

Disease mongering y la epidemia de la depresión: una revisión histórica del desarrollo del tratamiento psiquiátrico de la depresión y su relación con el proceso de promoción de enfermedades

Alberto Monterde Fuertes. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea
Recibido 09/01/2022

Resumen

Desde mediados del siglo XX ha aumentado progresivamente la incidencia y prevalencia de la depresión y se ha llegado a considerar que existe una epidemia de depresión. Los autores que han analizado esta idea consideran que la evidencia no avala tales extremos, pero señalan diferentes factores explicativos propios del desarrollo histórico de la psiquiatría, de su situación interna y de su relación con la sociedad. Tales explicaciones guardan similitud con las características propias de un proceso de *disease mongering* que se define por ampliar las fronteras de la enfermedad para expandir los mercados. Mostraré como una revisión del desarrollo histórico de la psiquiatría, en relación con estas posibles hipótesis explicativas, permite afirmar que ciertas actitudes o situaciones han podido fomentar un proceso de *disease mongering* asociado a intereses privados y valores de los agentes relevantes en el desarrollo de la psiquiatría en cuestiones como: creación de un método diagnóstico, innovación farmacológica y regulación de nuevos fármacos. Sin embargo, debido a limitaciones conceptuales o epistémicas, no se puede realizar una afirmación más fuerte.

Palabras clave: *disease mongering*, medicalización, psiquiatría, historia de la psiquiatría, epidemia de depresión.

Abstract

Disease mongering and the epidemic of depression: a historical review of the development of psychiatric treatment of depression and its relationship with disease promotion

Since the mid-twentieth century there has been a progressive increase in the incidence and prevalence of depression. Some authors analyzed this idea and considered that the evidence does not allow the current situation to be considered epidemic. The same authors consider several factors that are explanatory for the current situation. These possible explanations are like the characteristics of a disease mongering process, which is defined as widening the boundaries of treatable diseases to expand markets. I will show how a review of the historical development of psychiatry, in relation to these possible explanatory hypotheses, allows us to affirm that certain attitudes or situations could have promoted a process of disease mongering. However, due to limitations such as conceptual issues with the idea of disease mongering, a stronger claim cannot be realized.

Key words: Disease Mongering, Medicalization, Psychiatry, History of Psychiatry, Epidemic of Depression.

Disease mongering y la epidemia de la depresión: una revisión histórica del desarrollo del tratamiento psiquiátrico de la depresión y su relación con el proceso de promoción de enfermedades

Alberto Monterde Fuertes. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea
Recibido 09/01/2022

§ Introducción¹

En las últimas décadas la incidencia y la prevalencia de la depresión han aumentado (Kovess *et al.*, 2004; Liu *et al.*, 2020). Como consecuencia, la depresión es el problema de salud que más años vividos en discapacidad causa (Smith, 2014), y la responsable de que 800 000 personas se suiciden al año entre las edades de 15 y 19 años; lo que convierte a la depresión en la primera causa de muerte en este grupo poblacional (World Health Organization, 2020). Una tendencia similar ha sucedido desde 1970 respecto al aumento del uso y venta de antidepresivos (Shorter, 2008).

Debido a esta situación, a veces se llega a considerar que existe una epidemia de depresión (Baxter *et al.*, 2014; Martín, 2018; Stucci-Portocarrero, 2017; Wakefield y Damazeux, 2016; Wright, 2016). Varios autores han analizado esta idea (Baxter *et al.*, 2014; Hidaka, 2012; Mulder, 2008; Rose, 2006; Stucci-Portocarrero, 2017; Summerfield, 2006; Wakefield y Damazeux, 2016; Withaker, 2018), y también su relación con el uso de antidepresivos (Rose, 2006; Summerfield, 2006), pero las revisiones sobre los datos de prevalencia e incidencia no parecen afirmar tal epidemia (Baxter *et al.*, 2014; Stucci-Portocarrero, 2017). No obstante, algunos de estos autores se señalan ciertos factores que permiten explicar esta situación: el rol de los medios y un mayor conocimiento de

¹ Este artículo surge de un trabajo de investigación desarrollado para el Trabajo de Fin de Master del Máster de Estudios de la Ciencia, Tecnología e Investigación de la Universidad de Salamanca (USAL). Quiero agradecer a la profesora Ana Cuevas Badallo (USAL) por tutorizar ese trabajo de investigación, sus comentarios durante su realización y que se tomara el tiempo para leer y compartir sus ideas sobre este artículo.

los problemas mentales, el desarrollo del estilo de vida moderno, la redefinición de los límites entre la patología mental y la normalidad o intereses económicos de las empresas farmacéuticas (Baxter *et al.*, 2014; Mudler, 2008; Rose, 2006; Stucci-Portocarrero, 2017; Summerfield, 2006). Estas posibles explicaciones, por definición, se asemejan a características propias del proceso de *disease mongering* (o promoción de enfermedades), definido como: «*widening the boundaries of treatable illness in order to expand markets for those who sell and deliver treatments*» (Moynihan, Heath y Heanry, 2002: 996).

Partiendo de que ciertas características de las posibles hipótesis explicativas se asemejan a un proceso de *disease mongering*, realizaré un análisis del desarrollo histórico de la psiquiatría con el objetivo de dilucidar si en su desarrollo se ha incurrido en cuestiones o características propias de dicho proceso. La idea del artículo es realizar una revisión histórica que permita aclarar si el sistema que conforma la psiquiatría ha promovido actitudes que pudieron desencadenar este proceso. Para lograr dicho objetivo, en la sección 1 se introducirá y relacionará la idea de *disease mongering* con otras ideas relevantes como la característica *enigmática* de la situación actual que desarrolla Robert Withaker (2018). Para ello se partirá de los diferentes estudios que analizan el caso comentado. Antes de realizar dicho análisis, en la sección 2 comentaré brevemente unas cuestiones metodológicas sobre la literatura consultada y su posible influencia en la revisión y el argumento general. En las secciones 3 a 5 se desarrollarán las narrativas relevantes a la historia de la psiquiatría para el caso actual. Para estas secciones se tomará como referencia a sociólogos/as, historiadores/as de la psiquiatría y autores/as pertenecientes al mundo de la psiquiatría que evalúan y analizan críticamente las narrativas sobre el desarrollo del diagnóstico (Healy, 2004; Shorter, 1998 y 2008; Horwitz y Wakefield, 2007) (sección 3); el descubrimiento y evolución de los antidepresivos (Healy, 1987, 2004 y 2014; Kirsch, 2010; Milhouse y Porter, 2015; Moncrieff, 2008 y 2013) (sección 4) o regulaciones en torno a los psicofármacos y su efecto en el cambio de nicho hacia la depresión (Healy, 2004; Horwitz, 2010; Shorter, 2008) (sección 5). Por último, la sección 6 sirve como conclusión. En este último apartado argumento que hay hechos, motivos e intereses presentes en la historia de la psiquiatría que permiten afirmar que el sistema que conforma a la psiquiatría ha podido fomentar el desarrollo de un proceso de promoción de enfermedades. Pero,

también comento las limitaciones conceptuales o epistémicas que no permiten realizar una afirmación más fuerte.

§ 1. *Disease mongering* y la epidemia de la depresión

En las últimas décadas la incidencia de depresión ha aumentado en las sociedades occidentales. Esta tendencia comenzó entre los intervalos de 1960-1975 (Kovess *et al.*, 2004). A nivel mundial aumentó un 49,86% entre el periodo de 1990-2017, con regiones que se mantuvieron estables (Liu *et al.*, 2020). Además, parece que en Occidente la depresión sucede cada vez a edades más tempranas (Kovees *et al.*, 2004). Frente a estos datos y tendencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamaba la atención en 2001 debido al incremento de la incidencia.

En 2001 la OMS estimaba que el 25% de la población del mundo sufriría de un problema de salud mental o neurológico y que 450 millones de personas sufrían de estos problemas. Por aquel entonces, la OMS estimaba que la carga de la depresión aumentaría un 5,7%, siendo para el año 2020 la enfermedad que cause más años de vida perdidos por discapacidad o muerte prematura (World Health Organization, 2001). En 2014 la depresión ya era la responsable de más años vividos en discapacidad que cualquier otro problema de salud (Smith, 2014). Y en 2020 la situación se tradujo en que la depresión fue la principal causa de muerte entre los 15 y los 29 años, siendo responsable de que 800 000 personas se suicidaran al año (World Health Organization, 2020).

Hay quienes consideran que la carga global de las enfermedades mentales se subestima en torno a un tercio (Vigo, Thronicoft y Atun, 2016). Esta idea no es tampoco una locura a descartar, y quizás se deba a falta de personas diagnosticadas o porque realmente estos problemas son más comunes de lo que pensamos. Por ejemplo, Ronald Kessler y colaboradores consideraban a mediados de la década de los 2000 que la mitad de los estadounidenses cumplían los criterios de diagnóstico del DSM-IV en algún momento de su vida (Kessler *et al.*, 2005). Otro ejemplo es un reciente estudio prospectivo a 40 años que concluía que el 85% de las personas habrán cumplido los requisitos de al menos un diagnóstico psiquiátrico a los 45 años (Caspi *et al.*, 2020).

En respuesta a estos datos y tendencias, se han planteado varias hipótesis explicativas. Una de ellas es la desarrollada por Robert Withaker en su libro *Anatomía de una epidemia* (Withaker, 2018). Withaker considera que la situación actual se explica por un proceso de lucha de intereses entre los propios psiquiatras y las empresas farmacéuticas. Withaker argumenta que las empresas farmacéuticas se aprovecharon de los psiquiatras mediante programas de entrenamiento, marketing y comisiones por venta de fármacos que fomentaban el consumo de antidepresivos. A su vez, la American Psychiatric Association apoyaba este tipo de estrategias. Todo esto sucedía a pesar de que los conocimientos sobre los antidepresivos, su seguridad, hipótesis y eficacia planteaban serias dudas sobre su validez científica (Withaker, 2018).

