

PSIQUIATRIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA. *DISEASE MONGERING* EN SALUD MENTAL

Andoni Anseán

*“Todo eso fuera bien escusado -respondió don Quijote-
si a mí se me acordara de hacer una redoma
del bálsamo de Fierabrás, que con sola una gota
se ahorran tiempo y medicinas.*

-¿Qué redoma y qué bálsamo es ése? -dijo Sancho Panza.

*Es un bálsamo -respondió don Quijote- de quien tengo la receta en la memoria,
con el cual no hay que tener temor a la muerte, ni hay pensar morir de ferida alguna.”*

Introducción

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud fue firmada en Nueva York el 22 de julio de 1946. En ella se define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; añadiendo que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”¹.

Con esta definición de salud en la mano, se abona el terreno, en general, a la medicalización de la vida y, en particular, a su psiquiatrización.

Este sofisma de equiparar salud con felicidad implica que la infelicidad es enfermedad y, por tanto, que puede ser tratada médicamente. De ahí a abordar con fármacos problemas y malestares cotidianos sólo hay un paso.

La Psiquiatría es la especialidad perfecta para medicalizar la vida. Sin marcadores biológicos que determinen los diagnósticos (y mucho menos las etiologías), con una psicopatología reducida a una mera nosología donde se acuerdan y consensuan trastornos que aparecen y desaparecen según lo que se convenga en cada momento, y con una potente artillería farmacológica que aborda multitud de fenómenos psíquicos, la Psiquiatría abarca innumerables posibilidades de aplicación a cuestiones no patológicas de la vida diaria.

A lo largo de este capítulo conoceremos en qué consiste esto de la psiquiatrización, cuáles son sus causas y protagonistas, qué consecuencias produce y qué puede hacerse para evitarlas.

Pero, antes de nada, queremos advertir que este tema está sujeto a muchas manipulaciones. Nos referimos a campañas contra la Psiquiatría como la de la Cienciología que, a través de su Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos e instrumentos como su vídeo “El marketing de la locura”, han conseguido hacer penetrar sus ideas contra esta especialidad médica incluso entre los propios profesionales de la Salud Mental. Basta navegar un poco por Internet para comprobarlo.

¿Qué es la psiquiatrización y el *disease mongering*?

Entenderemos la medicalización como la ampliación del ámbito o intensidad de actuación de la Medicina en la vida de las personas.

Esta expansión posee diferentes derivadas:

1. Magnificación de enfermedades existentes, tanto de su prevalencia como de su gravedad.
2. Magnificación del poder de la ciencia médica, de sus profesionales y de la infalibilidad de los medios diagnósticos y terapéuticos, y minimización de sus riesgos y efectos adversos, en perjuicio también de otras alternativas no médicas tanto o más efectivas.
3. Pero, sobre todo, la medicalización y la psiquiatrización consisten en la conversión y el abordaje de problemas (físicos y mentales) no patológicos como si lo fueran.

Por su parte, el *disease mongering* (alarmismo, tráfico, creación, fabricación, invención, mercantilización, promoción de enfermedades) sería el proceso y los métodos utilizados intencionadamente para promover la medicalización y la psiquiatrización.

Es decir, en su acepción más relevante, la medicalización, la psiquiatrización y el *disease mongering* consisten, básicamente, en crear enfermedades donde no las hay, convirtiendo así en pacientes a personas sanas.

Antecedentes

Sin ánimo alguno de ser exhaustivos, exponemos algunos hitos en la concienciación sobre el fenómeno de la medicalización de la vida:

- 1965: Clifton Meador habla por primera vez de la no-enfermedad (*nondisease*)².
- 1974: Ivan Illich publica su obra "Némesis Médica", que comienza alertando sobre la medicina institucionalizada como amenaza para la salud³.
- 1992: La periodista Lynn Payer inventa el término *disease mongers*⁴ y define el *disease mongering* como la forma de tratar de convencer a gente sana que está enferma y a gente levemente enferma de que está muy enferma.
- 2002: el BMJ publica los resultados de una encuesta entre sus lectores sobre las no enfermedades⁵, con el envejecimiento y el trabajo a la cabeza de la lista (¿la primera CInE -Clasificación Internacional de no Enfermedades-?).
- 2006: la revista Plos Medicine publica un monográfico sobre *disease mongering*⁶ que se convertirá en la principal referencia bibliográfica durante los siguientes años. En ella se abordan temas como la disfunción eréctil, el TDAH, la disfunción sexual femenina, el trastorno bipolar, el síndrome de piernas inquietas o temas relacionados con la promoción de enfermedades por parte de la industria farmacéutica o los medios de comunicación.

Formas y ejemplos de medicalización, psiquiatrización y *disease mongering*

En la Tabla 1 mostramos algunas de las formas de medicalización de la vida y en la Tabla 2, algunos de sus ejemplos.

Con ánimo de ser más didácticos, las reduciremos a tres:

1. Convertir un riesgo o un síntoma en una enfermedad. La hipercolesterolemia, la osteoporosis, la hipertensión arterial, la obesidad, la hipoglicemia o el virus del papiloma humano son ejemplos paradigmáticos de cómo ciertos riesgos sobre la salud pueden ser consi-

Tabla 1. Formas de magnificar o crear enfermedades y promover su tratamiento médico

Convertir un factor de riesgo en una enfermedad
Convertir un síntoma en una enfermedad
Convertir un resultado intermedio (por ejemplo, una medición) en un factor de riesgo, en un síntoma o en una enfermedad
Convertir una función normal en una enfermedad
Convertir una variación física de la normalidad en una enfermedad
Convertir una característica de la personalidad en una enfermedad
Alarmar sobre pandemias
Crear nuevos diagnósticos de trastornos inexistentes
Extender el <i>screening</i> y las pruebas diagnósticas entre personas sanas y grupos de riesgo
Aumentar el rango de anormalidad en los marcadores diagnósticos
Generar datos epidemiológicos ficticios
Aumentar las indicaciones de fármacos a otras enfermedades o a problemas leves
Aumentar las indicaciones de fármacos a otras edades o géneros
Maximizar los beneficios de los fármacos y minimizar sus riesgos
Fomentar el miedo a enfermedades futuras en personas sanas
Discriminar tratamientos médicos no rentables a favor de los que sí lo son
Ignorar enfermedades para las que no se posee tratamiento médico rentable
Marginalizar investigaciones sobre tratamientos no médicos
<i>Fuente: elaboración propia.</i>

derados enfermedades y ser tratados como tales sin serlo. La fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica son otros ejemplos.

