declarado al fisco. No obstante esta autora ha precisado que su crítica no se refiere a los aspectos legales de la cuestión sino al compromiso y obligaciones éticas de los investigadores (48,49).

En su libro “La invención de trastornos mentales”, González Pardo y Pérez Alvarez M. –cuya primera parte contiene un apasionante relato del desarrollo de la psicofarmacología con datos conocidos pero escasamente difundidos en el mundo de la información habitual que los psiquiatras reciben– puede leerse un documento sorprendente (50).

Se trata de la estrategia de mercado diseñada por la agencia de publicidad Cohn&Wolfe para Glaxo-SmithKline, cuyo objetivo era el lanzamiento de Plaxil (paroxetina) para el tratamiento del trastorno de la ansiedad (rebautizada como fobia) social. Su éxito comercial fue de tal calibre, que ha pasado de ser un documento empresarial confidencial a ser estudiado en el mundo de la publicidad como ejemplo de lo que debe ser el marketing para promocionar la venta de un psicofármaco. Dice así:

1. Objetivos

- Extensa cobertura de medios para crear conciencia del trastorno de ansiedad social.
- Crear un amplio reconocimiento del Plaxil como primer y único tratamiento.
- Aumentar la demanda de Plaxil entre profesionales y consumidores, superando las ventas de Zoloft (sertralina).

2. Estrategia

- Educar al público vía entrevistas con pacientes, médicos y otros grupos interesados.
- Colocar Paxil como un tratamiento seguro y eficaz para una condición médica severa y discapacitante, y no como un medicamento cosmético.
- Crear conciencia acerca de otras indicaciones de Plaxil.

3. Retos

- Generar entusiasmo acerca de un medicamento que fue introducido hace siete años.
- Encontrar pacientes dispuestos a ir a los medios a contar sus experiencias personales.

4. Plan de acción

- Asociado con la Coalición del TAS (Afectados por el Trastorno de Ansiedad Social), a fin de aumentar la credibilidad del mensaje “condición médica severa y discapacitante”.
- Colaborando con la Coalición y los médicos para identificar pacientes que hablen en ruedas de prensa telefónicas, vía satélite y chats de internet.
- Llevando a cabo con una cobertura de medios agresiva mediante notas de prensa electrónicas, paquetes informativos para la prensa, emisión de noticias por radio, narrativas para el público y una red de conferenciantes.

Poco importa que, cuando ya se habían recaudado cifras de ventas multimillonarias, muchos artículos en revistas profesionales y en otros medios describieran con detalle la fraudulenta

construcción de una enfermedad sin fundamento científico. Los responsables de ello declararon sin reparo que ya habían recaudado de sobra para hacer frente a las probables reclamaciones. Pero entretanto, en un periodo de diez años, entre principios de los ochenta y los noventa, la prevalencia de la fobia social se quintuplicó pasando del 2,75% al 13,3% (51). Algo parecida fue la promoción de los “ataques de pánico”, destinada a la comercialización de una nueva benzodiazepina (alprazolam) de reconocidos efectos antidepresivos, desarrollado por los laboratorios Upjohn, cuando el mercado de la depresión fue copado por la fluoxetina (Prozac). El diagnóstico de esta “enfermedad”, coloquialmente conocida en USA como “enfermedad de Upjohn”, rara en los años 80 cuando entró en el DSMIII, también aumentó espectacularmente en los 90. (50, 51, 52).

No detallaremos aquí el contenido de otros artículos de referencia comentados en este libro. Sus títulos son suficientemente ilustrativos: “Antidepresivos: el triunfo del marketing sobre la ciencia” (“Antidepressants: A triumph of marketing over science”. Antonuccio, Burns y Danton, 2002); “La insana relación entre la industria farmacéutica y la depresión” (“Let them eat Prozac: The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression”. D. Healy, 2004); “La última manía: la venta del trastorno bipolar (“The latest mania: selling bipolar disorder”. D. Healy, 2006); “Vendiendo enfermedades: la industria farmacéutica y el tráfico de enfermedades” (“Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering”. Moynihan, Heath y Henry, 2002) (50).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud-OMS y el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios, en un documento de 2007 sobre políticas y práctica en la salud mental en Europa (53) –que aborda entre otras cosas el problema del aumento del consumo de psicoestimulantes como fármacos indicados para el TDAH– exponen una amplia explicación de los cambios en la concepción y utilización de los psicofármacos...y en el entramado hipotético que justificó sus pretendidos “efectos específicos sobre las causas de las enfermedades”. Este texto resalta *“la proliferación a partir de la dé-*