Previamente a este análisis, Withaker desarrolla la idea del enigma sobre las enfermedades mentales. Este enigma surge de la contradicción entre los avances en psiquiatría y el crecimiento de la incidencia de los problemas mentales desde la institucionalización y desarrollo de la psiquiatría. Según este enigma, cabría esperar que el desarrollo, mejora y aumento de los tratamientos, recursos y conocimiento de problemas mentales como la depresión llevara a una menor incidencia, prevalencia y uso de los psicofármacos. Sin embargo, no parece ser así porque no sólo se han alzado voces respecto al aumento de la incidencia de la depresión y su posible caracterización como epidemia; también hay autores que comentan, critican o analizan el diagnóstico excesivo de la depresión y sobreuso de los psicofármacos (Parker, 2007; Spence, 2003), cuyas ventas también han aumentado exponencialmente desde la segunda mitad del siglo XX (v. Olfson *et al.*, 2002; Shorter, 2008).

Sin embargo, esta no es la única hipótesis para explicar la situación actual. Algunos autores señalan que situaciones socioeconómicas como la crisis económica del 2008 están ligadas al aumento de problemas mentales (McInerney, Mellor y Nicholas, 2013). A esta hipótesis habría que sumar la actual crisis del COVID-19 que también ha supuesto un aumento en los problemas mentales en general y la depresión en particular (Wu *et al.*, 2021). También hay quien señala, a este mismo nivel, que una hipótesis válida es que el propio desarrollo socioeconómico de la Modernidad haya favorecido una situación y entorno de vida que propicia el desarrollo de problemas mentales como la depresión (Hidaka, 2012). Otros factores pueden ser el mayor conocimiento por parte de la sociedad de cuestiones relevantes sobre la salud mental

o los propios problemas mentales, el envejecimiento de la población, empeoramiento de la situación social e inquietud o incertidumbre a nivel social, problemas conceptuales en la investigación, el rol los medios de comunicación o de los propios psiquiatras (Rose, 2006; Baxter *et al.*, 2014; Stucci-Portocarrero, 2017).

Nikolas Rose (2006), quien examina la expansión del uso de los diagnósticos y tratamientos farmacológicos en psiquiatría apoyándose, entre otros, en el caso de la depresión, considera que se puede afirmar que se está llevando a cabo una psiquiatrización de problemas que se encuentran al borde entre respuestas *normales* y patológicas. Rose señala que de los posibles factores que explican la situación actual son el desarrollo histórico de la psiquiatría y los cambios en el contexto cultural sobre lo que se considera normal, el uso extendido de los diagnósticos y el *Big Pharma* o los intereses económicos de las farmacéuticas. Otros autores también señalan que la psiquiatría se ha movido en la dirección de la patologización de lo normal o la medicalización de la angustia (*distress*) (Horwitz y Witaker, 2007; Mudler, 2008).

En el *abstract* de dicho artículo Rose indica que el proceso de *disease mongering* se ha señalado como un factor explicativo de esa situación. Se entiende por *disease mongering* el proceso que se caracteriza por: «*widening the boundaries of treatable illness in order to expand markets for those who sell and deliver treatments*» (Moynihan, Heath y Henry, 2002: 886). Aunque Rose no explore esta idea de forma explícita como un factor explicativo válido para la situación que analiza, si hay ciertas cuestiones que menciona que guardan similitudes con la idea de *disease mongering* o promoción de enfermedades.

El proceso de *disease mongering* se caracteriza por la medicalización, a veces con su consecuente patologización, de situaciones previamente consideradas normales (Moynihan, 2012). Esta es la misma idea que Rose (2006) desarrolla bajo el término de *psiquiatrización* cuando considera que se puede estar dando un proceso por el cual se medicalizan y tratan problemas de salud que están en las fronteras de lo *normal* y lo patológico. Además, parece que en el caso de la depresión, las farmacéuticas han actuado siguiendo sus intereses al desarrollar campañas de marketing que han impulsado el uso de antidepresivos. Estas campañas se han traducido en el aumento de los ingresos de las farmacéuticas por la venta de antidepresivos (v. Shorter, 2008; Abraham, 2010). El uso económico de estas tecnologías y buscar el apoyo y extensión

de las mismas a través de herramientas de marketing también es una característica del proceso de *disease mongering*, incluso el uso instrumentalista de las etiquetas de diagnóstico o la creación de etiquetas de diagnósticos para sacar fármacos al mercado (Moynihan, Heath y Henry, 2002; Moynihan y Henry, 2006; Moynihan, 2012; González-Moreno, Saborido y Teira, 2015).

Santiago Stucchi-Portocarrero analiza la idea de la epidemia de la depresión y su posible existencia. Stucchi-Portocarrero también señala que uno de los factores explicativos para la situación actual está en la redefinición de los límites entre la patología mental y la normalidad (Stucchi-Portocarrero, 2017). Este autor considera que el aumento paulatino de las clasificaciones diagnósticas del *Manual de diagnóstico estadístico* (DSM por sus siglas en inglés) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) podría haberse vuelto más inclusivas en algunos trastornos. Un ejemplo de esta situación se da en el *DSM-V*, que abre la puerta a la posible medicalización de situaciones de pérdida o duelo al no estar incluidas como una explicación para la depresión (Stucchi-Portocarrero, 2017). Además, este autor también le da importancia al rol que la industria farmacéutica ejerce sobre los prescriptores (Stucchi-Portocarrero, 2017).

64

Sin embargo, tanto Santiago Stucchi-Portocarrero (2017) como Amanda Baxter y colaboradores (2010), quienes también analizan la idea de la hipótesis de la epidemia de la depresión, consideran que no existe tal epidemia. Ambos estudios señalan a procesos de origen sociotécnico o de interrelación entre sociedad y tecnociencia, que pueden explicar la situación actual —en el caso de Baxter y colaboradores hay que señalar que los propios autores comentan que, a pesar de que su análisis de los datos muestre que no hay un aumento de la incidencia, esto puede deberse a la heterogeneidad de los datos y los estudios. Como estos procesos parece que a priori guardan similitudes con la definición de *disease mongering*, considero que es necesario realizar un análisis histórico del desarrollo de la psiquiatría. El objetivo de este análisis es observar si en el mismo desarrollo se han dado factores que fueran el desencadenante o propiciaran desencadenar un proceso de *disease mongering*.

§ 2. Nota metodológica sobre la revisión histórica del desarrollo de la psiquiatría para el caso de la depresión

Antes de realizar dicho análisis me veo en la necesidad de realizar un par de notas aclaratorias. En primer lugar, 1) considero que el análisis histórico es adecuado para el caso actual porque la propia idea de *disease mongering* señala que la promoción de enfermedades es un proceso, lo que significa que se trata de una situación que se da a través de un desarrollo o periodo temporal en el cual se amplían las fronteras de la enfermedad para tratar cuestiones previamente no medicalizadas (Moynihan *et al.*, 2002, 2006; Moynihan, 2012). Por otro lado, 2) la idea de *disease mongering* también supone que son múltiples agentes o factores los que, en su interacción y acción, confluyen para llegar a un punto en el que las fronteras de la enfermedad se amplían lo suficiente para medicalizar estados previamente considerados normales y, por lo tanto, poder tratarlos mediante fármacos o intervenciones médicas (Moynihan *et al.*, 2002 y 2006; Moynihan, 2012). Esto implica que, al contrario de lo que se tiende a argumentar, no es sólo un problema de que las farmacéuticas sean intencionalmente las malas de la película, influyendo sobre los psiquiatras a quienes les tocaría ser los feos, mientras que los pacientes se mantienen siempre del lado de los buenos. Sino que se pueden dar factores no intencionales en el desarrollo de la situación actual, aunque haya habido acciones intencionales.

Por tanto, un análisis histórico no sólo permite dilucidar si se han dado factores en el desarrollo de la psiquiatría que hayan podido desencadenar un proceso de *disease mongering*, también permite explicitar quiénes han sido los agentes relevantes en ese proceso y cómo de intencionales han sido sus actuaciones. Por tanto, busco ofrecer una imagen más amplia de la que se tiende a mostrar sobre la medicalización y la situación enigmática, usando para ello el caso de la depresión. Además, la validez del análisis para el caso de la depresión es independiente de si realmente existe una epidemia de la depresión o no, ya que sí que parece existir 1) un aumento del uso de antidepresivos (Kirsch, 2010; Olfson *et al.*, 2002; Shorter, 2008) y 2) una evolución en la definición de lo que se considera depresión (Horwitz & Wakefield, 2007; Horwitz, 2010; Shorter, 2008). Por tanto, el análisis podría mantenerse igualmente en cuestiones de diagnóstico y uso de fármacos a pesar de que no se mantuviera en nivel epidemiológico.

Por otro lado, repasar la historia de la psiquiatría con la intención de dilucidar si en ella se han dado factores o cuestiones que pueden haber favorecido o propiciado la emergencia de un proceso de promoción de enfermedades es una tarea ardua, harto compleja y contingente al estado de la práctica en cada país. Abordar este tema de forma adecuada y con la extensión que se merece requiere de un espacio del que aquí no dispongo. Por ello me centraré en los eventos que los historiadores, sociólogos de la psiquiatría y propios psiquiatras críticos con la práctica actual consideran relevantes para explicar la situación a analizar (v. Healy, 2004; Horwitz, 2010; Horwitz y Wakefield, 2007; Moncrieff, 2008; Shorter, 1998 y 2008). Esta literatura me limita a mostrar cuestiones y líneas generales más cercanas al caso estadounidense que al español o europeo —si se quiere conocer mejor la historia de la psiquiatría en España Huertas y colaboradores (2017) y Castilla del Pino (2007) son referencias por las que empezar.

No obstante, esto no limita ni desfavorece en exceso el análisis, la idea general o las conclusiones porque las farmacéuticas se centraron en el mercado estadounidense a partir de los años 70 por ser el nicho que podría ofrecer más beneficios. La atención extra prestada en el mercado estadounidense implica que los problemas y tendencias que surgían en EE.UU. tuvieron consecuencias para el desarrollo farmacológico en otras partes del mundo (Healy, 2004). Y, aunque en Europa se seguían líneas diferentes en cuestiones como perspectiva de conocimiento o diagnóstico, al final confluyeron una vez se extendió el uso de los psicofármacos y se publicó el *DSM-III* y se expandió el uso de ambos (Healy, 2004; Shorter, 1998).