2. Aumentar la prevalencia de una enfermedad. Esto se puede hacer gracias a aumentar el rango de los marcadores biológicos o, simplemente, aumentando fantasiosamente los datos epidemiológicos sin evidencia científica que los soporte. El propio Cochrane reconocía no saber quién introdujo el rango de los límites normales de la presión arterial

Tabla 2. Ejemplos de medicalización y psiquiatrización de la vida

Ejemplos de medicalización	Ejemplos de psiquiatrización
Hipercolesterolemia	Duelo
Hipertensión arterial	Adicciones conductuales
Hipoglicemia	Agresiones sexuales y comportamientos violentos
Osteoporosis	Trastornos adaptativos
Obesidad	TDAH
Envejecimiento	Riesgos de síndromes y síndromes subclínicos
Menopausia y andropausia	Trastorno negativista desafiante
Síndrome de piernas inquietas	Soledad
Fibromialgia	Desempleo y problemas económicos
Síndrome de fatiga crónica	Divorcios y problemas familiares
Síndrome de colon irritable	Problemas en el trabajo: <i>mobbing</i> , síndrome de <i>burn-out</i>
Disfunción sexual masculina y femenina	Síndrome de alienación parental
Embarazo y parto	Infelicidad
<i>Fuente: elaboración propia.</i>	

entre más/menos dos desviaciones estándar respecto a la media, cuando no existe evidencia alguna que apoye este criterio⁷. A falta de estos marcadores, no deja de sorprender la alegría con la que se disparan los datos sobre incidencia y prevalencia de ciertos trastornos. Es lo que ha ocurrido con las disfunciones sexuales masculina y femenina, el síndrome de piernas inquietas, la fobia social, el TDAH o la depresión. Obviamente, estas enfermedades existen, y a veces en formas muy graves, pero, aprovechando la existencia de la enfermedad, lo que se promociona es una irreal prevalencia en la sociedad con objeto de, así, promover su incidencia. Hay quien afirma que existen unos 30.000 síndromes y que, si sumásemos todos los datos que arroja la ciencia epidemiológica, los ciudadanos padeceríamos unas 20 enfermedades cada uno⁸.

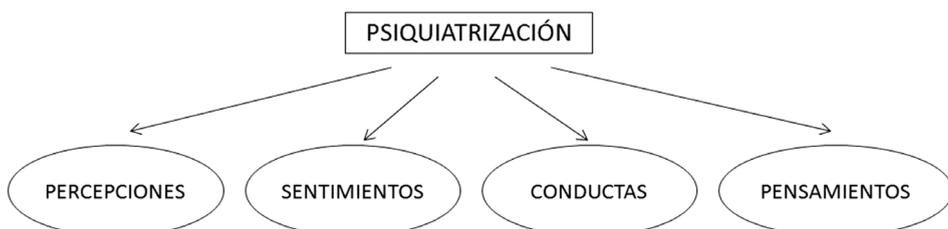
- Convertir un proceso natural no patógeno o una variante de la normalidad en una enfermedad. Si hay una forma preferente de crear trastornos donde no los hay es en la transformación como tales de procesos naturales y normales (o sus variantes individuales). Los ejemplos son casi infinitos: el embarazo, la menopausia, la calvicie, el envejecimiento, la sudoración, la menopausia, las arrugas, el acné, los ronquidos, etc. Cualquier característica personal puede ser objeto de atención médica o quirúrgica: pecas, orejas de soplillo, la propia fealdad, etc. Pero, en Salud Mental, es mucho más fácil todavía, basta con medicalizar problemas laborales, familiares, interpersonales o sociales para obtener una panoplia de trastornos susceptibles de abordaje en consulta psiquiátrica: *mobbing*, *bulling*, síndrome de *burn-out*, síndrome de alienación parental, síndrome postvacacional, trastorno negativista desafiante, duelo, tristeza, soledad, ira, desempleo, divorcio, etc. No faltan estudios que demuestran, por ejemplo, cómo más del 40% de los adolescentes españoles poseen síntomas psicóticos subclínicos, por lo que, rápidamente, se disponen a plantear programas de prevención y detección tempranas, en vez de, obviamente, revisar el instrumento y el método utilizados⁹.

En resumen: se medicalizan las etapas y los procesos vitales, los géneros, las formas de vida, los atributos y las características personales físicas y psicológicas (como diría Aldous Huxley, la Medicina ha avanzado tanto que ya no hay nadie sano).

Por su parte, poco escapa ya de ser susceptible de ser psiquiatrizado (Figura 1).

Ejemplo de todo ello es la observación de enfermedades que aparecen (o se incrementa espectacularmente su incidencia y su prevalencia) a partir de la comercialización de determinados fármacos contra ellas o enfermedades que dejan de diagnosticarse drásticamente cuando estos fármacos se retiran del mercado o no es rentable ya su uso. En el ámbito de la Salud Mental, baste con recordar cómo la época del Valium®, de hace unas décadas, dejó paso a la del Prozac® transformando, a su vez, la sociedad de la ansiedad y el estrés en la de la depresión.

Figura 1. Objetos de la psiquiatrización



Fuente: elaboración propia.

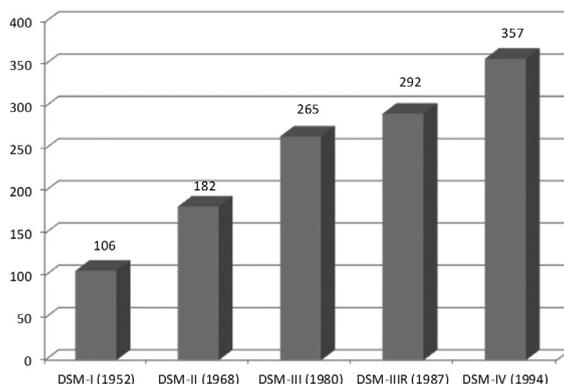
Lo que está claro es que hay algo que falla cuando se realizan estudios en los que se concluye que uno de cada cuatro pacientes (en estudios internacionales se llega a uno de cada tres) derivados a los centros de Salud Mental no poseía un trastorno diagnosticable (códigos Z) y, de ellos, la mitad ya viene derivado con tratamiento farmacológico¹⁰. Algunos intentan explicar, al menos en parte, este hecho, por la sensibilización de los médicos de Atención Primaria hacia trastornos mentales como la depresión, detectando los casos con una gran sensibilidad pero con baja especificidad¹¹. Pero está claro que las causas van más allá. Estas causas son las que intentaremos describir más adelante.

DSM-5

Mención aparte merecen los sistemas diagnósticos en Salud Mental como vía regia para psiquiatrizar sociedades, especialmente el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales-). Sin desdeñar el valor que los sistemas estadísticos (que no psicopatológicos) de diagnóstico de trastornos mentales (*disorders*, no *diseases*) han tenido para la objetivización y la racionalización de una psicopatología previa de alto valor intelectual pero poco científica, dispersa y de escaso valor terapéutico, lo cierto es que sí que parecen haberse abocado a ser un instrumento al servicio de intereses coyunturales y no estrictamente clínicos. Por ejemplo, las sucesivas ediciones del DSM no han hecho más que aumentar progresivamente y sospechosamente el número de categorías diagnósticas (Figura 2).

El próximo 18 de mayo de 2013, durante la CLXVI sesión anual de la APA a celebrar en San Francisco, se lanzará oficialmente el DSM-5. No tenemos espacio suficiente en este capítulo para recoger toda la documentación y avatares por los que está atravesando esta nueva edición del sistema de clasificación de la APA; por lo que nos conformaremos con hacernos eco del que, sin duda, ha sido el principal crítico al respecto: Allen Frances, jefe de equipo de elaboración del DSM-IV. Con la lectura del primer borrador, en 2010, Allen Frances lanzaría una de sus más duras críticas de esta nueva edición del manual diagnóstico norteamericano¹². Después de acusarlo de producto defectuoso, del riesgo de incremento de las prevalencias debido a los falsos positivos y su insensibilidad a poder ser mal usado en el ámbito jurídico-forense, este autor detalla los que él considera los mayores errores (Tabla 3). Resumimos su contenido.