cada de los '80 de las teorías sobre la especificidad de los neurotransmisores y receptores cerebrales postulando su relación con síntomas psiquiátricos concretos y que estos síntomas podían ser eliminados mediante fármacos diseñados específicamente para actuar sobre ellos[...] teorías íntimamente implicadas en la proliferación de las categorías de enfermedad recogidas en cada edición sucesiva del DSM, [...] que abrió una oportunidad de mercado extraordinaria para las compañías farmacéuticas. Así, las compañías farmacéuticas se convirtieron en actores clave en el conocimiento y tratamiento de los problemas de la salud mental, que a partir de los '90 se contemplan de manera que, al menos en principio, muestran una vinculación de los síntomas con alteraciones en las neuronas, las sinapsis, las membranas, los receptores, los canales iónicos, los neurotransmisores, los mecanismos de unión, las enzimas y los genes que las codifican. La biografía, el ambiente y las experiencias pasaban a considerarse influyentes sólo en términos del impacto que causan sobre los parámetros neuroquímicos cerebrales.

También uno de los psiquiatras más prestigiosos en la historia de la psiquiatría infantil estadounidense –y uno de los primeros en interesarse en el desarrollo de la psicofarmacología para niños– ha publicado, poco antes de su reciente fallecimiento, un artículo con sus demoledoras opiniones (Leon Eisenberg, 2009): *“El marketing directo ha contribuido a diagnósticos no garantizados y a la utilización de múltiples medicamentos para tratar síntomas, no trastornos”... “Las compañías de seguros (managed care) limitan las opciones prácticas a la psicofarmacología y no pagan por cuidados comprensivos”... “El uso de ensayos clínicos y los paneles de consenso (de expertos) son los métodos con los que los psiquiatras han sido seducidos por la industria farmacéutica para usar psicofármacos... Aportar un paciente a un ensayo clínico puede suponer para un profesional el salario de un año. La tentación es difícil de resistir” (54).*

Concluyendo. Son muchos los datos que permiten pensar y afirmar que la concepción de los trastornos psíquicos y la definición de enfermedad psiquiátrica, sancionada por las

sucesivas versiones del DSM y con el impulso de la denominada y prolongada “década del cerebro” (declarada por George Bush padre a inicios de los 90), está variando con el impacto del nuevo paradigma del “todo biológico y genético” que ha sustituido al anterior del “todo social”. En las opciones terapéuticas, las respuestas farmacológicas, consideradas y promocionadas como más acordes con los nuevos descubrimientos científicos, van desplazado a las basadas en el diálogo y la relación terapéutica. El descubrimiento de la infancia como un nuevo nicho de mercado, iniciado en Estados Unidos y luego difundido conforme a las leyes de mercado globalizadas, está variando notablemente la práctica de la psiquiatría de niños y adolescentes. En particular el uso de psicofármacos en niños de baja edad está aumentando progresivamente. La inexistencia, hasta tiempos muy recientes, de ensayos clínicos por debajo de los seis años, que era considerada como una medida de prudencia por las características del cerebro en desarrollo, ha pasado a ser la justificación de que es necesario dar paso a la extensión progresiva de ensayos con todo tipos de psicofármacos en niños cada vez más pequeños. Con ensayos o sin ellos, inquieta sobre todo la extensión progresiva de su uso fuera de las recomendaciones autorizadas. (16, 55)

CAMBIOS ACTUALES EN LA VIVENCIA Y CONCEPTO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Un sociólogo y perspicaz observador de la sociedad contemporánea (Gilles Lipovetsky., 2006) ha elaborado interesantes ideas que pueden aplicarse a nuestro intento de comprensión (56).

Dice que se ha producido un desplazamiento del “homo religiosus” al “homo consumericus” y que en la actual sociedad de hiperconsumo, la salud es ante todo un bien adquirible. Pero —es una de las muchas paradojas que resalta— vivimos en una sociedad de la decepción... que es mayor cuanto más bienes tenemos a nuestra disposición. Así, dice: “a más salud, más insatisfacción; a más canales, más zapping”. El sujeto actual busca y goza de más libertad, independencia, insolidari-

dad... pero padece de una dependencia del confort, de soledad, de necesidad de reconocimiento. Buen resumen de una posición narcisista: cuanto más consigo más me falta; cuanto más autosuficiente más inseguro; cuanto más independiente más vacío. Indudablemente, el malestar en la cultura actual existe. Nada sorprendente que se canalice hacia la queja y la reclamación de cuidados.