De la revisión de los historiadores y sociólogos de la psiquiatría y de los psiquiatras críticos en torno al desarrollo de la psiquiatría y los antidepresivos he encontrado tres grandes cuestiones o narrativas que tienen características que pueden pertenecer a los orígenes del proceso de *disease mongering*. Estas se pueden resumir en: 1) la búsqueda de diagnósticos universales que dio vida al *DSM-III* como una respuesta institucional a las críticas y problemas internos de la psiquiatría; 2) el desarrollo de la psicofarmacología y las campañas de marketing desarrolladas por las empresas farmacológicas en torno a la idea de tratamientos específicos para la depresión, y 3) los cambios en las normativas de regulación de fármacos promovidas por la Food and

Drug Administration (FDA), que supusieron cambios en el estudio y la aprobación de nuevos fármacos.

§ 3. El desarrollo de los diagnósticos y *DSM-III* como respuesta institucional a las críticas

Estar de acuerdo con el diagnóstico en cualquier parte del mundo era una necesidad científica y técnica para la psiquiatría del siglo XX. Sin un diagnóstico universal no era posible investigar adecuadamente los nuevos fármacos, ni estar de acuerdo acerca del tratamiento y diagnóstico de los mismos síntomas, lo que implicaba problemas de consistencia interna. La historia del diagnóstico psiquiátrico comienza en el siglo XX con Jean-Etienne Esquirol quien, a partir de los descubrimientos de Aguste Bayle en 1920 sobre cambios característicos en el cerebro de individuos muertos por demencia paralítica, introdujo la idea de trastorno del estado de ánimo (Healy, 2004). Pero, el desarrollo del diagnóstico en términos modernos comenzó con Emil Kraepelin (Healy, 2004).

Kraepelin centraba el diagnóstico en el curso de la enfermedad, frente a los freudianos que se centraban en una etiología de significados y deseos patológicos que surgían del subconsciente (Horwitz y Wakefield, 2007). Partiendo de una distinción por la naturaleza del problema, Kraepelin agrupó todos los trastornos psiquiátricos en dos grupos: depresión-maníaca, que era un problema afectivo, y demencia precoz (que posteriormente pasaría a llamarse esquizofrenia), que no era afectiva (Shorter, 2008; Horwitz y Wakefield, 2007). El acercamiento de Kraepelin pretendía descubrir las entidades distinguidas de la enfermedad y acercar la psiquiatría a la medicina al ofrecer la posibilidad de desarrollar un método nosológico similar (Healy, 2004).

Richard Mayer siguió la corriente de Kraepelin y llevó su distinción categorial a EE.UU. Con el paso del tiempo se distanció de las ideas de Kraepelin y optó por una visión *biopsicosocial*, de interacción de la persona con su entorno, que era contraria a realizar diagnósticos porque consideraba que los problemas mentales no eran enfermedades (Healy, 2004). Sin embargo, a pesar de las nuevas ideas y de que Kraepelin había publicado varios libros de texto a principios del siglo XIX sobre el diagnóstico, casi nadie se interesó a nivel académico por este ámbito. Esto se debía a

las pugnas entre la psiquiatría biológica y otras perspectivas, pero, sobre todo, al auge del psicoanálisis en Estados Unidos. El psicoanálisis no veía interés en el diagnóstico porque consideraba que los problemas mentales se explicaban por una etiología basada en el conflicto en el subconsciente (Healy, 2004; Shorter, 2008).

Debido al avance y aumento de popularidad del Partido Nazi en Alemania, muchos psicoanalistas migraron a EE.UU., «*by the end of the war a majority of the world's analysts were based there*» (Healy, 2004, p. 140). La situación con la práctica clínica en EE.UU. fomentó que cuando se terminó la guerra la mayoría de los psiquiatras (más del 80%) se dedicaran a la práctica de oficina, y los extranjeros ocuparon las plazas en los asilos (Healy, 2004). Debido a esta situación, Karl y William Menninger comenzaron a expandir el psicoanálisis en EE.UU., tomando la delantera frente a otras perspectivas. La fuerza del psicoanálisis en EE.UU. llegó al punto de que en 1948 tres cuartos de los puestos del comité de la APA estaban cubiertos por analistas (Healy, 2004: 141). Sin embargo, el desarrollo de los psicofármacos en la década de 1950 imponía la necesidad de tener un diagnóstico riguroso para evitar problemas metodológicos en su estudio (Shorter, 1998; Healy, 2004). Por tanto, la visión etiológica del psicoanálisis suponía un problema (Shorter, 2008).

A inicios del siglo XX, la psiquiatría americana se apoyaba en los manuales como el *Statistical Manual*, que existían para tratar a los pacientes en los manicomios. Estos manuales surgieron como una necesidad administrativa de tener un registro de los trastornos y pacientes hospitalizados. Pero en la década de 1940, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) se propuso actualizar el diagnóstico. La salida de la psiquiatría a la comunidad, causada por el desmantelamiento de los manicomios y el auge del psicoanálisis realizado en la práctica privada, hizo que los primeros manuales quedaran obsoletos (Horwitz y Wakefield, 2007). Como resultado, en 1952 vio la luz el *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders-I* (DSM-I). Este manual diagnóstico era una mezcla entre conceptos del psicoanálisis y la perspectiva mayeriana, que entendía los problemas como reacciones de causa desconocida (no se consideraban enfermedades). Esto suponía que se centraba en los mecanismos subconscientes como etiología, dejando la biología de lado, y se entendían los problemas mentales como dificultades para adaptarse a problemas diarios (Horwitz y Wakefield, 2007; Healy, 2004).

Tras la revisión de esta primera edición, se publicó en 1968 el *DSM-II* que contenía más trastornos que la primera edición. Con la segunda edición se buscaba aumentar la confianza y proporcionar mejores diagnósticos para ayudar a los psiquiatras a elegir los fármacos que se comenzaban a introducir en el mercado (Healy, 2004, p. 170). Por un lado, fue un éxito porque satisfacía las necesidades de las aseguradoras, farmacéuticas y reguladores, ofreciendo unas entidades *claras* que permitían distinguir entre diversos trastornos para la investigación farmacológica y su tratamiento. Pero, por otro lado, era una ampliación del *DSM-I* teóricamente más cercana al psicoanálisis (Shorter, 1998).

Esta segunda edición fue revisada tiempo después por motivos de consistencia interna dentro de la psiquiatría. La OMS, que estaba trabajando en la octava versión del *International Classification of Disease (ICD)*, mostró que los psiquiatras soviéticos y estadounidenses diagnosticaban la esquizofrenia en exceso (World Health Organization, 1975 y 1979; en Shorter, 2008). El National Institute of Mental Health, de Reino Unido, también había mostrado que los psiquiatras británicos diagnosticaban como depresión lo que los estadounidenses consideraban esquizofrenia (Kramer, 1963; en Shorter, 2008). Estos problemas internos obligaban a revisar los conceptos de diagnóstico (Healy, 2004). Por ello, la actualización del *DSM-II* fue una cuestión burocrática con un objetivo claro: acercarse a la siguiente versión del ICD con la finalidad de introducir la psiquiatría en las clasificaciones de la OMS (Healy, 2004).

El *DSM-III*, publicado en 1980, supuso el éxito de la psiquiatría a la hora de acallar las críticas y los problemas internos, permitiéndole situarse como una disciplina científica a la altura de la medicina (Horwitz y Wakefield, 2007; Shorter, 1998). Para desarrollar el *DSM-III*, la APA contactó en 1973 a Robert Spitzer, psiquiatra que había revisado el *DSM-II* con la intención de eliminar la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales, para crear una comisión para la redacción del *DSM-III*. Spitzer creó un grupo formado por profesionales de la Universidad de Washington, en St. Louis, y el Instituto Psiquiátrico de Nueva York con la intención de redefinir el diagnóstico. Así, el *DSM-III* se convirtió en un documento político que intentaba poner tierra de por medio al conflicto entre diferentes perspectivas existentes en psiquiatría, las críticas a las entidades del diagnóstico, la investigación farmacéutica, el movimiento antipsiquiatría y la dificultad para distinguir entre una persona sana y

una considerada enferma mental (Healy, 2004; Horwitz y Wakefield, 2007; Shorter 1998 y 2008); todo mientras se buscaba producir un documento científico alejado del psicoanálisis (Shorter, 2008). El objetivo se logró apostando por un documento teóricamente neutro y aceptando las diferentes categorías diagnósticas que se proponían desde diferentes sectores (Healy, 2004; Horwitz y Wakefield, 2007; Shorter, 2008).

Este grupo tenía el mismo objetivo que Kraepelin: encontrar entidades de enfermedad natural que guiaran la investigación y el tratamiento. Pero, para ello era necesario la investigación, y para llevarla a cabo se necesitaban criterios operacionales que permitieran investigar las enfermedades psiquiátricas (Shorter, 1998). El grupo optó por los criterios de Feighner de la Universidad de St. Louis, que era un juego de criterios de investigación diagnóstica basados en el modelo de *menú chino*. Estos criterios partían de conceptualizar una clasificación ideal junto a unos criterios de diagnóstico que un paciente debe presentar para poder ser cualificado con un diagnóstico (Shorter, 2008: 153-163). Para el caso de la depresión en el *DSM-III* había que estar triste y presentar 5 de 8 síntomas posibles durante al menos un mes (Shorter, 2008).

70

Esta forma de diagnosticar supuso el inicio de la pérdida de una idea clara de depresión que permitiera separar un trastorno psiquiátrico de un problema causado por estrés a consecuencia de la vida cotidiana (Horwitz y Wakefield, 2007; Shorter, 2008). Previamente a esta distinción existía la idea de depresión con causa, relacionada con experiencias dolorosas, y sin causa, antiguamente llamada *melancolía* (Horwitz y Wakefield, 2007). Se consideraba que la melancolía se debía a un defecto interno que requería atención profesional porque no tenía causa que la explicara. Autores de la relevancia de Kraepelin o Mayer aceptaban esta distinción. Kraepelin entendía que la presentación de trastornos y casos normales —surgidos por complicaciones de problemas de la vida cotidiana— podía ser la misma, pero el contexto era lo que permitía diferenciarlos. Mayer creía algo similar por su acercamiento psicosocial, suponía que la diferencia estaba en cómo de desproporcionada fuera la reacción de tristeza (Horwitz y Wakefield, 2007: 94-100). Allan Horwitz y Jerome Wakefield argumentan en su libro *The Loss of Sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder* que en el *DSM-III* se perdió esta distinción tradicional, uniendo

ambas categorías y permitiendo clasificar la tristeza normal, que sirve una función biológica, como un problema mental (Horwitz y Wakefield, 2007).