Figura 2. Evolución del número de categorías diagnósticas en las sucesivas ediciones del DSM



Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Críticas de Allen Frances al sistema y categorías diagnósticas del DSM-5

Sistema diagnóstico
Eliminación de la significación clínica
Supresión del sistema multiaxial
Cambios en la redacción de los criterios
Valoraciones dimensionales
Mediciones en síntomas cruzados
Puntuaciones dimensionales para la personalidad
Categorías diagnósticas
Síndrome de riesgo de psicosis
Trastorno mixto ansioso-depresivo
Trastorno cognitivo leve
Trastorno por atracones
Trastorno disfuncional del genio con disforia
Trastorno coercitivo parafilico
Trastorno de hipersexualidad
Adicciones conductuales
Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad
Trastorno de adicción
Trastorno del espectro autista
Duelo
Pedohebefilia

Fuente: elaboración propia a partir de Frances A¹².

Respecto a las categorías diagnósticas:

1. Síndrome de riesgo de psicosis. Para él, la más preocupante de las propuestas del DSM-5, que podría llevar a una catástrofe de salud pública al someter a tratamiento antipsicótico a cientos de miles de adolescentes.
2. Trastorno mixto ansioso-depresivo. Con síntomas inespecíficos altamente presentes en la sociedad, podría convertirse en un trastorno epidémico.
3. Trastorno cognitivo leve. Con la misma inespecificidad, sus síntomas de desempeño cognitivo reducido estarían muy extendidos entre la población mayor de 50 años.
4. Trastorno por atracones. Del que bastaría un atracón por semana durante tres meses para padecerlo.
5. Trastorno disfuncional del genio con disforia. Sería una forma de psiquiatrizar los ataques de ira y, con ello, de desresponsabilizar judicialmente las consecuencias de sus conductas asociadas y someter el mal genio a tratamiento psicofarmacológico.
6. Trastorno coercitivo parafilico. Ante la imposibilidad de poder distinguir las violaciones resultado de una parafilia de las que no, ya fue rechazado en el DSM-III-R (violación parafilica), y podría apartar del ámbito penal a delinquentes sexuales.
7. Trastorno de hipersexualidad. Otra excusa para delinquentes sexuales y otro desastre forense.
8. Adicciones conductuales. Puerta de atrás de innumerables tontos y dañinos diagnósticos (adicciones a las compras, al trabajo, a los videojuegos, etc.). De momento, incluye la adicción al juego.

9. Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad. Elevar la edad requerida de 7 a 12 años, no requerir la presencia de discapacidad, reducir a la mitad los síntomas para su diagnóstico en adultos y permitir su diagnóstico en presencia de autismo contribuiría a aumentar sus tasas de incidencia y prevalencia, y el tratamiento con psicoestimulantes de muchos más niños y adultos.
10. Trastorno de adicción. El DSM-5 eliminaría la distinción entre el abuso y la dependencia de sustancias, con el riesgo de diagnosticar por arriba a consumidores puntuales.
11. Trastorno del espectro autista. La consideración espectral del autismo supone la integración en él del síndrome de Asperger, que lo colapsaría.
12. Duelo. El DSM-5 ya no excluiría el duelo del trastorno depresivo mayor, lo que, para muchos, supone la psiquiatrización de un proceso absolutamente normal (y necesario). Esta decisión ha recibido duras críticas, como las vertidas en un reciente editorial de *Lancet*, revista para la que significaría que sentimientos de profunda tristeza, falta de sueño, llanto, incapacidad para concentrarse, cansancio y falta de apetito, que se prolongan durante más de dos semanas después de la muerte de un ser querido, pueden ser diagnosticados como depresión, más que como una reacción normal de aflicción¹³.
13. Pedohebefilia. Este trastorno es la ampliación del de pedofilia a la atracción hacia cuerpos con forma infantil, aunque excedan en algunos años al rango etario de la infancia. Al igual que ocurría con otros trastornos parafílicos, sirve en bandeja la psiquiatrización de conductas criminales no patológicas.

Respecto al sistema diagnóstico:

1. Eliminación de la significación clínica. La no significación clínica existente en otras ediciones permitía diferenciar el carácter patológico o no del trastorno. Su eliminación deja al clínico sin esta posibilidad.
2. Supresión del sistema multiaxial, que privaría de la importante información que proporcionan los actuales eje III (afecciones médicas), eje IV (problemas psicosociales y ambientales) y eje V (evaluación de la actividad global).
3. Múltiples cambios en la redacción de los criterios que, depende de cuál sea su redacción final, puede dar lugar a interpretaciones incorrectas o interesadas.
4. Valoraciones dimensionales. Vendida como un cambio de paradigma en esta nueva edición, el DSM-5 incorpora tres valoraciones dimensionales: severidad, comorbilidad y rasgos de personalidad. No obstante, parece no existir consenso respecto a cuáles son o cómo medirlas, además de suponer un sistema muy incómodo y poco útil para los clínicos y, por ello, desechado en versiones anteriores del DSM, especialmente la de severidad.
5. Mediciones en síntomas cruzados. Como suplemento de los diagnósticos primarios, el DSM-5 incluye una relación de síntomas que aparecen en distintos diagnósticos, demasiado voluminosa para ser útil.
6. Puntuaciones dimensionales para la personalidad. Además de su difícil manejo para ser incorporados en la práctica clínica, supondrían también la eliminación de cinco trastornos de personalidad actuales: paranoico, narcisista, histriónico, dependiente y esquizoide.

En publicaciones más recientes, Frances se congratula del anuncio por parte de la APA de la retirada, por fin, del síndrome psicótico atenuado y el trastorno mixto ansioso-depresivo, aunque sigue siendo igualmente crítico con otros criterios diagnósticos y, sobre todo, con la dirección del manual y la APA (ausencia de otras disciplinas implicadas en la atención a la salud mental, arrogancia, secretismo, etc.), proponiendo la sustitución de esta asociación como responsable de la elaboración de estos sistemas de clasificación diagnóstica en Estados Unidos en favor de otros or-

ganismos como el NIMH (*National Institute of Mental Health*) o el *Institute of Medicine*¹⁴. En parte, parece coincidir con Germán Berrios, quien considera el DSM como forma de imperialismo psiquiátrico (“cosas raras como el “síndrome de rabia en las carreteras”, son tonterías en países distintos a los Estados Unidos”, dirá él¹⁵).

Causas y agentes implicados en la psiquiatrización de la vida cotidiana

Podría pensarse que es la industria farmacéutica la principal protagonista de la medicalización y la psiquiatrización de la vida. No obstante, la propia introducción de este capítulo remitiéndose a la OMS ya indica que, seguramente, ella no sea ni la única ni la principal. Así, en este proceso intervienen también los pacientes y la sociedad en general, los profesionales sanitarios y académicos, la administración sanitaria y los medios de comunicación.

Y es que éste no es un tema de responsables y víctimas por separado sino más bien a la vez. Todos los agentes implicados en la medicalización de la vida son responsables y víctimas de sus consecuencias.

Pero vayamos por partes.

Pacientes y sociedad

En Sanidad nos encontramos con la paradoja de la salud, por la que cuanto mayor nivel de salud existe, más problemas de salud se declaran. Esta paradoja, en coherencia a su vez con la Ley de Roemer (la oferta sanitaria genera espontáneamente su demanda), implica también que cuantos más recursos se dedican a la salud, mayor es la proporción de población que se siente enferma¹⁶. Está claro, pues, que hay algo que se escapa a la realidad en el continuo salud-enfermedad y que trasciende los límites de lo científico-médico para convertirse en un fenómeno sociocultural con diferentes derivadas.