Cuando comparamos, como profesionales de la salud mental, los pacientes actuales con los de años atrás –además de confirmar la tozudez con la que persisten ciertas formas clínicas siempre presentes aunque con vestimentas sintomáticas o etiquetas diagnósticas más modernas– podemos establecer algunas diferencias y/o transformaciones:

- La salud ha pasado de ser un privilegio a ser un derecho.
- La actividad (en la búsqueda de conocimiento de las causas del malestar) se está convirtiendo en pasividad (la compra y recibo del remedio garantiza esperar la obtención de salud).
- La elaboración y comprensión del problema (interno) deja paso a la espera y exigencia de una solución inmediata (externa). Signo de los tiempos, los conflictos intrapsíquicos o relacionales no explican nada frente a la “evidencia de pruebas” biológicas y genéticas.
- La relación personal (con el terapeuta) es sustituida por la fidelidad al protocolo. La confianza en una escucha humana (imprevisible y variable) desplazada por la fiabilidad e infalibilidad de un protocolo (invariable e indiscutible). En palabras de la madre de un joven paciente incapaz de asistir a clase y afectado de un cáncer linfático: *“Yo hago todo y sólo lo que dice el protocolólogo”*... curioso destino de una transferencia desesperada capaz de humanizar las indicaciones médicas y atribuirles carácter de persona.
- El deseo y necesidad de comprensión queda relegado por la preferencia y necesidad de una explicación, por supuesto de connotación médico-científica: “sólo la medicina y sus aparatos permiten encontrar la raíz de sus males”. Y la abundancia actual de análisis y exploraciones

costosas (e innecesarias en muchos casos) muestra que la mayoría de los pacientes la reciben como signo de gran atención asistencial: “me han mirado muy bien”. Con lo que, en contra de la disección histórica de Dilthey, la psiquiatría bascula hacia las ciencias de la naturaleza abandonando su condición de ciencia humana. No en vano la búsqueda de “marcadores biológicos” es el sueño permanente de la investigación psiquiátrica actual.

- La relación basada en la demanda de ayuda se complica y transforma en reclamación y exigencia de curación. El sentimiento de culpa y responsabilidad, que acompañaba al enfermo en su padecimiento, se transforma en reivindicación del inalienable derecho a la salud y, si las cosas no van bien, en justa reclamación judicial ante quien no sabe concederlo o lograrlo. La extensión y colectivización de esta exigencia se organiza en asociaciones de afectados y se politiza en reivindicaciones hacia los poderes públicos político-sanitarios, que no pueden negarse a nuevas conquistas “progresistas” aun cuando sean de carácter más ideológico (“salud y tratamientos gratuitos para todos”) que científico (“¿qué eficacia y resultados terapéuticos, qué costes?”).
- La mentalidad en la gestión sanitaria también ha cambiado y cada vez más ha asimilado el lenguaje de la gestión técnico-industrial asemejando el trabajo clínico a los criterios de producción mercantilista.
- Como consecuencia de esta evolución, el cambio de lenguaje y denominaciones no es nada casual sino muy demostrativo: de “paciente” hemos pasado a “usuario” y a “cliente”.

SOBRE EL STATUS CIENTÍFICO DE LA PSIQUIATRÍA

La aportación fundamental de Dilthey (1833-1911), que le hizo pasar a la historia de la filosofía de la ciencia, fue su propuesta de diferenciación entre ciencias físicas y ciencias humanas y en su vinculación respectiva con la naturaleza las unas y con la historia las otras. Recordemos sus planteamien-

tos fundamentales: *“El modo de proceder de la psicología explicativa nace de la extensión abusiva de los conceptos de las ciencias físicas al terreno de la vida mental y de la historia” [...] “Explicamos la naturaleza, comprendemos la vida psíquica [...] la naturaleza se explica, se comprende al hombre” [...] “La realidad humana no es un objeto como los otros...el hombre está atrapado en su propia interpretación... y su objetividad debe cuestionarse continuamente” [...] “La historia individual y colectiva de los hombres es un texto a descifrar, escapa a la explicación causal de los hechos naturales”.* (57).