Esta distinción no era necesaria en el *DSM-I* porque seguía una línea etiológica del psicoanálisis (Horwitz y Wakefield, 2007: 102-103). Algo similar sucedía en el *DSM-II* que reconocía la distinción entre respuesta proporcional y excesiva como dependiente de la etiología, del conflicto interno de la persona, pero no mencionaba los síntomas diferenciales de ambos. Sin embargo, en el *DSM-III* se abandonó y erradicó la distinción entre respuesta normal y excesiva, lo que suponía erradicar la distinción entre depresión con y sin causa (Horwitz y Wakefield, 2007). Este cambio comenzó en el *DSM-II* que abrió el abanico de trastornos de ánimo al separar la distinción de Kraepelin de depresión-maníaca en dos: depresiones y manías, surgiendo la idea de los trastornos mayores que eran sinónimos de psicosis (Shorter, 2008). Pero fue con los inicios del *DSM-III* y el origen del término *depresión mayor* cuando cambió la imagen de la depresión y permitió abrir la puerta a medicalizar condiciones que eran respuestas normales a las situaciones de las personas.

En 1975 surgió la idea de *depresión mayor*, que fue aceptada en 1978 tras años de problemas semánticos y conceptuales, como eliminar la idea de depresión endógena para referirse a depresión sin causa porque suponía un etiología específica (Horwitz y Wakefield, 2007; Shorter, 2008). Don Klein, quien era parte del grupo formado por Spitzer para desarrollar el *DSM-III*, pensaba que la idea de la lista de síntomas expandiría el diagnóstico de depression. Por ello, en 1979 le dijo a Spitzer: «*I think you are indeed leaning over backwards to insure that the affective disorders will be more frequently diagnosed*» (Clayton Papers, 1979, en Shorter, 2008). En 1985, Klein le repitió a Spitzer, tras acertar con su previsión: «*one of the more irritating consequences of DSM-III has been the plague of affective disorders that have descended upon us*». La incidencia de depresión mayor se dobló en EE.UU., subiendo de 3,3 en 1991-1992 a 7,1% en 2001-2002 (Williams Papers, 1984, en Shorter, 2008).

En el *DSM-IV* se añadiría el contrario de *depresión menor*, un concepto preventivo que indicaba en desarrollo de un problema mayor y no incluido en el *DSM-III* porque suponía ciertos problemas para las aseguradoras (Shorter, 2008: 158-161). Sin embargo, esta categoría no permitía distinguir claramente un estado patológico de uno no patológico. Por tanto, en el *DSM-IV* era más fácil que se dieran falsos positivos,

entendidos como confundir el trastorno con una respuesta normal, porque la diferencia entre depresión mayor y menor no era lo suficientemente clara por depender de los síntomas, no del contexto. Esto facilitaba que sólo se diagnosticara depresión mayor (Horwitz y Wakefield, 2007). Sin embargo, el problema de los falsos positivos aún sucede en el *DSM-V* y parece no haberse tomado en serio, según Wakefield (2015).

De este modo, la idea de depresión mayor diagnosticada a partir de la presencia de unos síntomas descontextualizaba el problema de la persona y permitía que problemas antes vistos como respuestas normales a dificultades cotidianas se convirtieran en medicalizables (Horwitz y Wakefield, 2007). No obstante, en los orígenes de esta situación no había la relación cercana entre farmacéuticas y APA o psiquiatras, esta relación surgió a posteriori. Parte del origen de la relación se debe a que el *DSM-III* introducía postulados del modelo médico tradicional en el diagnóstico, lo que permitía alinearse con la investigación de los psicofármacos (Healy, 2004; Shorter, 2008; Withaker, 2018). Lo que llevó a unir ambos agentes fue el tener intereses similares y querer esparcir y mantener la nueva visión por parte de la APA (v. Withaker, 2018).

§ 4. El desarrollo de la psicofarmacología, los inicios de una relación íntima

Antes de la introducción de los psicofármacos existían tratamientos *químicos* o basados en compuestos o plantas, como la belladona o la mandrágora, que eran conocidos y aplicados desde la Edad Media para problemas afectivos (Shorter, 2008). Pero la relación cercana con los psicofármacos, como los conocemos ahora, surgió a partir del siglo XIX en los manicomios u hospitales psiquiátricos. En los hospitales psiquiátricos había la necesidad de sedar a los pacientes, desde 1840 se empleaban con este fin diversos compuestos como: opiáceos, hioscina (antiespasmódico) y digitales o dedaleras (una hierba), para mantener a los pacientes calmados. En la segunda mitad del siglo XIX se usaban barbitúricos como el paraldehído (Healy, 2004), y en la primera mitad del siglo XX se desarrollaron varios tratamientos basados en terapias físicas como la lobotomía, *electroshock*, coma por insulina o cura del sueño, con mayor o menor aceptación y evidencia de efectividad (Shorter, 1998). Pero la situación cambió

radicalmente con el descubrimiento de la clorpromazina y la reserpina, los primeros fármacos para el manejo de la psicosis (Healy, 2004).

La idea general que surgió tras estos fármacos era que: «*before chlorpromazine, the propaganda is that the management of psychoses was not scientific, whereas afterward it was*» (Healy, 2004: 43). Edward Shorter (1998 y 2008) coincide con esta idea: fueron los tratamientos farmacológicos —y el *DSM-III*— los que otorgaron el rigor científico a la psiquiatría porque a través de ellos se acercaba a los métodos habituales de la medicina, ya instaurada e institucionalizada a nivel tecnocientífico y social. Esta narrativa suponía que nada de lo probado con anterioridad funcionaba, que eran los fármacos los encargados de aliviar el sufrimiento de los pacientes y darlos de alta de los hospitales psiquiátricos (Healy, 2004). Sin embargo, como ambos autores señalan, hay varios problemas en la narrativa sobre el éxito de los psicofármacos.

Las actuales farmacéuticas, en su día compañías de tintes, surgieron del cambio de nicho y desarrollo del mismo que surgió cuando se descubrió que se podían usar bacterias para teñir, y que estas podían ser modificadas con fines terapéuticos (Healy, 2004). En el inicio de estos cambios e investigación con las bacterias, se descubrió que compuestos derivados de esas bacterias tenían efectos antisépticos y analgésicos (Healy, 2004). Uno de ellos fue el metil azul, que ya se había probado como tratamiento psiquiátrico en la primera mitad del siglo XX y del que se derivó la clorpromazina y otros antihistamínicos que actuaban como sedantes (Healy, 2004).

Sin embargo, el descubrimiento de los primeros fármacos para la psicosis no se hizo buscando específicamente un sedante para pacientes psicóticos, sino que partió de la idea de optimizar los efectos estabilizantes en el sistema nervioso central que tenían los antihistamínicos (Healy, 2004: 77-130). Es decir, el descubrimiento del primer fármaco psiquiátrico, fue fruto de la serendipia: de encontrar algo por casualidad buscando otra cosa (Healy, 2004; Shorter, 1998 y 2008; Millhouse y Porter, 2015). Con los descubrimientos azarosos de los primeros tratamientos efectivos: «*the possibility abruptly opened up that psychiatry could become scientific*» (Healy, 2004: 107). Algo similar surgió con los primeros antidepresivos y con la teoría del desequilibrio químico en el cerebro que explicaba sus efectos.

El primer fármaco para la depresión, la iproniazida, clasificada como un inhibidor de monoamina oxidasa (IMAOs) porque inhibe la destrucción de los

neurotransmisores tras ser liberados en el hueco de la sinapsis (Kirsch, 2010), fue descubierta por los efectos de euforia, mejora de sueño y aumento de apetito que provocaba un fármaco contra la tuberculosis (Milhouse y Porter, 2015). El siguiente compuesto descubierto para el tratamiento de la depresión se derivó de la búsqueda de antipsicóticos más potentes que partían de la estructura de los antihistamínicos que habían dado lugar a la clorpromazina (Healy, 2004; Milhouse y Porter, 2015). Así se descubrió la imipramina, clasificada como un tricíclico por la estructura de sus moléculas (Kirsch, 2008) y probada por el doctor Ronald Kuhn en pacientes con depresión severa tras ver que no tenía propiedades antipsicóticas (Milhouse y Porter, 2015). La imipramina suponía una mejora en cuanto a los efectos secundarios de la iproniazida y sustancias anteriores usadas para tratar la depresión (Milhouse y Porter, 2015). Posteriormente, llegaron los inhibidores de la recaptación de la serotonina (SSRI) que bloqueaban la absorción de la serotonina presente en la sinapsis (Kirsch, 2008). Estos psicofármacos sí que fueron desarrollados específicamente buscando un tratamiento para la depresión que se apoyara en un principio activo relacionado con el nivel de serotonina en la sinapsis (Milhouse y Porter, 2015).

Sin embargo, mientras que el resto de los fármacos se desarrollaron a la par que se investigaba sobre sus mecanismos de acción, los SSRI surgieron cuando la teoría del déficit de monoaminas como mecanismo de acción de los fármacos e hipótesis causal de la depresión ya estaba establecida y aceptada (Milhouse y Porter, 2015). Y fue —en parte, ya que la otra parte se debe a las agencias reguladoras, que se tratará a continuación— la idea de depresión mayor, presente en el *DSM-III*, lo que permitió la investigación de los SSRI y asegurar el modelo biomédico en psiquiatría (Shorter, 2008). No obstante, el descubrimiento del mecanismo de acción de los fármacos se descubrió también por serendipia y a base de realizar investigación indirecta e inferencia cruzada (v. Healy, 2004; Kirsch, 2010: 88-100; Shorter, 2008).