¿Qué es lo que ha pasado? Parece que, en una suerte de preferir ser enfermos a ser infelices, poco a poco nos hemos acostumbrado a solucionar muchos de nuestros problemas en las consultas médicas y a través de soluciones químicas. No sabemos bien si por motivaciones propias o inducidas, parecemos buscar una pastilla para cada problema cotidiano (para la ansiedad, para el insomnio, para el decaimiento, la fatiga o la pena, etc.), introduciéndose en nuestras vidas un *drug lifestyle* (una psicofarmacología y una psiquiatría cosméticas) que parece amparado en una connivencia con el resto de agentes de la psiquiatrización de la vida.

Hemos derivado a la consulta médica y al sistema sanitario problemas que pertenecen a ámbitos sociales, interpersonales, laborales, familiares, en busca de una solución que, sorpresivamente, se nos acaba ofreciendo en forma de fármaco. Así, si alguien acude al psiquiatra por haber perdido el trabajo y tal vez la pareja, lo más probable es que acabe con una receta de un antidepresivo en la mano cuando, realmente, lo que necesita es un nuevo trabajo y una nueva pareja y, hasta que los encuentre, afrontar esos problemas vitales con la entereza y madurez que se nos presume como adultos.

El tratamiento de estos problemas con psicofármacos fomenta una cultura intolerante con las frustraciones afectivas y vitales, con la incertidumbre y la ansiedad¹⁷. La aspiración no parece ya una salud como ausencia de daño físico, psicológico o social, sino la juventud eterna, la ausencia del sufrimiento y hasta la inmortalidad¹⁸.

En medio de una hipocondría social¹⁹, epidémica, parece que hayamos perdido los recursos habituales de afrontamiento de los avatares y malestares cotidianos y vemos enfermedad donde sólo hay vida. Esos recursos tradicionales (familia, pareja, amigos, incluso servicios sociales) parecen haber desaparecido en favor de los profesionales y del sistema sanitario.

Tabla 4. Bases del falso contrato entre médicos y pacientes según el BMJ

El punto de vista del paciente:
La Medicina moderna puede hacer cosas extraordinarias y resolver muchos de mis problemas
Usted, el médico, puede ver dentro de mí y saber lo que está mal
Usted conoce todo lo que necesita conocer
Puede resolver todos mis problemas, incluso los sociales
En consecuencia, le proporcionamos un alto estatus y salario
El punto de vista del médico:
La Medicina tiene un poder limitado
Lo que es peor, es peligrosa
No podemos empezar a resolver todos los problemas, incluso los sociales
Yo no lo sé todo, pero sí sé cómo...
<i>Fuente: traducido de Smith R²².</i>

Para algunos, estas sociedades posmodernas favorecen, en su búsqueda de la felicidad prometida por el Estado del bienestar, la existencia del pequeño adulto, del inmaduro perpetuo que huye de la dificultad valiéndose del victimismo y la infantilización que debe ser abordada, en el marco de un minimalismo terapéutico, “como una madre suficientemente buena que sabe frustrar adecuadamente al bebé que se queja y llora”²⁰.

Sí que es cierto que hay menos tolerancia a la molestia y al disconfort. No digamos ya a la espera. En un mundo donde todo es urgente, donde todo debe ser inmediato y efectivo, no hay tiempo para la paciencia terapéutica del esperar y ver qué pasa, para dejar un tiempo hasta ver cómo evoluciona el problema y poder así darle la respuesta más adecuada.

Todo ello sin olvidar que la sanidad pública es gratuita en el momento de su consumo, lo que produce un efecto de riesgo moral (moral hazard) por el que parte de la población abusa de la utilización innecesaria de sus servicios dada esa inexistencia de precio (y tal vez comprometiendo su propio valor). Es el usuario gorrón o el idiota moral descritos por Guillermo Renduelles²¹, quien advierte también de la aparición en las consultas de Salud Mental de *opnis* (objetos psiquiátricos no identificados), demandas que no pertenecen al ámbito de la Psiquiatría pero que acaban en sus servicios: peticiones burocráticas sin relación directa con lo médico, derivaciones desde lo judicial, viejos solitarios, restos de familias disueltas, etc.

Pero hay más motivos que favorecen esta medicalización de la vida: los ciudadanos ya no queremos cuidar de los nuestros. En una sociedad convertida al individualismo, cada cual tiene su vida, y trasladamos a los sistemas sanitario y social la responsabilidad de ese cuidado. Lo que antes se solucionaba en casa a base de cuidados familiares debe ser resuelto ahora en los despachos y centros médicos y sociales ya de por sí desbordados.

Para el *British Medical Journal* (BMJ)²² todo ello está causado en parte por un falso contrato social entre médicos y pacientes que debería redactarse de nuevo si queremos desmedicalizar la vida. Las bases de este falso contrato se exponen en la Tabla 4.

Médicos, investigadores y académicos

Algunos autores insisten en señalar a los médicos como los principales agentes de la medicalización²³. Otros recuerdan que pueden no ser los mayores responsables, pero sí los últimos²⁴. Según ellos, provendría del deseo de ampliar la demanda de su mercado, de potenciar su

subespecialidad y carrera profesional. En definitiva, de aumentar su poder y ámbito de influencia. Dejadlos llevar por el deslumbramiento de las innovaciones tecnológicas en forma de nueva ingeniería biomédica, nuevas pruebas diagnósticas y nuevos tratamientos, éstas son incorporadas inmediata y acriticamente a la práctica clínica.

Es difícil resistirse a la tentación de finalizar una consulta médica sin un diagnóstico o sin una receta. O lo que es más frecuente, con una receta pero sin un diagnóstico. Lo contrario parece percibirse como un fracaso terapéutico o una incompetencia profesional, como si se hubiese inoculado la impaciencia del paciente a la hora de abordar problemas poco definidos y dudosamente médicos.

En Salud Mental la fórmula parece ser:

Consulta = Demanda + código DSM/CIE + psicofármaco

Por otro lado, la relación con la industria farmacéutica no está libre de sospecha, aunque no parece existir conciencia de la influencia de esa relación. Así, se piensa que la promoción de los laboratorios influye mucho más en la prescripción de los colegas que en la de uno mismo. Es más, cuanto más regalos se reciben, menos se cree que afecta a la prescripción²⁵.

Pero si hay una actividad de dudosa imparcialidad es la investigación biomédica, tanto en la elección de sus objetos de investigación como en su desarrollo, en sus resultados o en su promoción. La principal causa de sospecha es la altísima dependencia de la financiación de esta investigación por parte de la industria farmacéutica (por ejemplo, la financiación de la Administración de Drogas y Alimentos norteamericana -FDA- por parte de la industria farmacéutica es del 75%, mientras que la de la Agencia Europea de Medicamentos -EMA- es del 80%²⁶). Ello tal vez sea el motivo por el que la probabilidad de que las conclusiones de un fármaco sean favorables es entre 4 y 5 veces mayor cuando están financiados por sus laboratorios que cuando sus financiadores son organismos sin ánimo de lucro²⁷. Algunos autores lo evidencian desde el mismo título de sus artículos: "Las conclusiones de los metaanálisis financiados por la industria farmacéutica deben ser interpretadas con prudencia"²⁸.

No hay que olvidar tampoco que incluso las investigaciones de mayor valor científico, como son los ensayos clínicos, están libres de limitaciones (Tabla 5)²⁹.