Más cerca del momento actual y en otra obra histórica (*“La estructura de las revoluciones científicas”*. Thomas H. Kuhn, 1962) podemos también leer: *“De acuerdo con el sentido común, la ciencia es un conocimiento objetivo acerca de la naturaleza que contrasta con las opiniones inseguras y subjetivas de la política y las ideologías”.*

El propio Kuhn vio desmentida tan sensata definición cuando su experiencia le mostró que:

- *“Las decisiones de los científicos están medidas por la sociología de las comunidades que forman”.*
- *“Los intereses de los grupos científicos se hacen sentir en el contenido mismo de la teoría y no sólo en la orientación general o en la selección de los problemas abordados”.*

Otro especialista en historia de la ciencia –prologando la última reedición de la citada obra de Kuhn– también nos previene respecto a la supuesta neutralidad y objetividad ideales de la ciencia (Carlos Solís. Introducción a la obra de Kuhn, 2006) (58):

- *“...La ciencia, parangón de objetividad y progreso, se somete a los mismos procesos de consenso, convenciones y compromisos, crisis y resistencias racionales que otros procesos políticos y sociales... por lo que no es una apisonadora lógica que aplasta toda posible disensión, siendo por tanto usada para justificar decisiones técnicas y políticas, disfrazándolas ante el lego de “científicas”...”.*

En nuestra práctica médica actual, la infiltración de la ciencia por otros intereses es un hecho que está dando lugar a

nuevos conceptos. Uno de los más recientes, ya citado al inicio, es el de “tráfico” (también traducido como “promoción”) de enfermedades” acuñado por Moynihan (59, 60).

He aquí un sumario de su descripción de este fenómeno:

- Algunas formas de “medicalización” pueden ahora describirse mejor con el nuevo término de “tráfico de enfermedades”, consistente en ir extendiendo los límites de las enfermedades tratables para expandir el mercado de nuevos productos.
- Alianzas creadas entre fabricantes farmacéuticos, médicos y grupos de pacientes utilizan los medios de comunicación para conceptualizar algunas condiciones (se refiere a situaciones de malestar físico) como muy graves y muy extendidas entre la población.
- El “tráfico de enfermedades” puede incluir: convertir achaques o enfermedades ordinarias en problemas médicos; ver síntomas ligeros como graves; tratar problemas personales como problemas médicos; ver los riesgos como enfermedades “per se” y elaborar/exponer cifras de prevalencia para maximizar mercados potenciales.
- La información sobre enfermedades financiada corporativamente debería reemplazarse por información independiente.

Y su propuesta de recomendaciones para “des-medicalizar” condiciones normales:

- Apartarse del uso de información sobre enfermedades o condiciones médicas financiada por la industria.
- Generar materiales independientes y accesibles sobre enfermedades/condiciones.
- Ampliar las nociones de consentimiento informado para incluir información sobre la controversia que rodea la definición de condiciones y enfermedades.

Curiosamente, también la actual tendencia a desarrollar “Guías de práctica clínica”, promocionadas como “basadas en la evidencia” –y por tanto como las que deben marcar criterios incuestionables de diagnóstico y prescripción– empiezan a suscitar reacciones críticas (61-71).

Expertos internacionales pertenecientes a servicios de evaluación de la calidad vinculados a entidades sanitarias públicas han optado por desarrollar sus propios criterios de evaluación de estas guías. Han elaborado para ello el sistema AGREE (Appraisal of Guidelines Research Evaluation - Evaluación de la calidad metodológica de las guías de práctica clínica) (72).

Su sistema de valoración estudia, en cada guía los siguientes aspectos:

1. Objetivos.
2. Participación de implicados (usuarios).
3. Rigor en la elaboración.
4. Claridad y presentación.
5. Aplicabilidad.
6. Independencia editorial.

No entramos aquí en los resultados que con la aplicación de estos criterios reciben diferentes guías clínicas, pero sí hay que mencionar que muchas de ellas presentan importantes deficiencias metodológicas en su elaboración que permiten dudar de la seguridad con que afirman que sus propuestas son inquestionables (como ocurre por ejemplo al revisar las GPC dedicadas al TDAH) (16).