La hipótesis inicial del desequilibrio surgió en la década de 1960 de la mano de Joseph Schildkraut, quien estaba investigando los efectos de los nuevos fármacos y comprobó que al dar reserpina se producía un déficit de noradrenalina que se revertía si se administraba IMOIs o tricíclicos (Kirsch, 2010; Milhouse y Porter, 2015). Pero fue a partir de la investigación en torno al LSD como se llegó a considerar a la serotonina como la molécula relacionada con la depresión. Esto se debió a que los investigadores

del National Institute of Health (NIH) consideraron que la serotonina jugaba un rol importante en mantener sanas a las personas, por tanto creían que tenía un rol importante en las enfermedades psiquiátricas (Healy, 2004; Shorter, 2008). Siguiendo esta lógica sobre la serotonina, Bernard Brodie, quien también estaba estudiando estas sustancias, descubrió que dar reserpina hacía que la serotonina disminuyera en cantidad. Arvid Carlsson, que llevaba un tiempo investigando sobre los neurotransmisores, descubrió que los tricíclicos prevenían que la serotonina se retirara de la sinapsis una vez se había soltado, aumentando la disponibilidad de serotonina en el cerebro (Shorter, 2008; Kirsch, 2010).

A la par que se sucedían estos descubrimientos en la década de los 50 y 60 del siglo XX, se comenzaron a encontrar cambios y bajos niveles de serotonina en los cerebros de los pacientes. Pero esta evidencia no era concluyente porque no tenía en cuenta si los pacientes habían tomado antidepresivos o no, y al hacer un mejor seguimiento de pacientes no se encontraba que existiera diferencia en los niveles de serotonina (Withaker, 2018: sección 5). Sin embargo, a pesar de no encontrar evidencias de niveles anormales de serotonina, de posteriores críticas a la teoría, de que científicos como Schildkraut consideraban a la hipótesis una gran simplificación y problemas empíricos sobre la evidencia de los tratamientos depresivos (v. Healy, 1987; Kirsch, 2010; Withaker, 2018), se extendió la idea de los antidepresivos como unas píldoras o balas mágicas: como tratamientos que manipulan las causas de la enfermedad con la finalidad de curarla (Withaker, 2018). Algo que no era afirmable con la evidencia que se tenía en el momento (Healy, 2004: 313-338; Withaker, 2018) —ni ahora (Kirsch, 2010; Moncrieff, 2013)— pero que fue posible gracias a la fuerza que ganó la idea de que estos fármacos eran tratamientos específicos o eran *anti* alguna enfermedad.

La idea de los antidepresivos no surgió directamente del descubrimiento del mecanismo de acción específica de los fármacos y de la hipótesis del déficit de monoaminas (Moncrieff, 2008). En un principio a los IMAOs se les consideraba energizantes por su efecto (Shorter, 2008), y se trataban problemas de depresión o relativos al estrés de la vida con estimulantes (Moncrieff, 2008). Incluso el primer fármaco psiquiátrico, la clorpromacina, no tenía prefijo *anti* y se la catalogó como neuroléptico en Europa (pero tranquilizante en EE.UU.) porque producía manifestaciones y cambios neurológicos (Healy, 2004). La idea de los antidepresivos

surgió en la década de los 50 y se aceptó rápidamente porque los psiquiatras creían que la depresión respondía a una terapia física específica: la terapia electroconvulsiva (Moncrieff, 2008). Por tanto, la idea del tratamiento específico ya estaba cuando se empezaron a desarrollar los primeros psicofármacos, a pesar de que algunas voces se alzaron contra esta idea (Moncrieff, 2008).

La propia idea de antidepresivos «*strengthened the notion that depression was an important and independent category of psychiatric disorder*» (Moncrieff, 2008: 2351), justificando afirmar la existencia distinguida de una entidad de enfermedad física para la depresión (Moncrieff, 2008). Por tanto, la idea de los antidepresivos desarrollada a partir de la investigación sobre el tratamiento, se comenzó a afianzar la idea de la depresión como una categoría genérica que señalaba a una entidad clara y distinguida (Moncrieff, 2008). Sin embargo, varios psiquiatras consideraban que el tratamiento sólo justificaba esta afirmación para el caso de la depresión endógena, y las condiciones leves se mantenían como respuestas a problemas de la vida no abordables con psicofármacos (Moncrieff, 2008).

No obstante, en la aceptación de la idea de los antidepresivos hay influencias que van más allá del desarrollo del conocimiento científico, el cual era problemático y hasta contradictorio cuando se comenzó a aceptar ampliamente la idea de *antidepresivo* (Healy, 1987; 2004; Kirsch, 2010; Moncrieff, 2008; Shorter, 2008; Withaker, 2018). Tras su aceptación también hubo interés profesional por parte de los psiquiatras, que querían asegurar una visión científica de su práctica al acercarse a la medicina y sus métodos (Healy, 2004; Moncrieff, 2008; Withaker, 2018). Los psiquiatras de la mitad del siglo XX intentaban alejarse de la visión de la práctica psiquiátrica como relegada al hospital psiquiátrico, a la par que se intentaba probar que los problemas que se trataban eran de origen físico, como las enfermedades que trataba la medicina, a lo que ayudó el desarrollo de terapias físicas como el *electroshock* o el coma insulínico (Healy, 2004; Moncrieff, 2008).

Sin embargo, estas no se podían realizar en la práctica de oficina privada. Joanna Moncrieff (2008) considera que quizás eso explica la gran popularidad del psicoanálisis a mediados del siglo XX, que permitía atraer a gente con condiciones más suaves. No obstante, las propias terapias físicas, la imagen del hospital psiquiátrico y que al salir a la sociedad la psiquiatría había intentado expandir su tratamiento para

estas condiciones más suaves y patologizado condiciones personales como la homosexualidad, llevó al desarrollo del movimiento antipsiquiatría (Healy, 2004; Moncrieff, 2008; Shorter, 1998; 2008). Frente a este movimiento, el desarrollo del *DSM-III* y su aceptación tuvo la función de reafirmar la práctica psiquiátrica como científica (Horwitz y Wakefield, 2007). Sin embargo, fue la confluencia e interrelación entre los presuntos efectos específicos de las drogas y la necesidad de un diagnóstico científico lo que permitieron desarrollar, tras previos intentos, una visión biológica de la psiquiatría (Healy, 2004; Moncrieff, 2008; Shorter, 2008; Withaker, 2018).

Gracias a este desarrollo, se comenzaron a estrechar lazos entre la APA y las farmacéuticas. Las empresas farmacéuticas también tenían interés en el desarrollo de estos fármacos porque la depresión era un problema apenas tratado a mediados del siglo XX y debido a presiones reguladoras, era un nicho más conveniente para explotar económicamente que el de las benzodiacepinas (v. Horwitz, 2010; Shorter, 2008). A partir de este momento, la APA comenzó a promover programas de formación en psiquiatría biológica y en torno a los nuevos fármacos, mientras que las empresas farmacéuticas incentivaban con premios económicos o regalos para que se recetaran antidepresivos (Withaker, 2018). Sin embargo, los orígenes del interés común entre la psiquiatría, las instituciones como la APA y las farmacéuticas se entienden mejor al echar un vistazo a la historia de las regulaciones en torno a los fármacos en EE.UU.

§ 5. La regulación de fármacos en EE.UU. en el siglo XX: de las benzodiacepinas a los SSRI

El origen de las regulaciones que afectaron a la psiquiatría también supuso un impacto en las farmacéuticas, la psiquiatría y los orígenes de su relación. En 1906 la *Food and Drugs Act* supuso los inicios de la regulación del mercado respecto a los fármacos usados por la medicina, muchos de los fármacos aprobados hasta ese momento eran ineficientes y peligrosos. El acta obligaba a la empresa desarrolladora a proporcionar los contenidos del producto, el objetivo era permitir que los consumidores realizaran decisiones de uso y compra informadas (Healy, 2004). En un principio, las farmacéuticas hicieron campaña frente a este acta porque les hacía perder dinero, pero posteriormente, encontraron formas de sacarle ventaja como «in some

instances labeling their product “as approved by the Chemical Bureau”» (Healy, 2004: 34, comillas introducidas por mí). Esta regulación no suponía ningún problema respecto a la facilidad con la cual se podían conseguir los tratamientos psicofarmacológicos que consideraran necesarios porque no era necesario receta para adquirirlos (Healy, 2004).

Sin embargo, los fármacos modernos que se comenzaron a desarrollar en la década de 1950 estaban adscritos a la regulación Humphrey-Durham de 1938. Esta regulación obligaba a que los nuevos fármacos fuesen vendidos bajo receta (Healy, 2004). La venta bajo receta implicaba una ventaja para la psiquiatría: con los nuevos psicofármacos surgía la capacidad para prescribir, con el consiguiente cambio en la percepción social acerca de la naturaleza de la psiquiatría como cercana a una especialidad médica por hacer uso de una metodología similar (Healy, 2004). El objetivo de esta reforma era evitar el acceso y control de los fármacos a las personas adictas, pero para los críticos fue vista como un recorte de libertades inapropiado (Healy, 2004: 35).

Pero la regulación más relevante y de mayor impacto para el mundo de la psiquiatría ocurrió en 1962, a raíz de un cambio en el departamento en el que se situaba la FDA. En 1940 la FDA pasó del Department of Agriculture a la Federal Security Agency, que en 1953 se convirtió en el Department of Health, Education and Welfare (Shorter, 2008: 73-74). Como resultado de estos cambios, en la década de 1950 la FDA tenía un presupuesto muy escaso pero ganó importancia como resultado de las enmiendas de Kefauver-Harris en 1962, que proporcionaban el poder a la FDA de evaluar la eficacia y seguridad de los fármacos (Shorter, 2008). Tras este cambio, la FDA decidió revisar ese mismo año los fármacos aprobados en las décadas pasadas para comprobar su eficacia.

La nueva enmienda de 1962 también impuso nuevos requisitos para los fármacos a aprobar porque su eficacia debía de ser establecida antes de ser comercializados. Los nuevos fármacos que salieran al mercado debían ser específicos para el tratamiento de una enfermedad, haber mostrado superioridad frente al placebo y haber sido sometidos a ensayos de control aleatorizado o RCT (por sus siglas en inglés) (Healy, 2004; Shorter, 2008). Hasta entonces todo fármaco aprobado no había sido sometido a un RCT con control de placebo porque los RCT no eran la metodología estándar y el uso del placebo como método de control no estaba extendido ni aceptado. Por tanto, para investigar un fármaco o psicofármaco y comprobar su efectividad se dependía de

ensayos pequeños sin placebo y de evidencia clínica (Healy, 2004). Siguiendo estos requisitos, solo el 12% de las drogas se consideraron directamente efectivas, mientras que un 47% fueron consideradas efectivas para algunas de las indicaciones que habían de cumplir. Del otro 41% restante que se consideraron inefectivas o cuya eficacia tenía un grado condicional, sólo el 8% fueron consideradas efectivas con el paso del tiempo y de revisiones futuras (Shorter, 2008: 142-143).