La investigación clínica está regulada en la legislación española por medio del RD 223/2004 y la Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios (y modificaciones posteriores) que, a su vez, recoge las directivas de la UE al respecto: 95/46/CE, 2001/20/CE, 2003/94/CE, 2004/23/CE y 2005/28/CE. En ella se pretende limitar el

Tabla 5. Limitaciones de los ensayos clínicos

Las diferencias estadísticamente significativas pueden ser clínicamente irrelevantes
Limitación temporal sobre la seguridad clínica durante un periodo determinado
Dificultades de acceso a investigaciones que contradicen a otras debido a la ingente cantidad de análisis de datos debido a la imposibilidad de acceder a la ingente información biomédica
Problemas de adherencia terapéutica en los tratamientos reales
No tienen en cuenta aspectos emocionales y psicológicos asociados a las decisiones de médicos y pacientes
En la clínica se tratan pacientes cuyos perfiles son excluidos de los ensayos
El carácter poblacional y probabilístico contrasta con el carácter individual y cierto de cada paciente real
En la clínica, los pacientes pueden padecer más enfermedades además de sobre la que se ha realizado el ensayo. Cómo afecta a pacientes con comorbilidades
Limitaciones en niños, ancianos y gestantes
<i>Fuente: Merino A, et al²⁹.</i>

Tabla 6. Riesgos de mala praxis investigadora

Manipulación de resultados
Sesgos de interpretación
Modificaciones en el medicamento de comparación
Alteración de dosis reales
Establecimiento del punto final del estudio
No publicación de efectos secundarios
Alteración de los tamaños muestrales
<i>Fuente: Lavilla A³⁰.</i>

riesgo de mala praxis investigadora que pueda provenir, entre otras, de las causas expuestas en la Tabla 6³⁰.

Administración sanitaria

La Administración también fomenta la medicalización de la vida. Lo hace, por ejemplo, cuando cede a las presiones internas y externas para que incorporen rápidamente nuevas (y más caras) tecnologías sanitarias (diagnósticas, quirúrgicas, farmacológicas) sin tener evidencias suficientes sobre su eficiencia. Baste un dato: España es el segundo país, después de Estados Unidos, en el que la mayor parte de las ventas lo son de nuevos medicamentos³¹.

Otro ejemplo es la creación de centros, unidades, servicios y programas sanitarios inadecuadamente planificados o que responden a necesidades o prioridades no estrictamente sanitarias, como es el crecimiento desmedido y desordenado de hospitales y otros centros sanitarios, o lo son los servicios, las unidades y los programas especializados, que puede esconder un interés en favor de ciertas especialidades médicas o de ciertas enfermedades o trastornos no especialmente prevalentes ni/o graves. Los riesgos de este tipo de actuaciones son evidentes: magnifican desmedidamente un problema de salud más allá de su incidencia, prevalencia o gravedad. No suelen responder a necesidades estrictamente sanitarias, sino políticas y socioculturales. Generan duplicidades, rompen con la continuidad asistencial y provocan una discriminación positiva, inequitativa e injusta para personas con otros trastornos. Abonan el terreno de prácticas interesadas y poco éticas y generan una alarma y una demanda irreal que puede verse sometida a pruebas y tratamientos no sólo innecesarios sino potencialmente arriesgados.

Así, el sistema sanitario se ve desbordado por una demanda que él mismo también induce³² y parece haberse autoconvertido él también en un agente patógeno³³.

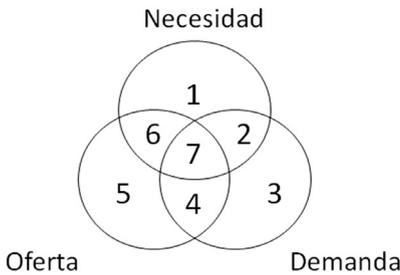
Pero hay quien va más allá al afirmar que la idea de que haya necesidades masivas no atendidas en Salud Mental es un mito generado por el mismo proceso de medicalización³⁴.

Nosotros sólo nos atrevemos a decir que la Administración debe todavía aprender (o aplicar) mucho de planificación sanitaria. Un simple diagrama (Figura 3) puede servir de ayuda a mejorar la racionalidad en la creación y ordenación de servicios sanitarios.

Así habría que:

- Atender: áreas 1 y 2.
- No atender: áreas 3, 4 y 5
- Mantener la atención: áreas 6 y 7.

Figura 3. Necesidad, oferta y demanda en Sanidad



1. Necesidad no demandada ni atendida.
2. Demanda necesitada no atendida.
3. Demanda innecesaria no atendida.
4. Demanda innecesaria atendida.
5. Oferta innecesaria no demandada.
6. Oferta necesaria no demandada.
7. Demanda necesitada atendida.

Fuente: elaboración propia.

Industria farmacéutica

Vayamos directamente a la cuestión. Las principales críticas que se le realizan a la industria farmacéutica son:

1. Beneficios desmedidos para tratarse de un negocio que tiene por objeto la salud.
2. Manipulación de las investigaciones, sobre todo, respecto a la eficacia y seguridad de sus productos.
3. Desproporcionado gasto en marketing en comparación con el dedicado a la investigación.
4. Prácticas de dudosa legalidad y eticidad en la promoción de sus productos.
5. Poca conciencia social y solidaria, dedicando sus esfuerzos a la investigación, el desarrollo y la distribución de ciertos productos en detrimento de otros menos rentables económicamente pero socialmente mucho más necesarios.

Obviamente, nadie discute el enorme beneficio que la industria farmacéutica proporciona en términos de salud, económicos, laborales, de desarrollo de la ciencia y de progreso humano en general. Pero también es cierto que, al igual que otros agentes de este proceso, puede mejorar sensiblemente sus prácticas. Esto es algo que tampoco ignora la propia industria, que posee una amplia y exhaustiva regulación al respecto. Como ejemplos, en España, Farmaindustria posee regulaciones específicas en materia de promoción de medicamentos y relación con los médicos³⁵ y en materia de relación con las asociaciones de pacientes³⁶; temas todos que, a nivel internacional, se incluyen en el, actualizado a 2012, Código de Buenas Prácticas de la IFPMA (*International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations*)³⁷.

Medios de comunicación

Todos sabemos de la venta mediática que tienen ciertos fenómenos sociales como, por ejemplo, el *mobbing*, el *bulling*, el *burn-out*, o las adicciones de todo tipo (a Internet, a la televisión, al móvil, a las redes sociales) y la facilidad de permeabilización de la sociedad y las administraciones por convertirlos en trastornos. Algunos especialistas incluso le acaban encontrando explicación, como en el caso de estas modernas adicciones, se trataría de compensar a través de ellas las carencias derivadas del corte del cordón umbilical³⁸.

Los medios de comunicación venden noticias (y publicidad) y el sector sanitario es un buen proveedor de ellas. Todos estamos o estaremos enfermos, es un tema de ámbito universal y de alta sensibilidad social. Y puede dar buenos titulares. Los medios de comunicación son un ex-

celente vehículo de divulgación biomédica, siempre y cuando la forma y contenido de la información sean completos, objetivos, veraces, imparciales e independientes³⁹. Lamentablemente, esto no siempre es así. En el apartado correspondiente de este capítulo exponemos las formas en que pueden mejorar enormemente sus prácticas, contribuyendo así, desde su ámbito de alcance, al desarrollo de la ciencia.