Las cosas han llegado a un punto en que se empieza a hablar de “medicina basada en el marketing” para describir como las estrategias utilizadas, a favor de los intereses comerciales de la industria farmacéutica, para influir en la opinión de los prescriptores, los médicos, están provocando una crisis de confianza en la literatura médica. Algunas de estas estrategias se describen con detalle en muchas publicaciones: las estrategias que distorsionan resultados sobre eficacia y seguridad de los tratamientos; la supresión o maquillaje de datos negativos; la utilización de autores “fantasma” contratados por las compañías fabricantes que elaboran trabajos luego publicados, “a cambio de contrapartidas”, con la firma prestada de prestigiosos “líderes de opinión”; la creación de empresas de comunicación especializadas en diseñar sofisticados planes de publicación en revistas de elevada reputación; la propiedad y el control último sobre la publicación y los datos obtenidos en investigaciones supuestamente independientes o académicas

pero apoyadas y subvencionadas por la propia industria; estrategias para expandir las indicaciones de sus productos en situaciones sub-clínicas, en el límite o incluso dentro de los síntomas dentro de la normalidad; la segmentación del mercado y la elaboración de mensajes eficaces dirigidos a los médicos según su perfil personal⁴.

Para la superación del fracaso de las agencias que controlan y regulan tales prácticas y del de las revistas biomédicas en evitarlas, quienes denuncian estos hechos proponen algunas medidas: registro prospectivo y de acceso público de los ensayos clínicos y de sus resultados; acceso libre a los informes de las agencias reguladoras; papel más rigurosos de los editores de revistas médicas. Pero sobre todo señalan su preocupación de que, con estas prácticas, las consecuencias de la medicina basada en el marketing sean peores resultados en salud y mayores costos (73-82).

Quienes señalan todos estos fenómenos nos transmiten su inquietud por la situación actual de la ciencia y de la psiquiatría. Siempre –ya Arquímedes investigaba por cuenta de los mecenas para quienes también inventaba artilugios de guerra– la ciencia y los científicos han necesitado ser financiados y algunos han visto hipotecada su independencia porque han padecido la servidumbre de la necesidad económica o también, porqué callarlo, la codicia del enriquecimiento legítimo o desmesurado.

La psiquiatría y la ciencia actual, tampoco está, ni debe estarlo, a salvo de intereses diversos, legítimos o menos nobles. No es, ni quizás tampoco deba serlo, un compendio de saberes irrefutables e incuestionables. Pero sobre todo no debe pecar de reduccionismo simplificando en exceso la complejidad de los hechos clínicos y la naturaleza del desarrollo humano. El paradigma imperante actualmente del “todo es

⁴ Al parecer, las técnicas de marketing actuales clasifican a los médicos en “high flyers” (los siempre dispuestos a probar lo más novedoso “porque es siempre lo mejor”) y los “rule bounds” (los dispuestos a seguir las reglas establecidas, que necesitan reforzar su seguridad con “esto es lo que hay que hacer y lo que todo el mundo hace”).

genética y neuroquímica cerebral”, está abriendo una nueva era llena de promesas, pero puede ser mal utilizado para aplastar lo que de esencialmente humano tiene la psiquiatría, si desconoce la complejidad del psiquismo y la multifactorialidad genética, biológica, relacional y social del desarrollo del cerebro y de la mente. Así lo ha entendido siempre una larga tradición de la psiquiatría infantil (J. Ajuriaguerra, 1911-1983): *“El estudio del niño permite superar la oposición entre teorías organicistas y psicogenetistas. Si queremos superar las contradicciones entre lo biológico y lo psicológico o entre lo psicológico y lo sociológico, hay que estudiar al hombre desde su comienzo”* (83).

A veces, a la hora de terminar, uno encuentra que ya alguien ha resumido en forma inmejorable lo que uno quiere decir. Por eso concluiré con las palabras de un genetista (Jacques Ruffié, *Le traité du vivant*, 1982): *“La precariedad de la ciencia no debe inquietarnos ni desesperarnos. Ningún descubrimiento científico es definitivamente explicativo; todos han suscitado más problemas de los que han resuelto. Una teoría no debe transformarse en un dogma. La ciencia no será nunca un medio de alcanzar la certeza; es lo que la diferencia de la religión. Su fragilidad la ennoblece pues no nos apresa en ningún sistema y nos incita a la superación. Su legitimidad no ofrece duda pues ayuda a comprender mejor el mundo y conduce a transformar la condición humana”*. (84).