Según Shorter (2008) el origen de esta reforma se encuentra en la *histeria* americana contra la adicción. Las regulaciones previas realizadas en la década de 1940 obligaban a los fármacos que pudieran causar adicción a llevar la etiqueta de *formador de hábitos*. Shorter (2008) considera que la situación en torno a los problemas y discusiones sobre la adicción o dependencia de los fármacos empeoró en los años 50 cuando se comenzó a discutir la naturaleza adictiva de los tranquilizantes —en 1950 la idea de ansiolíticos tampoco existía, se les consideraba tranquilizantes mayores, para la psicosis, y tranquilizante menor, para depresión o nerviosismo (Shorter, 2008). Las discusiones en torno a la seguridad de los tranquilizantes empeoraron por los diversos signos y conductas de adicción que parecían provocar los fármacos a base de benzodiazepinas como Librium® o Valium® (Shorter, 2008).

De igual forma que ahora parece que uno de los grandes males de nuestro tiempo es la depresión, en las décadas de 1950 y 1960 la gran epidemia era la ansiedad (Horwitz, 2010; Shorter, 2008). Por tanto, los ahora ansiolíticos eran consumidos por una gran parte de la población estadounidense y europea, y parecían causar problemas de dependencia y adicción (Shorter, 2008). Con la finalidad de mejorar el uso de un fármaco que consumía gran parte de la población estadounidense, la FDA realizó una campaña para regular el uso de las sustancias adictivas y clasificó las benzodiazepinas en la lista de sustancias adictivas para su control como drogas de tipo IV (bajo riesgo de abuso) (Shorter, 2008). Esta nueva clasificación y el eco mediático de la guerra a las drogas supuso que la imagen pública de las benzodiazepinas se deteriorara, causando un gran impacto en la frecuencia con la que se recetaban estos fármacos. A su vez, la nueva clasificación también implicaba un mayor control sobre las recetas de benzodiazepinas para evitar que se dispensaran de forma ilegal (Shorter, 2008: 73-150). A este contratiempo hay que sumarle el escándalo de la talidomida que sucedió en la

misma época. Por tanto, ambas situaciones forzaron a la FDA a realizar nuevas regulaciones en los años 60 del siglo XX (Shorter, 2008).

De entre todos los psicofármacos eliminados del mercado, muy pocos volvieron a aparecer (Shorter, 2008). No obstante, las farmacéuticas no lucharon contra estas regulaciones, prefirieron adaptarse y buscar otro nicho. Este sería la depresión y el desarrollo de los SSRI como tratamiento específico para la depresión con la intención de cubrir el nicho de problemas causados por el estrés o angustia que trataban las benzodiazepinas (Horwitz, 2010; Shorter, 2008). Shorter considera que: «*industry was forced by the Food and Drug Administration in the DESI exercise [como se llamó al proyecto de reevaluación de los fármacos] to produce “antidepressants”, because no other drugs would somehow pass muster at the regulators*» (Shorter, 2008: 151). El éxito que Valium® y Tribium® habían alcanzado se traducía en grandes sumas de dinero que se perdieron como consecuencia de las nuevas regulaciones y del detrimento de su imagen pública y confianza. Por tanto, no era posible seguir confiando en las benzodiazepinas como el mayor proveedor de beneficios económicos (Horwitz, 2010; Shorter, 2008).

El nuevo nicho suponía una clara ventaja frente al anterior, estaba por explotar. Hasta la década de 1970 la depresión era una condición que apenas se trataba, su situación era marginal dentro de la psiquiatría, a pesar de existir fármacos para ella (Horwitz, 2010). Al giro desde la ansiedad a la depresión también ayudaron el *DSM-III*, que proporcionaba una noción de trastorno de depresión mayor cercana al modelo médico, y el desarrollo de la psiquiatría biológica, gracias a la hipótesis del déficit de serotonina como causante de la depresión (Shorter; 2008; Horwitz, 2010).

En 1970, y partiendo de esta base, Eli Lilly encargó a sus científicos la búsqueda activa de un fármaco que aumentara la serotonina en el hueco de la sinapsis para estimular los receptores de serotonina postsinápticos (Milhouse y Porter, 2015; Shorter, 1998). Como resultado de esta investigación surgió la fluoxetina, comercializada como Prozac®, que salió al mercado en 1988 (Milhouse y Porter, 2015). Sin embargo, la fluoxetina no podía ser desarrollada para problemas del estrés y cubrir el campo que había quedado vacío por los problemas que tenían los ansiolíticos y las nuevas regulaciones. Pero la existencia del diagnóstico de depresión mayor permitió que los SSRI fueran desarrollados específicamente para una enfermedad, como pedían las nuevas regulaciones (Horwitz, 2010; Shorter, 2008). De este modo, el mercado de la

depresión cubrió las condiciones relacionadas por el estrés que previamente se trataban como propias de la ansiedad (Horwitz, 2010).

No obstante, la aprobación de Prozac® fue un proceso largo y arduo, de casi siete años, porque los estudios existentes mostraban que no era efectivo en pacientes hospitalizados y tampoco se encontró superioridad frente al placebo, en seis estudios (Shorter, 2008: 188-189). Este proceso caracterizado por darse de bruces contra una pared fue común en el origen de la relación entre los SSRI y la FDA: fluvoxamina (comercializada como Luvox®) fue rechazado por la FDA por fallar en ensayos comparativos y generar efectos secundarios como agitación o eyaculación retardada en casi la mitad de los hombres; sertralina (comercializada como Zoloft®) resultó problemática porque Pfizer sólo había enviado los resultados positivos de los ensayos a la National Drug Administration (NDA) (Shorter, 2008: 186-191).

Las agencias reguladoras de Europa no estuvieron exentas de problemas a la hora de aprobar SSRI. Zemeldina (comercializado como Zelmid®) fue el primer SSRI en salir al mercado en 1981 en Suecia, su eficacia era similar a amitriptolina, el tricíclico más popular de la época, pero con menos efectos secundarios (Shorter, 2008: 173).

Pero Zelmid® tuvo que ser retirado del mercado antes de los dos años porque causaba hipersitividad y síndrome de Guilland-Barre (Shorter, 2008; Millhouse y Porter, 2015). Para algunos no fue una sorpresa cuando tras la comercialización de Prozac® se produjeron reportes sobre sus efectos secundarios (Shorter, 2008; Withaker, 2018) y entre los que ahora sabemos se encuentran el aumento de ideas suicidas (Moncrieff, 2013).

Como resultado de la salida al mercado y los efectos secundarios, Eli Lilly fue a juicio por casos de suicidio tras la ingesta de Prozac®. Pero como demostrar causalidad para un evento adverso es muy complicado para estos compuestos, con la intención de mantener la buena imagen de su fármaco, la compañía y sus representantes decidieron culpar a la enfermedad y alejar la discusión de los efectos secundarios (Withaker, 2018). Este caso no se tradujo en un esfuerzo por las agencias reguladoras en revisar la seguridad del fármaco o por retirarlo (Shorter, 2008; Withaker, 2018).

§ Conclusión: ¿hay olor a *disease mongering* en el aire?

En el desarrollo histórico de la psiquiatría y las narrativas que le dieron forma hay ciertas características que son atribuibles a un proceso de *disease mongering* o promoción de enfermedades. Por definición, el proceso de *disease mongering* se caracteriza por: «*widening the boundaries of treatable illness in order to expand markets for those who sell and deliver treatments*» (Moynihan, Heath y Heanry, 2002: 996). Ampliar las fronteras de lo tratable (*widening the boundaries of treatable illness*) ha sido el resultado del desarrollo del *DSM-III* (Horwitz y Wakefield, 2007; Horwitz 2010) que fomentó que una condición como la depresión endógena o melancólica con una prevalencia del 1-2% se diluyera en un concepto único de depresión con variantes más leves (Parker, 2007).

Para autores como Gordon Parker (2007) esta pérdida de una división clara se ha traducido en un sobrediagnóstico propiciado por la no-especificidad y descontextualización de las categorías diagnósticas que permiten la aplicación a toda persona que se sienta triste o con bajo estado de ánimo, indefenso, tenga baja autoestima o desesperanza. Mientras que Roger Mutler (2008) comenta que el diagnóstico de depresión no es específico para una condición y tampoco una entidad natural; es un término abanico que agrupa a un grupo heterogéneo de pacientes. Al globalizarse el uso del *DSM*, estas críticas también se han realizado en países en vías de desarrollo, en los que los profesionales médicos consideran que «*the use of symptoms to diagnose mental disorders, without consideration of context, in particular psychosocial adversity, essentially flags nonclinically significant distress, especially at lower degrees of severity.*» (Jacob y Patel, 2014: 1433). Para Parker, igual que para Horwitz y Wakefield (2007, Wakefield, 2015), esta forma de diagnóstico aumenta la posibilidad de falsos positivos y el tratamiento problemas que no tendrían por qué ser tratados por la medicina, exponiendo a los pacientes a un posible daño iatrogénico.

Otros autores o investigaciones (Frances, 2014; Horwitz, 2004; María Álvarez, 2008; Pérez Álvarez y González Pardo, 2007) también consideran que la evolución del *DSM* y de la psiquiatría ha llevado a la pérdida de lo normal y lo patológico, no sólo para el caso de la depresión sino en la psiquiatría en general. Por tanto, parece que el desarrollo del *DSM* y el diagnóstico de la depresión pueden incurrir en «*the*

medicalisation of health problems previously regarded as troublesome inconveniences» (Moynihan y Henry, 2006: 425). Estos «*troublesome inconveniences*» serían los problemas relacionados con la vida cotidiana que la categoría de depresión mayor y el desarrollo de los antidepresivos han permitido medicalizar (Horwitz, 2010). Por tanto, serían considerados como falsos positivos (Horwitz y Wakefield, 2007; Wakefield, 2015). Como respuesta a estos problemas, en la actualidad la psiquiatría centra sus esfuerzos en encontrar los mecanismos de los problemas psiquiátricos para desarrollar una nosología basada en la fisiología (v. Vidal y Ortega, 2021).