Consecuencias

Las consecuencias de estos fenómenos son muchas y graves. En la Tabla 7 exponemos brevemente las que consideramos más relevantes.

Sin duda, la más importante es la iatrogenia en la que se incurre al tratar a personas innecesariamente. Todos sabemos que cualquier actuación sanitaria conlleva un riesgo de efectos nocivos y no deseados, y que la mayoría de los medicamentos poseen efectos secundarios. Exponer a ellos a personas que podrían evitarlo es romper la regla básica de no hacer daño, el principio de no maleficencia o *primum non nocere*.

La medicalización conlleva, a su vez, un aumento de la demanda y actividad sanitarias que abonan el terreno a una medicina defensiva que, a su vez, genera más atención médica y, por tanto, más riesgo, en un círculo vicioso tan paradójico como difícil de romper.

La presión asistencial a la que está sometido el sistema sanitario pone en riesgo su propia viabilidad. El sistema sanitario está desbordado, entre otros motivos, por demandas innecesarias y por ineficiencias en su gestión. Ello nos recuerda a la ley de cuidados inversos, por la que la disponibilidad de una buena atención médica tiende a ser inversa a la necesidad de la población atendida⁴⁰. Así, se observa que los pacientes más demandantes no suelen ser los más necesitados y, por el contrario (como bien sabemos en Salud Mental), los pacientes más necesitados no suelen ser los más demandantes, a lo que se le suma una tendencia a priorizar los pacientes que mejor funcionan porque son mucho más gratificantes⁴¹.

Todo ello lleva aparejado una inequidad de acceso, una injusticia social y una merma en la calidad de la asistencia sanitaria, que tiene que abordar con recursos limitados una demanda casi ilimitada y, en algunos casos, innecesaria.

Pero si los costes para el sistema son altos, lo son también para la sociedad, que tiende a una desresponsabilización de su obligación ciudadana por preservar la salud (propia y ajena) como un valor personal y social en el que todos estamos implicados y en el que todos tenemos algo que aportar desde la inmediatez de nuestra vida diaria. Esto parece haberse olvidado, en parte, por esa traslación al sistema sanitario (y al social, y al educativo, y al judicial) de cuestiones que pertenecen a un ámbito más doméstico e íntimo, en el que la ciudadanía puede y debe resolver, al menos, sus problemas menos trascendentes.

Tabla 7. Consecuencias de la medicalización

Iatrogenia
Medicina defensiva
Insostenibilidad del sistema sanitario
Injusticia e inequidad en el acceso a servicios sanitarios
Pérdida de calidad de la atención sanitaria
Desresponsabilización de los ciudadanos con su salud y la de su entorno
Pérdida de credibilidad de los profesionales sanitarios y académicos y de la propia ciencia médica
<i>Fuente: elaboración propia.</i>

Por último, una consecuencia que creemos fatal para la Sanidad es la progresiva pérdida de credibilidad del sistema sanitario, de los profesionales sanitarios, los investigadores y los académicos y, en definitiva, el descrédito de la ciencia médica.

¿Qué se puede hacer?

Por lo mismo que los agentes implicados en la medicalización son la causa de su existencia, son ellos los que tienen en la mano disminuirla, cuando no erradicarla por completo. Veamos cómo.

Pacientes y sociedad

El paciente puede y debe hacer muchas cosas para disminuir la medicalización de la vida. Exponemos algunas en la Tabla 8.

Tabla 8. Actuaciones de los pacientes y la sociedad para disminuir la medicalización de la vida

No abusar de los servicios sanitarios y colaborar en su eficiencia
Rebajar las expectativas sobre el nivel de salud actual y futura
Corresponsabilizarse con su salud y su cuidado; tanto de la propia como la de sus allegados
Concienciarse sobre la levedad de algunos problemas de salud y la no necesidad de abordaje médico
Acudir a recursos no sanitarios (familia, amistades, pareja, servicios sociales, etc.) en el afrontamiento de ciertos problemas vitales
Paciencia terapéutica
Reconocer las limitaciones de la ciencia médica y de sus profesionales admitiendo que: <ol style="list-style-type: none"> 1. No hay diagnóstico y tratamiento para todo 2. Cuando lo hay, no siempre cura, ni es inmediato ni es infalible 3. Además comporta un riesgo
No descargar en el sistema sanitario y sus profesionales problemas ajenos a sus funciones y competencias
Considerar cierto grado de frustración, sufrimiento e incertidumbre como parte consustancial de la vida
Relativizar la información y mensajes sobre cuestiones médicas y de salud, previniéndose sobre sus posibles intereses ocultos
<i>Fuente: elaboración propia.</i>

En esencia, supone cuidar y autocuidarse, recuperar la responsabilidad sobre la propia salud física y mental y disipar la idea taumatúrgica sobre la Medicina y el sistema sanitario, utilizándolos con mesura. Pero también se hace necesario ya retomar una cultura más tolerante con las molestias físicas y psíquicas, inevitables e inherentes a unos cuerpos imperfectos y a una vida finita.

Médicos, investigadores y académicos. La prevención cuaternaria

Son muchas también las formas en que los médicos pueden disminuir la medicalización de la vida. En la Tabla 9 se detallan algunas.

Pero nos interesa detenernos en una: la prevención cuaternaria. Podría pensarse que es un neologismo; no obstante, está aceptado por el *WONCA International dictionary for general/family practice* y fue acuñado en 1985 por el médico belga Marc Jamaille y se correspondería con un nivel de prevención que evita o atenúa las consecuencias de una actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario⁴².

Tabla 9. Actuaciones de los profesionales sanitarios para disminuir la medicalización de la vida

Proporcionar información útil y objetiva sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Síntomas, evolución y pronóstico 2. Alternativas 3. Efectos secundarios y riesgos
Recomendar hábitos de vida saludables, especialmente sobre dietas y ejercicio
Limitar la práctica de la medicina defensiva
Devolver al paciente a su médico de familia lo antes posible
Reconducir demandas no médicas a su ámbito natural: familiar, social, laboral, etc.
Aceptar la limitación de conocimientos
Prudencia y minimalismo terapéutico. Recuperar la espera terapéutica y el <i>primum non nocere</i>
Resistirse al mimetismo terapéutico (hacerlo porque lo hacen los demás)
Revisar periódicamente la historia clínica y los informes de otros servicios y especialidades
Perseguir la alianza terapéutica. Conseguir más la adherencia voluntaria al tratamiento que su cumplimiento impositivo
Poner límite a las presiones de la industria, de la administración sanitaria, de los usuarios y de otros sectores y grupos de interés
Asumir el riesgo e incertidumbre propios de la práctica clínica
Relativizar lo que se presenta como evidencia científica
Asumir las limitaciones de acceso a un conocimiento inabarcable de por sí
Suspender tratamientos cuando hay indicios de que puedan ya no ser necesarios
No minimizar los riesgos de los tratamientos o sus posibles perjuicios para la salud o calidad de vida de los pacientes
Poner límites a peticiones administrativas y burocráticas excesivas o irracionales por parte de pacientes o de terceros
Aumentar la transparencia y objetividad de las decisiones clínicas
No discriminar a los pacientes o los trastornos terapéuticamente menos agradecidos
No dejarse fascinar por las nuevas tecnologías. Prudencia ante las innovaciones y descubrimientos científicos
<i>Fuente: elaboración propia.</i>

En la Figura 4 la ubicamos dentro del resto de niveles de prevención sanitaria.