BIBLIOGRAFÍA

1. Illich, I.: *Némesis médica: la expropiación de la salud*. México: Joaquín Mortiz, 1978.
2. I. Illich: “L’obsession de la santé parfaite”. *Le Monde Diplomatique*, marzo 1999.
3. Conrad, P.: *The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders*. Baltimore; John Hopkins University Press, 2007. (Referenciado en *N Engl J Med* 358; 19: mayo 2008 y en *JAMA*, vol 298; nov 7, 2007).

4. 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.
5. Gervás, J.; Pérez Fernández, M.: El auge de las enfermedades imaginarias. *FMC*, 2006; 13(3): 109-111.
6. S. Márquez y R. Meneu: "La medicalización de la vida y sus protagonistas" *Gestión clínica y sanitaria: vol. 5, n.º 2, 2003.*
7. Parsons, T.: Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna. En: *El sistema social.* Alianza Universidad. Madrid, 1984.
8. Freidson, E.: *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care.* Atherton Press. New York, 1970.
9. Navarro, V.: *La Medicina bajo el Capitalismo.* Barcelona. Crítica, 1978.
10. Goffman, E.: *Estigma: la identidad deteriorada.* Buenos Aires. Amorrortu, 1970.
11. Goffman, E.: *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* Buenos Aires, Amorrortu ediciones, 1970.
12. Foucault, M.: *Les mots et les choses. Une archeologie des sciences humaines.* Paris, Gallimard, 1963.
13. Foucault, M.: *L'ordre du discours.* Lección inaugural en el Collège de France. París. Gallimard, 1971.
14. Foucault, M.: *Histoire de la folie à l'âge classique.* Paris. Gallimard, 1972.
15. Lasa Zulueta, A.: El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Psicopatol salud ment* 2007; M2: 9-16.
16. Lasa Zulueta, A.; Jorquera Cuevas, C.: *Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad.* Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: Osteba 2009/09.

17. Canguilhem, G.: *Le normal et le pathologique*. París. PUF, 1966.
18. Canguilhem, G.: *Écrits sur la médecine*. París. Le Seuil, 2002.
19. Angell, M.: *The truth about drug companies*. New York: Random House, 2004. Versión en castellano: *La verdad acerca de la industria farmacéutica*. Bogotá. Editorial Norma, 2006.
20. Smith, R.: Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PLoS Med* 2005; 2(5):e138.
21. Fava, G.A.: Financial conflicts of interest in psychiatry. *World Psychiatry* 2007; 6:19-24.
22. Taylor, R.; Giles, J.: Cash interests taint drug advice. *Nature* 2005; 437:1070-1.
23. Steinman, M.A.; Shlipak, M.G.; Mc Phee, S.J.: Of principles and pens: attitudes and practices of medicine house staff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med* 2001; 7: 551-557.
24. How the drug industry distorts medicine and politics: America's Other Drug Problem, By Arnold S. Relman and Marcia Angell, *New Republic*, December 16, 2002.
25. Pedreira Crespo, V.; Rodríguez García, M.^a V.: *Formación continuada e industria farmacéutica: hacia una ética de la relación*. En: Espino A., Olabarría, B. *La formación de los profesionales de la salud mental en España*. Monografías de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Págs. 389-407. Madrid, 2003.
26. Komesaroff, P.A.; Kerridge, I.M.: Ethical issues concerning the relationship between medical practitioners and the pharmaceutical industry. *Med. J. Aust.* 2002, feb4; 176(3), pp.118-121.
27. Hodges, B.: Interactions with the pharmaceutical industry: experience and attitudes of psychiatry residents, intern and clerks. *Can. Med. Assoc. J.* 1995; 153(5), pp. 553-559.