El posible daño iatrogénico es otra característica del proceso de *disease mongering* (Moynihan *et al.*, 2002), y puede suceder cuando la descontextualización del *DSM-III* se engrana con los problemas de considerar los antidepresivos como tratamiento específico.). La no-especificidad de estos tratamientos se había puesto en duda en los inicios del desarrollo farmacológico, cuando señalaron problemas sobre la teoría y la eficacia y seguridad de los fármacos (Kirsch, 2010; Withaker, 2018). A pesar de estas críticas, los antidepresivos se consideraron balas mágicas, y su desarrollo y aceptación de los antidepresivos como tratamiento específico para la depresión responde a intereses no científicos, propios de las farmacéuticas y los psiquiatras (Moncrieff, 2008; Shorter, 2008).

Como consecuencia de la perspectiva desde la que se entienden estos tratamientos, no es posible que los RCT sirvan como método para el estudio de su efectividad y, además, causa que se desconozca el impacto real de sus efectos secundarios (Cohen y Jacobs, 2007; Moncrieff, 2013). Incluso se considera que los antidepresivos no son más efectivos que el placebo, el cual podría explicar su efectividad, y que no son clínicamente relevantes (Cristea y Cuijpers, 2015; Kirsch *et al.*, 2008; Kirsch, 2010 y 2014). Pero, se defienden estos tratamientos porque son estadísticamente significativos: evitan más suicidios del daño que podrían causar por sus efectos secundarios y aumentan la productividad (Reid, 2013). Sin embargo, la confusión entre relevancia estadística y clínica, y el uso de esta confusión para promover ciertas intervenciones farmacológicas, también es característico de un proceso de *disease mongering* (González Moreno *et al.*, 2015). Por tanto, es posible que personas que tomen estos fármacos sin realmente necesitarlos se estén exponiendo a un posible daño iatrogénico.

Por otro lado, considero que, en cierta medida, seguir desarrollando, aplicando e implementando estos tratamientos sin buscar solventar las críticas tiene como motivo de «*expand markets for those who sell and deliver drugs*» (Moynihan, 2012). La propia expansión fue propiciada por el cambio en las regulaciones de la FDA, que forzó a las farmacéuticas a cambiar de nicho hacia la depresión, y fue aceptada gracias a las campañas de marketing, formación e incentivos económicos (Moncrieff, 2008; Shorter, 2008; Withaker, 2018). Por tanto, es una expansión del mercado de lo tratable porque previamente a estos desarrollos tecnocientíficos la depresión era un fenómeno marginal y porque la expansión del tratamiento de la depresión ha permitido, debido a las categorías del *DSM-III*, intervenir en situaciones que previamente no eran medicalizables como la depresión (Horwitz, 2010). Y, como consecuencia, se ha producido un aumento en el número de pacientes diagnosticados, el gasto en antidepresivos en un 200% en EE.UU. y del uso de tratamiento antidepresivo para los pacientes diagnosticados de depresión de casi 30 puntos entre 1987 y 1997 (Olsson *et al.*, 2002; Shorter, 2008: 216). La cifras de este beneficio siguieron aumentando en años posteriores y se prevé que sigan creciendo (Mordor Intelligence, 2020). Esto ha llevado a que se discuta y pregunte si los antidepresivos son recetados en exceso y si hay evidencia para su uso de forma extendida (Spence, 2013; Reid, 2013).

Parte de lo que permitió ese crecimiento fueron las estrategias de marketing científico, educación a psiquiatras y campañas de publicidad de cara al público, a veces realizadas por los medios de comunicación que se hacían eco del desarrollo de nuevos tratamientos (Horwitz y Wakefield, Withaker, 2018). Withaker (2018) señala que tras estas campañas había un interés claro: cambiar la percepción del público y de los psiquiatras para que recetaran los nuevos fármacos. El uso de los medios de comunicación como un altavoz para los nuevos tratamientos es parte de lo que define a el proceso de promoción de enfermedades (Moynihan *et al.*, 2002; Moynihan y Henry, 2006; Moynihan, 2012). También es característico de la promoción de enfermedades que estas campañas se hagan con la intención de cambiar la percepción pública y profesional para que se usen los nuevos fármacos: «*well-informed citizens may choose to embrace the medicalisation of health problems previously regarded as troublesome inconveniences*» (Moynihan y Henry, 2006).

La comunicación de la nueva información guiada por intereses se traduce en que las propias campañas de salud pública no estaban guiadas por intereses públicos, agencias reguladoras o los responsables políticos, algo que Moynihan y colaboradores señalan en varias ocasiones como característico del proceso de promoción de enfermedades (Moynihan *et al.*, 2002; Moynihan y Henry, 2006; Moynihan, 2012). Sin embargo, aunque estos autores no tienden a señalar las interacciones entre estos agentes y las farmacéuticas o los propios profesionales de la medicina, varios autores han considerado la importancia de estas relaciones para explicar la situación actual. David Healy (2004) considera que el rol de las agencias reguladoras favoreció que la psiquiatría desarrollara una imagen científica a nivel social al tener la capacidad de recetar fármacos específicos para tratar las enfermedades. Edward Shorter (2008) no considera que la relación que existía entre las farmacéuticas y la FDA sesgara intencionalmente las enmiendas y la aprobación de fármacos. Pero sí resalta que, poco a poco y especialmente tras la década de 1970 y los inicios de la década siguiente, la relación entre la psiquiatría y las empresas farmacológicas se volvió mucho más estrecha porque la mayoría de los psiquiatras miembros de la APA tenían alguna relación económica con las farmacéuticas. Por otro lado, Robert Withaker (2018) cuenta una historia de relaciones íntimas y de interés mutuo entre las farmacéuticas y otros agentes interesados como la FDA, la APA y los psiquiatras. En la lectura de Withaker se puede observar cómo estas relaciones cercanas sesgaron la introducción, aceptación y venta de antidepresivos e incluso evitaron que casos como el juicio por posible suicidio inducido por Prozac® tuvieran repercusión mediática, científica y se tomaran medidas por parte de las agencias reguladoras.

Hasta hora varias cuestiones apuntan a que sí que existen características en el desarrollo histórico de la psiquiatría que han podido fomentar que se promueva un proceso de *disease mongering*. Sin embargo, considero que hay ciertos problemas para realizar una afirmación concisa. Por un lado, la idea de *disease mongering* o promoción de enfermedades se caracteriza por la intencionalidad de aumentar las fronteras de lo tratable a la hora de desarrollar una redefinición amplia de la enfermedad y de promocionar su tratamiento (Moynihan *et al.*, 2002; Moynihan y Henry, 2006; Moynihan, 2012). Sin embargo, conseguir este tipo de evidencia intencional es muy difícil, María González Moreno y colaboradores han apuntado la misma limitación en

su estudio sobre el rol de los RCT en el proceso de promoción de enfermedades: «*evidence of disease mongering is always indirect and open to debate*» (González Moreno *et al.*, 2015: 12). Estudios como el de Withaker (2018) o Shorter (2008) son ejemplos paradigmáticos de argumentos que tienden a apoyarse en evidencia directa, o que al menos existen muchos intereses no científicos, que muestra intencionalidad en las relaciones entre farmacéuticas, agencias reguladoras o profesionales médicos. Pero, la mayoría de la evidencia de este trabajo se apoya en el desarrollo histórico y general de la psiquiatría, más que en hechos concretos que muestren intencionalidad.

Por otro lado, la dificultad para mostrar intencionalidad interactúa con la multiplicidad de conceptos sobre medicalización y el rol de la idea de *disease mongering* entre ellos. La idea de *disease mongering* se encuentra dentro del marco de la medicalización, idea que fue introducida por Michael Foucault (1971) y desarrollada por Ivan Illich (1975) en su libro *Némesis médica*. Illich (1975) argumentó que la medicina moderna medicalizaba: convertía problemas antes considerados no-médicos en médicos. Partiendo de esta idea, se han desarrollado varios conceptos que intentan mostrar diferentes dimensiones del proceso de medicalización como: la idea de biomedicalización que enfatiza la relación entre medicalización y desarrollo tecnológico (Clarke *et al.*, 2010), o la idea de pharmaceuticalización enfatiza la relación entre medicalización, desarrollo de fármacos y los intereses de las farmacéuticas o la influencia de las empresas farmacéuticas (Abraham, 2008 y 2010; Williams *et al.*, 2011).

Sin embargo, diferenciar entre algunos de estos conceptos a veces puede ser problemático porque el rango de actividades que analizan puede solaparse (v. Kaczmarek, 2019; Scholl, 2017; Williams *et al.*, 2011). La idea de *disease mongering* que siguen Monyahedi y colaboradores es la descrita y desarrollada por Lynn Payer (1992). Payer categoriza al proceso de promoción de enfermedades como la ampliación de las fronteras de la enfermedad de parte de médicos y compañías farmacéuticas con el interés de aumentar la demanda de los tratamientos. Pero esta idea captura un rango más amplio de fenómenos que las ideas anteriores porque se centra en las interrelaciones entre múltiples agentes, médicos, aseguradoras, agencias reguladoras, empresas farmacéuticas, en 1) la redefinición de la enfermedad, 2) el desarrollo e implementación de fármacos con interés de 3) aumentar la demanda de tratamientos y generar beneficio económico.

Por este motivo, y otros (Williams *et al.*, 2011), la idea de *disease mongering* tiene un valor analítico restringido. Cuando se suma este valor restringido a la dificultad para afirmar más allá de la propia definición y características de este proceso es difícil afirmar que el proceso que ha desencadenado la psiquiatría es uno de tipo *disease mongering*, medicalización, sobre medicalización, biomedicalización o pharmaceuticalización. Para realizar tal afirmación sería necesario desarrollar una distinción y definición clara del proceso de *disease mongering* frente a los diferentes conceptos del marco de la medicalización. A su vez, este desarrollo podría aclarar ciertas cuestiones en torno al rol de la intencionalidad en el proceso de *disease mongering*.

Además he de comentar que es posible que otros agentes como los pacientes o la propia sociedad hayan influido en el desarrollo de la situación actual. Por tanto, creo que la historia de la psiquiatría no estará completa hasta que no tengamos una historia sobre las relaciones de los pacientes y el público social con la psiquiatría más allá de la antipsiquiatría. Considero que esta historia también es relevante para explicar el proceso de *disease mongering* porque el rol del paciente y la sociedad frente al discurso desarrollado por el marketing o los nuevos fármacos puede decir mucho sobre cómo se responde socialmente a situaciones en las que se medicalizan fenómenos previamente considerados normales.