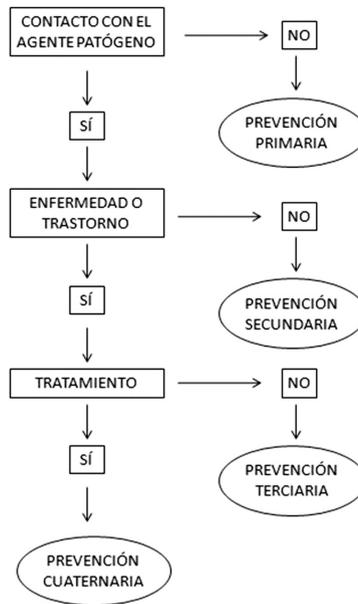
La prevención cuaternaria bien puede resumirse en la cita de Celso (II siglo a.C.) referida por Morell y cols.: “Es menester no ignorar que los medicamentos tomados en brebajes no siempre resultan útiles a los enfermos, y que habitualmente perjudican a las personas sanas”²⁶. En este mismo sentido se expresa Juan Gervás al afirmar que “la Medicina puede hacer mucho bien, pero también mucho daño, más por acción que por omisión”⁴³.

Valga un ejemplo: los efectos secundarios de los medicamentos suponen la cuarta causa de muerte en Estados Unidos, tras el infarto de miocardio, el cáncer y el ictus⁴⁴.

Incluso la cultura popular sabe de los riesgos del peregrinaje de un paciente de un médico a otro: “un médico cura, dos dudan y tres matan”. Por tanto, cuanto más ajustado a las estrictas necesidades sea el contacto con el sistema sanitario, mejor.

La prevención cuaternaria persigue, precisamente, minimizar los riesgos y los daños producidos por un exceso de actuación sanitaria en los individuos y en las sociedades. Evitar, en definitiva, que un paciente (ciudadano que demanda una atención sanitaria) se convierta en un enfermo (¿quién dijo aquello de que una persona sana es un enfermo sin diagnosticar?).

En el ámbito de la Salud Mental, en esta prevención cuaternaria se integran actuaciones como el no tratamiento propuesto por Iván Ortiz Lobo⁴⁵. Este tipo de intervención parte de la realidad, ya mencionada, de la alta proporción de demanda sin patología en los centros de Salud Mental y que, en parte, explica que en torno a la mitad de los pacientes se den de alta en la

Figura 4. Niveles de prevención sanitaria

Fuente: elaboración propia.

primera entrevista. Por tanto, es una intervención frecuente que, en unos 15-50 minutos, significaría la demanda planteada por el paciente, devolviéndole su condición de persona sana y comunicándole el alta.

Administración sanitaria

Al igual que con las anteriores, listamos en la Tabla 10 algunas de las maneras en que la Administración sanitaria puede ayudar a minimizar el fenómeno de la medicalización.

En resumen, cumplir con la función reguladora e inspeccionadora que le es propia, planificar y gestionar eficientemente sus recursos, concienciando a los ciudadanos sobre su uso y sobre su propia salud y abandonando su actitud sobreprotectora y paternalista (en este sentido, hay incluso sociedades médicas que recomiendan recuperar la tan denostada automedicación para los procesos más conocidos y menos graves -catarros, fiebres, dolores y molestias leves, etc.-)⁴⁶.

Industria farmacéutica

Bastaría con dos acciones por parte de la industria farmacéutica para disminuir significativamente la medicalización de la vida:

1. Cumplimiento de la legislación vigente en todas las materias que le afectan.
2. Cumplimiento de los códigos de buenas prácticas que le son de aplicación.

Estas acciones servirían también para evitar multas como la que en julio de 2012 acordó abonar extrajudicialmente GlaxoSmithKline (GSK) al gobierno de Estados Unidos, por el que

Tabla 10. Actuaciones de la Administración sanitaria para disminuir la medicalización de la vida

Velar por el cumplimiento de la legislación vigente en materia de investigación, promoción, seguridad y uso de tecnologías sanitarias
Adaptar la cantidad y ritmo de la incorporación de las nuevas tecnologías sanitarias en base a su eficiencia
Vigilar y sancionar usos inadecuados
Despolitizar asuntos sanitarios
Disminuir la presión asistencial (cupos de pacientes) de sus profesionales
Fomentar el acceso y uso de información científica
Mejorar los tiempos de atención
No sobrecargar de trabajo administrativo a los profesionales clínicos
No fomentar falsas expectativas sobre la oferta y los resultados del sistema sanitario y sus profesionales
No crear oferta innecesaria (centros hospitalarios y ambulatorios, unidades, servicios, programas, etc.)
No alarmar sobre enfermedades
No caer en campañas interesadas
Potenciar el uso sensato y adecuado de los servicios
Mejorar la coordinación para evitar duplicidades y iatrogenias en el sistema sanitario
Evitar políticas incoherentes y erráticas
Facilitar el acceso a una formación e investigación independientes
Proporcionar información clara, sencilla, completa y objetiva a sus profesionales y usuarios
Disminuir la hipocondria social
<i>Fuente: elaboración propia.</i>

éste consideraría el mayor fraude sanitario del país. Los 3.000 millones de dólares acordados provienen de la promoción ilegal de los antidepresivos *Praxil*[®] y *Wellbutin*[®]. *Praxil*[®] se promocionó para su uso con menores de edad sin poseer autorización para ello, mientras que *Wellbutin*[®] se promocionaba también sin autorización para perder peso o para disfunción sexual. La promoción también incluía compensaciones a médicos o publicaciones pseudocientíficas en revistas médicas, utilizando instrumentos como el *ghost writing* (firma por un líder de opinión científica de artículos redactados por el laboratorio propietario de la patente). Un tercer medicamento contra la diabetes, *Avandia*[®], completaba la lista de prácticas fraudulentas de este laboratorio farmacéutico. Este acuerdo se suma a otros, también multimillonarios, de compañías como Pfizer, que abonó 2.300 millones de dólares en 2009 por motivos semejantes⁴⁷ o el de 1.415 millones de dólares de Lilly en 2008⁴⁸.

Medios de comunicación

Nos serviremos del criterio de periodistas especializados como Gonzalo Casino para conocer sus recomendaciones de actuación para mejorar la información científico-médica a través de los medios de comunicación³⁹ (Tabla 11):

Reflexión final

No podemos finalizar este capítulo sin recoger algunas reflexiones que resumen la mejor forma que la Medicina tiene de disminuir esta medicalización. Así, en último término, para algunos, lo que realmente hay que hacer es redescubrir los objetivos de la Medicina: promocio-

Tabla 11. Recomendaciones para la divulgación de información científica en los medios de comunicación

Aclarar si los descubrimientos científicos sobre los que se informan son o no realmente una novedad
No omitir si estas innovaciones están en experimentación, en qué fase se encuentra y con quién se está experimentando
Cuantificar sus beneficios reales
Identificar las ventajas e inconvenientes de las alternativas al nuevo tratamiento
Valorar objetivamente el peso de la evidencia científica
Describir los riesgos y los efectos adversos
Utilizar fuentes independientes
No basarse en las notas de prensa
Informar de los costes del tratamiento
No contribuir a la exageración de los datos epidemiológicos
Explicitar posibles conflictos de intereses
Evitar el lenguaje sensacionalista
Evidenciar la incertidumbre constante de la ciencia
<i>Fuente: Casino G³⁹.</i>

nar la salud y prevenir la enfermedad; aliviar el dolor y el sufrimiento; asistir a los pacientes incurables, evitar la muerte prematura y promover la muerte en paz como parte inevitable de la vida⁴⁹. Para otros, la forma de conseguirlo es a través del razonamiento causal, de las habilidades clínicas, de la experiencia, del sentido común y del *primum non nocere* en un entorno de humanismo, sensibilidad y afecto⁵⁰.