28. Peay, M.Y.; Peay, E.R.: The role of commercial sources in the adoption of a new drug. *Soc Sci. Med.* 1988; 26: 1183-1189.
29. Lexchin, J.: Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: what does the literature say? *Can Med. Assoc.* 1993, 149 (10), pp. 1401-1407.
30. Chren, M.M.; Landefeld, S.: Physicians behaviour and their interaction with drug companies. *JAMA* 1994, 271: 684-689.
31. Drug company influence on medical education in U.S.A. Edit. *The Lancet*, sept. 2000, vol. 356, nº 9232.
32. Chren, M.M.; Landefeld, S. et al. Doctors, drug companies and gifts. *JAMA*, 1989; 262:3448-3451.
33. Wazana, A.: Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift just a gift? *JAMA*, 2000, 283: 373-380.
34. Orłowski, J.P.; Wateska, L.: The effects of pharmaceutical industry enticement on physicians prescribing patterns. *Chest* 1992, 102: 270-273.
35. Relman, A.: Separating continuing medical education from pharmaceutical marketing. *JAMA* 2001, vol. 285, nº 11, pp. 1443-1444.
36. Coyle, S.L.: Physicians-Industry relations. Part 1: Individual Physicians. *Ann. Intern. Med.* 2002; 136: 396-402.
37. Holmer, A.F.: Industry strongly supports continuing medical education. *JAMA*, 2001; vol285, nº 15, pp. 2012-2014.
38. Farnaindustria: "Código español de Buenas Prácticas para la promoción de medicamentos"; "Reglamentos de la Comisión Deontológico de La Industria Farmacéutica". Abril 2002. www.farnaindustria.es
39. American Collage of Psysicians: "Physicians and the Pharmaceutical Industry". *Ann. Intern. Med.* 1990, 112: 624-626.
40. Royal Australian College of Psysicians: "Ethical guidelines in the relationship between physicians and the pharmaceutical industry". Sidney: RACP, 2000.
41. Canadian Medical Association "Physicians and the Pharmaceutical Industry". *Can. Med. Assoc. J.* 1994; 150 (2) pp. 256A-256C.

42. Ordre National des Médecins: "Recommandations à propos des relations médecins-industrie por l'application de l'article L.365-1 du Code de la Santé Publique. Internet:www.Yahoo.fr.SantéMédecine.Organismes.Associations Professionnelles.Ordre National des Médecins.Médecines-Industrie. 1997.
43. Steinbrook, R.: *Controlling Conflict of Interest-Proposals from the Institute of Medicine*. *N Engl J Med* (2009) May 1 (Epub ahead of print).
44. Van der Weyden, M.B.: *Doctors and the pharmaceutical industry: time for a national policy?* *MJA* 2009; 190 (8): 407-408.
45. Grilli, R.; Ransay, C.; Minozzis: Mass media interventions: effects on health services utilisation. (Cochran Review). Cochrane Library, issue 4, 2002. Oxford. Update Software.
46. Ian Morrison: *Health care in the new millennium*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco, 2000.
47. Roberts, R.: Declaraciones recogidas en La Vanguardia (La Contra: 27/07/2007).
48. Angell, M.: *Drug Companies & Doctors: A story of Corruption*. The New York Review of Books, jan 15,2009.
49. Zunwalt, D.I.; Stotland, N.L.; (y respuesta de Angell, M.). *Drug Companies &Doctors: A story of Corruption*. The New York Review of Books, feb 26, 2009.
50. González Pardo, H.; Pérez Álvarez, M.: *La invención de trastornos mentales*. Madrid. Alianza Editorial, 2007.
51. Horwitz, A.V.: *Creating mental illness*. University Chicago Press, 2002.
52. Healy, D.: *The antidepressant era*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1997.
53. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio del Sistema Nacional de Salud de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>