No obstante, sí queda claro que en el desarrollo de la psiquiatría se ha dado una redefinición de la enfermedad que ha sido aprovechada para desarrollar los antidepresivos como una innovación tecnológica cuya aplicación se ha asegurado y extendido, en gran parte, por el uso de técnicas de marketing fomentadas por los intereses privados de las farmacéuticas (Horwitz, 2010; Moncrieff, 2008; Shorter, 2008; Withaker, 2018). Y que esto ha fomentado, de forma intencional o no, un proceso de medicalización por el cual se ha podido abrir la puerta a tratar problemas que se encuentran en la frontera entre lo normal y lo patológico (Horwitz, 2010; Horwitz y Wakefield, 2007; Rose, 2006; Shorter, 2008). Sin embargo, por limitaciones del propio estudio, literatura y del concepto de *disease mongering* no es posible afirmar que la situación actual se explique por un proceso de promoción de enfermedades. Pero sí es posible asegurar que hay ciertos rasgos en la historia de la psiquiatría que son similares a aquellos propios de un proceso de promoción de enfermedades, aunque también al

de otro perteneciente al ámbito de la medicalización. Para realizar una afirmación más fuerte es necesario aclarar el concepto de *disease mongering* frente a otros de medicalización y discutir el rol que tiene la evidencia de intencionalidad en la idea de promoción de enfermedades.

Bibliografía

- Abraham, John (2010), «Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and health dimensions», en *Sociology*, 44 (4), 603-622.
- Abraham, John. (2008), «Sociology of pharmaceuticals development and regulation: a realist empirical research programme», en *Sociology of Health & Illness*, 30 (6), 869-885.
- Álvarez, José María (2008), *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid, Gredos.
- Baxter, Amanda; Kate Scott; Alize Ferrari; Rosana Norman; Theo Vos y Harvey Whiteford (2014), «Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: Trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010», en *Depression and Anxiety*, 31 (6), 1-11.
- Caspi, Avshalom; Renate Houts; Antony Ambler; Andrea Danese *et al.* (2020), «Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study», en *JAMA Network Open*, 3 (4), 203-221.
- Castilla del Pinto, Carlos (2007), «Historia crítica de la psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27 (1), 105-118.
- Cohen, David y David Jacobs (2007), «Randomized controlled trials of antidepressants: clinically and scientifically irrelevant», en *Debates in Neuroscience*, 1, 44-54.
- Cuijpers, Pim y Ioana Cristea (2015), «What if placebo effect explained all the activity of depression treatments?», en *World Psychiatry*, 14 (3), 310-311.
- Foucault, Michel (1971), *Madness and Civilisation*. London, Travistock.
- Frances, Allen (2014), *¿Somos todos enfermos mentales?: Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Barcelona, Ariel.
- González-Moreno, María; Cristian Saborido y David Teira (2015), «Disease-mongering through clinical trials», en *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 51, 11-18.
- Healy, David (2014), «Shaping the intimate: Influences on the experience of everyday nerves», en *Social Studies of Science*, 34 (2), 219-245.
- Healy, David (2004), *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge, Harvard University Press.
- Healy, David (1987), «The structure of psychopharmacological revolutions», en *Psychiatric Developments*, 4, 349-376.
- Hidaka, Brandon (2012), «Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence», en *Journal of Affective Disorders*, 140 (3), 205-214.
- Horwitz, Allan (2010), «How and age of anxiety became an age of depression», en *The Milbank Quarterly*, 88(1), 112-138.
- Horwitz, Allan (2004), *Creating mental illness*. Chicago, The University of Chicago Press.

- Horwitz, Allan y Jerome Wakefield (2007), *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Nueva York, Oxford University Press.
- Huertas, Rafael (2017), *Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la transición*. Madrid, Los Libros de la Catarata.
- Illich, Ivan (1975), *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona, Barral.
- Jacob, Stanly y Vikram Patel (2014), «Classification of mental disorders: A global mental health perspective», en *The Lancet*, 383, 1143-1435.
- Kaczmarek, Emila (2019), «How to distinguish medicalization from over-medicalization?», en *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22, 119-228.
- Kessler, Ronald; Wai Tat Chiu; Olga Delmer; Kathleen Merikangas y Ellen Walters (2005), «Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication», en *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 617-627.
- Kirsch, Irving (2014), «Antidepressants and the placebo effect», en *Zeitschrift für Psychologie*, 222 (3), 128-134.
- Kirsch, Irving (2010), *The emperor's new drugs: Exploding the antidepressant myth*. New York, Basic Books.
- Kirsch, Irving; Brett Deacon; Tania Huedo-Medina; Alan Scoboria; Thomas Moore y Blair Johnson (2008), «Initial severity and antidepressant Benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration», en *PLoS Medicine*, 5 (2), 260-268.
- Kovess, Viviane et al. (2004), *The state of mental health in the European Union*. European Commission,
<https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf> [05/01/2022]
- Liu, Qingqing; Hairong He; Jin Yang; Xiaojie Feng; Feng Zhao y Jun Lyu (2020), «Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study», en *Journal of Psychiatric Research*, 126, 134-140.
- Martín, Mar (2018), «La depresión, una epidemia silenciosa que recorre Portugal», en *La Vanguardia*, 25/09/2018
<<https://www.lavanguardia.com/politica/20180925/452029234598/la-depresion-una-epidemia-silenciosa-que-recorre-portugal.html>> [05/01/2022]
- McInerney, Melissa; Jennifer Mellor y Lauren Hersch Nicholas (2013), «Recession depression: Mental health effects of the 2008 stock market crash», en *Journal of Health Economics*, 32 (6), 1090-1104.
- Millhouse, Todd y Joseph Porter (2015), «A brief history of the development of antidepressant drugs: from monoamines to glutamate», en *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 23 (1), 1-21.
- Moncrieff, Joanna (2013), *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona, Herder.
- Moncrieff, Joanna (2008), «The creation of the concept of an antidepressant: An historical analysis», en *Social Science & Medicine*, 66 (11), 2346-2355.
- Mordor Intelligence (2020), «Antidepressant market: growth, trends, COVID-19 impact and forecast (2021-2026)», en *Mordor Intelligence*,
<<https://www.mordorintelligence.com/industry-reports/antidepressants-market>>
- Moynihan, Ray (2012), «Disease-mongering», en *The Politics of Medicine (e-Encyclopedia)*
<<https://haiweb.org/encyclopaedia/disease-mongering/>> [10/01/2022]

- Moynihan, Ray y David Henry (2006), «The fight against disease mongering: generating knowledge for action, en *PLOS Medicine*, 3 (4), 425-428.
- Moynihan, Roy; Ioana Heath y David Henry (2002), «Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering», en *British Medical Journal*, 324, 886-891.
- Mulder, Roger (2008), «An epidemic of depression or the medicalization of distress?», en *Perspectives in Biological Medicine*, 51 (2), 238-250.
- Olson, Mark; Steven Marcus; Benjamin Druss; Lynn Elinson; Terri Tanielian y Harold Alan Pincus (2002), «National trends in the outpatient treatment of depression», en *JAMA*, 287 (2), 203-209
- Parker, Gordon (2007), «Is depression overdiagnosed? Yes», en *British Journal of Medicine*, 335 (7615), 328-329.
- Payer, Lynn (1992), *Disease-mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*. Nueva York, Wiley and Sons.
- Pérez Álvarez, Marino y Héctor González Pardo (2007), *La invención de los trastornos mentales: ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid, Alianza.
- Reid, Ian (2013), «Are antidepressants overprescribed? No», en *British Medical Journal*, 346.
- Rose, Nikolas (2006), «Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice», en *BioSocieties*, 1 (4), 465-484.
- Sholl, Jonathan (2017), «The muddle of medicalization: patologizing or medicalizing?», en *Theory of Medicine and Bioethics*, 38 (4), 265-278.
- Shorter, Edward (2008), *Before prozac: The troubled history of mood disorders in psychiatry*. Nueva York, Oxford University Press.
- Shorter, Edward (1998), *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. Hoboken, John Wiley & Sons.
- Smith, Kerri (2014), «Mental health: a world of depression», en *Nature*, 515, 180-181.
- Spence, Des (2013), «Are antidepressants overprescribed? Yes», en *British Journal of Medicine*, 346, 1-2.
- Stucci-Portocarrero, Santiago (2017), «¿Realmente existe una “epidemia de depresión”?», en *Revista de Neuropsiquiatría*, 80 (4), 261-264.
- Summerfield, Derek (2006), «Depression: epidemic of pseudo-epidemic?», en *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99 (3), 161-162.
- Vidal, Fernando y Francisco Ortega (2021), *¿Somos nuestro cerebro?: la construcción del sujeto cerebral*. Madrid, Alianza.
- Vigo, Daniel; Graham Thornicroft; Rifat Atun (2016), «Estimating the true global burden of mental illness», en *Lancet Psychiatry*, 3 (2), 171-178.
- Wakefield, Jerome (2015), «DSM-5, psychiatric epidemiology and the false positives problem», en *Epidemiology of Psychiatric Science*, 24 (3), 188-196.
- Wakefield, Jerome y Steeves Demazeux (2016), *Sadness or Depression?: International perspectives on the depression epidemic and its meaning*. Amsterdam, Springer.
- Williams, Simon; Paul Martin y Jonathan Gabe (2011), «The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis», e, *Sociology of Health & Illness*, 33 (5), 710-725.
- Withaker, Robert (2018), *Anatomía de una epidemia*. Madrid, Capitán Swing.
- World Health Organization (2020, enero 30), «Depression», en *World Health Organization*. <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>> [05/03/2021].
- World Health Organization (2001), *Mental health: New understanding, new hope*. Ginebra, WHO.

- Wright, Oliver (2016), «Teenagers struck by depression epidemic», en *The Times* <<https://www.thetimes.co.uk/article/teenagers-struck-by-depression-epidemic-gnc05fht8>> [05/03/2021]
- Wu, Tianchen; Xiaoqian Jia; Huifeng Shi; Jieqiong Niu; Xiaohan Yi; Jialei Xie y Xiaoli Wang (2021), «Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis», en *Journal of Affective Disorders*, 281, 91-98.