Bibliografía

1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: OMS: 1946. (Consultado 5 de julio 2012). Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
2. Meador C. The art and science of nondisease. *N Engl J Med.* 1965;272:92-5.
3. Illich I. Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona: Barral Editores; 1975.
4. Payer L. Disease mongers: how doctors, drug companies and insurers are making you feel sick. New York: Willey and Sons; 1992.
5. Smith R. In search of non disease. *BMJ.* 2002;324:883-5.
6. *Plos Medicine.* 2006(3)Issue4:e191-e213.
7. Cochrane AL. Efectividad y eficiencia. Barcelona: Asociación Colaboración Cochrane Española; 2000.
8. Pérez-Ciordia I. Las “no enfermedades” y la medicalización. *Jano.* 2011;00:73-6.
9. Fonseca-Pedrero E, Santarén-Rosell M, Lemos-Giraldez S, Paino M, Sierra-Baigrie S, Muñiz J. Síntomas psicóticos subclínicos en población general adolescente. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39:155-62.
10. Lozano C, Ortiz A, González R. Análisis comparativo de los pacientes con o sin trastorno mental diagnosticable. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2011;31:421-35.
11. Adán-Manes J, Ayuso-Mateos JL. Sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria: un fenómeno en auge. *Aten Primaria.* 2010;421:47-9.
12. Frances A. Opening Pandora's Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5. *Psychiatric Times.* 2010. (Consultado 5 julio 2012). Disponible en: <http://www.psychiatrictimes.com/dsm/content/article/10168/1522341>

13. The Lancet. Living with grief (editorial). *The Lancet*;2012;379:589.
14. Frances A. Diagnosing the D.S.M. *The New York Times*. May 11, 2012. (Consultado 6 julio 2012). Disponible en: http://www.nytimes.com/2012/05/12/opinion/break-up-the-psychiatric-monopoly.html?_r=1Diagnosing the D.S.M.
15. Berrios G. Psicopatología: pasado, presente y futuro. *Informaciones Psiquiátricas*. 2007;189. Publicación electrónica. (Consultado 6 julio 2012). Disponible en: <http://www.revistahospitalarias.org/info.htm>.
16. Orueta R, Santos C, González E, Fagundo EM, Alejandre G, Carmona J, et al. Medicalización de la vida (I). *Rev Clín Med Fam*. 2011;4:150-61.
17. Tizón JL. De los procesos de duelo a la medicalización de la vida. *Jano*. 2006;1618:58-60.
18. Gervás J. Trastornos mentales menores en atención primaria. La visión con un antropólogo marciano. En: Retolaza A (ccord.). *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: AEN; 2009.
19. Fernández de Sanmamed MJ, Marquet R, Reguant M, Zapater F. ¿Enfermos de salud? Reflexiones acerca de las nuevas demandas y las respuestas del sistema sanitario. CAMFIC-Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Documento electrónico. (Consultado 6 julio 2012). Disponible en: http://www.camfic.cat/CAMFIC/Seccions/GrupsTrellat/Docs/qualitat/enfermos_salud_cast.pdf
20. Ramos J. Medicalización del malestar. Alegato por una aproximación compleja para un minimalismo terapéutico. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2004;24:100-14.
21. Renduelles G. ¿Cuándo es bastante en salud mental? *Psiquiatría Pública*. 1996;8:367-73.
22. Smith R. Editorial. Why are doctors are unhappy? *BMJ*. 2001;322:1073.
23. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003;5:47-53.
24. Ortiz A. Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar. *Átopos*. 2008;7:26-34.
25. Peiró S. Médicos e industria farmacéutica. Para estar así, mejor casados. *Rev Calidad Asistencial*. 2009;24:47-50.
26. Morell Sixto ME, Martínez González C, Quintana Gómez JL. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:491-512.
27. Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review. *JAMA*. 2003;289:454-65.
28. González J, Buñuel JC. Las conclusiones de los metaanálisis financiados por la industria farmacéutica deben ser interpretadas con prudencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008;10Supl 1:83-6.
29. Merino A, Miguel F, Sanz R. Yo medicalizo, tú medicalizas, él...: reflexiones y propuestas. *AMF*. 2005;1:269-78.
30. Lavilla A. Bioética: una disciplina necesaria en la formación científica. *Revista de Bioética y Derecho*. 2011;22:36-47.
31. Puig-Junoy J, Llop J. Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos. Documento de trabajo nº50/2004. Fundación Alternativas. 2004. Documento de trabajo nº50/2004.
32. Meneu R. Las "no enfermedades". *AMF* 2005;1:123-4.
33. Gervás J, Pérez-Fernández M. El auge de las enfermedades imaginarias. *FMC*. 2006;13:109-11.
34. Ortiz A, De la Mata I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Átopos*. 2004;2.
35. Farmaindustria. Código Español de Buenas Prácticas de Promoción de Medicamentos y de Interrelación de la Industria Farmacéutica con los Profesionales Sanitarios. Edición 2010. (Consultado 6 julio 2012). Disponible en: <http://www.farmaindustria.es>.

36. Farmaindustria. Código Español de Buenas Prácticas de Interrelación de la Industria Farmacéutica con las Organizaciones de Pacientes. Edición 2011. (Consultado 6 julio 2012). Disponible en: <http://www.farmaindustria.es>.
37. IFPMA. Código IFPMA de Buenas Prácticas 2012. Ginebra: IFPMA; 2012.
38. De la Gándara JJ, Álvarez MT. Patologías emergentes en Salud Mental. ¿Modas, enfermedades o trastornos psicosociales? SEMERGEN. 2004;30(Supl.1):12-6.
39. Casino G. Los medicamentos en los medios de comunicación, evaluación crítica de la situación actual. En: Baños JE, Bigorra J (coord.). La proyección social del medicamento. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2007.
40. Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet*, 1971;i:405-12.
41. De la Mata I, Ortiz A. La colonización psiquiátrica de la vida. *Archipiélago*. 2007;76:39-50.
42. Sáinz F, Talarn A. Prevención cuaternaria en salud mental Intercambios Psicoanálisis. 2009;23:59-67. [Revista digital]
43. Gervás J. Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. *Gac Med Bilbao*. 2007;104:93-6.
44. Rodríguez-Salinas E. La píldora de la eterna juventud no existe, pero ya está en venta. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:379-82.
45. Ortiz A, Murcia L. La indicación de no tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: Retolaza A (coord.). *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: AEN; 2009.
46. Orueta R, Santos C, González E, Fagundo EM, Alejandre G, Carmona J et al. Medicalización de la vida (II). *Rev Clín Med Fam*. 2011;4:211-8..
47. El País, 3 de julio de 2012.
48. Medrano J, Pacheco L, Zardoya MJ. Uso no autorizado de psicofármacos. El nuevo Real Decreto 1015/2009. *Norte de Salud Mental*. 2009;35:79-88.
49. Quintana O. Los objetivos de la medicina. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18:132-5.
50. Fernández-Samos R. El lado oscuro de la evidencia. *Angiología*. 2010;62:167-8.