54. Eisenberg, L.; Belfer, M.: *Prerequisites for global child and adolescent mental health*, 2009). *J Child Psychology and Psychiatry*, 50: 1-2 (2009) pp. 26-3.
55. Peiró, S.; Cerbera, P.; Bernal-Delgado, E.: Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en la depresión infantil: un “culebrón” que refleja importantes problemas de seguridad en los medicamentos. *Gac Sanit.*2005; 19(5):401-6).
56. Lipovetsky, G.: *Le bonheur paradoxal*. Paris: Gallimard, 2006.
57. Wilhelm Dilthey: *Introduction à l'étude de sciences humaines*, 1942; *Théorie des conceptions du monde*, 1946; *Le monde de l'esprit*, 1947. Citado en Enciclopedia Universalis France. Paris, 1968.
58. Kuhn Thomas, S.: *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica, 3º edición, 2007. (Prólogo de Carlos Solís Santos: “Una revolución del siglo XX” pp. 9-43).
59. Moynihan, R.; Heath, I.; Henry, D.: *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*. *BMJ* 2002; 324:886-91.
60. Moynihan, R.; Cassels, A.: *Selling sickness: how drug companies are turning us all into patients*. 2005; New York: Nation Books.
61. Martín Muñoz, P.; Ruiz-Canela Cáceres, J.; Guerra de Hoyos, J.; Rivas Aguayo, L.: Guías de práctica clínica en Internet: cómo separar el grano de la paja. *Rev. Pediatr. Aten. Primaria* 2003; 5(18):257-272.
62. Steinbrook, R.: Guidance for guidelines. *N Engl J Med* 2007; 356(4):331-333.
63. Choudhry, NK; Stelfox, HT; Detsky, AS: Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA* 2002; 287(5):612-617.
64. Briones, E.; Vidal, S.; Navarro, MA; Marín, I.: Conflicto de intereses y guías de práctica clínica en España. *Med Clin (Barc)* 2006; 127(16):634-6.

65. Navarro Puerto, MA; Ruiz Romero, F.; Reyes Domínguez, A.: ¿Las guías que nos guían son fiables? Evaluación de las guías de práctica clínica españolas. *Rev Clin Esp* 2005; 205:533-40.
66. Lenzer, J.: Truly independent research? *BMJ* 2008; 337:a1332.
67. Lacasse, J.R.; Leo, J.: (2010) Ghostwriting et Elite Academic Medical Centers in the United States. *PLoS Med* 7(2): e1000230. doi:10.1371/journal.pmed.1000230.
68. Peiró, S.: La construcción de la evidencia b(i)ased medicine. *Gestión clínica y sanitaria* 2005; 7(4):131-138.
69. Spielmans, G.I.; Parry, P.I.: From Evidence-based Medicine to Marketing-based Medicine: Evidence from Internal Industry Documents. *Journal of Bioethical Inquiry* 2010; 7: 1 (13-29).
70. Melander, H.; Ahlqvist-Rastad, J.; Meijer, G.; Beerman, B.: Evidence b(i)ased medicine: selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drugs applications. *BMJ* 2003; 326: 1171-5.
71. Bero, L.: Influences on the quality of published drug studies. *In J Technol Assess Health Care* 1996; 12: 209-237.
72. The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, 2001. Disponible en www.agreecollaboration.org.
73. Bodenheimer, T.: Uneasy alliance: clinical investigators and the pharmaceutical industry. *Arch Fam Med* 1995; 4: 335-339.
74. Davidson, R.A.: Source of founding and outcome of clinical trials. *J. Gen. Intern. Med.*, 1986; 1: 155-158.
75. Spielmans, G.I.; Parry, P.I.: From Evidence-based Medicine to Marketing-based Medicine: Evidence from Internal Industry Documents. *Journal of Bioethical Inquiry* 2010; 7:13-29.
76. Lacasse J-R.; Leo, J.: Ghostwriting at Elite Academic Medical Centers in the Unites States. *PLoS Med*, 7 (2): e1000230. doi:10.1371/journal.pmed.1000230.
77. Kassirer, J.P.: (2004) On the take: How medicine's complicity with big bussines can endanger your health. New York: Oxford University Press, 251 p.

78. Smith, R.: Medical Journals Are an Extension of the Marketing Arm of Pharmaceutical Companies. *PLOS Medicine*, 2005; 2 (5) e138.
79. La investigación financiada por la industria es significativamente más proclive a dar conclusiones a favor de la misma. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003; 5 (2); 62-.
80. Escasa transparencia sobre el papel de los patrocinadores de los ensayos clínicos, pese a la reforma de los requisitos uniformes de publicación en revistas médicas. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2003; 5 (2).
81. Hopkins Tanne, J.: US clinical guidelines often influenced by industry. *BMJ* 2007; 334:171.
82. Hasenfeld, R.; Shekelle, PG.: Is the methodological quality of guidelines declining in the US. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 428-434.
83. Ajuriaguerra, J.: Lecciones del Collège de France, 1976-1981. *Bulletin de Psychologie*, Tome XLIII, nº 31. Cursos de Doctorado de la Universidad del País Vasco, 1983-1984 (dactilografiado y no publicado).
84. Ruffie, J.: *Le traité du vivant*. Paris. Fayard, 1982.