

# La Ética, una herramienta interdisciplinar contra la inflación diagnóstica en el ámbito de la salud mental

Laura Bernal Sánchez

Universidad de Valencia,  
Universidad de Barcelona  
[bernal.sanchez.l@gmail.com](mailto:bernal.sanchez.l@gmail.com)

## Ethics, an Interdisciplinary Tool against Diagnosis Inflation in the Field of Mental Health

ISSN 1989-7022

**RESUMEN:** El objetivo de este artículo es reivindicar el papel de la ética, en la comprensión del problema de la inflación diagnóstica. Para alcanzar el propósito planteado se analizarán seis aspectos, que se comprenden como los más relevantes a la hora de llevar a cabo esta empresa. Estos son: el diagnóstico psiquiátrico, como problema filosófico, ya que es la puerta de entrada al mundo de la salud mental; el DSM-5 valorado comparativamente con el DSM-IV y el DSM-IV-TR; el marco teórico utilizado en la comprensión y aplicación de los parámetros de la salud mental; la educación ética de los profesionales de la psiquiatría; la publicidad farmacéutica y el discurso de la salud, entendido como un bien de consumo. El análisis de todos estos aspectos irá vertebado por la reflexión ética pero siempre desde un marco interdisciplinar, ya que la inflación diagnóstica es una problemática multidimensional.

**ABSTRACT:** The purpose of this article is reclaim the ethics relevance, in the comprehensive of the diagnosis inflation problem. To achieve the meaning aim, we are going to analyze six aspects, which are the most important in this business. These are: the psychiatric diagnosis, as a philosophical issue, which is the entrance (or beginning) for the mental health world; the DSM-5 in comparative way with the DSM-IV and the DSM-IV-TR; the theoretical setting used in the understanding and application of the mental health criteria; the ethic education of the psychiatric professionals; the pharmaceutical marketing and the health speech, comprehended like a consum property. The investigation of all of these factors it will lead for the ethic reflexion but always in a interdisciplinary structure, because the diagnosis inflation is a multidimensional (or figurative) problem.

**PALABRAS CLAVE:** inflación diagnóstica, DSM-5, diagnóstico psiquiátrico, ética, interdisciplinariedad y salud global

**KEYWORDS:** diagnosis inflation, DSM-5, psychiatric diagnosis, ethics, interdisciplinary and global health

### 1. Introducción

Walter Reich entiende que, aquello que esté controlado por seres humanos y que pueda causar un beneficio o un perjuicio, es susceptible de ser analizado desde la ética (Reich, 2001, 189).

La publicación del DSM-5 (APA,2013) potencia la reflexión y cuestionamiento del manual, el viraje de la psiquiatría como profesión, las modificaciones del DSM-5 respecto del DSM-IV y sus posibles consecuencias negativas. En este sentido, la finalidad de este artículo es analizar la inflación diagnóstica y los factores fundamentales que influyen en ella, desde la ética. Esta tarea requiere un enfoque, que pese a ir vertebado por la reflexión ética, sea interdisciplinar, ya que la inflación diagnóstica es una problemática multidimensional.

Los elementos que van a ser analizados son: el diagnóstico psiquiátrico, como problema filosófico, entendido como la puerta de entrada al mundo de la salud mental; el DSM-5 valorado comparativamente con el DSM-IV y el DSM-IV-TR; el marco teórico utilizado en la comprensión y aplicación de los parámetros de la salud mental; la educa-



ción ética de los profesionales de la psiquiatría; la publicidad farmacéutica y el discurso de la salud, entendido como un bien de consumo. Cada aspecto se va a analizar considerando los problemas éticos que puedan derivarse de ellos, en tanto que supongan una influencia en la inflación diagnóstica.

## 2. La inflación diagnóstica

La inflación diagnóstica es el hecho que se deriva del incremento de los diagnósticos erróneos e inconscientes. Se entiende que los diagnósticos que formarían parte de este fenómeno son aquellos que producen falsos positivos, debido a múltiples causas (Manuales de diagnóstico, DSM o CIE, ampliación del concepto de enfermedad, patologización de la normalidad etc.) y de forma inconsciente. Tal y como se sostiene en el texto de *Aportaciones y limitaciones del DSM-V desde la psicología clínica*

[...] el abuso de los diagnósticos psiquiátricos o la ampliación de categorías diagnósticas recogidas en el DSM-5, así como el requerimiento de umbrales diagnósticos menos exigentes para muchos trastornos, puede traer consigo la psicopatologización de algunos problemas de la vida cotidiana, la generación de pacientes falsos positivos, la estigmatización del paciente, asociada a los diagnósticos psiquiátricos y al uso generalizado e indiscriminado de la prescripción farmacológica, lo que constituye un fenómeno especialmente preocupante [...] (Cruz, Echebarría, Salaberría, p.71).

Por lo tanto, «La inflación diagnóstica tiene lugar cuando confundimos las perturbaciones típicas que forman parte de la vida de todo el mundo con un auténtico diagnóstico psiquiátrico (el cual es relativamente poco frecuente, afectando tal vez al 5 o 10% de la población).» (Frances, 2014, p.53).

## 3. Los problemas éticos

### 3.1. El Diagnóstico como problema filosófico

El acto psiquiátrico del diagnóstico establece la diferenciación entre la normalidad y el inicio de la psiquiatría. «Por lo tanto, la consideración ética más fundamental –y, en consecuencia, la más seria– debe surgir a partir de la prerrogativa del diagnóstico.» (Reich, 2001, 189).

El problema respecto del uso del diagnóstico<sup>1</sup> como método<sup>2</sup>, se centra en dos aspectos: el primero en el modo de empleo y tiempo de realización, y el segundo en quién lo realiza. Actualmente el diagnóstico es realizado en las primeras visitas, y es comprendido como un

momento y no como un proceso. La realización de la diagnosis en las primeras visitas es entendida por Frances Allen (2014) como la peor de las posibles opciones ya que, cuando hay casos en los que los diagnósticos no son claros, si el diagnóstico se emite de forma inmediata, es más probable confundir los trastornos leves con las personas que pasan por un momento complejo en su vida, pero que no poseen ningún trastorno. Esto se debe a que, los pacientes que pueden mejorar sin ser diagnosticados lo hacen tras un transcurso de tiempo, de manera que, si en la primera visita se emite un cuadro clínico, entonces no se da la opción de que los pacientes mejoren por sí mismos.

El segundo aspecto problemático del diagnóstico como método, se centra en quién lo realiza. Tanto en los casos confusos como en los claros, el momento diagnóstico es realizado por un psiquiatra. El problema de esto es que los casos potenciales de inflación diagnóstica entremezclan diversas informaciones y no siempre son de trastornos mentales. Por lo que el profesional psiquiátrico requeriría de apoyos de otras áreas, así como de una formación más allá del campo médico.

### 3.2. *El DSM-5*

La quinta publicación del manual DSM, introduce una serie de cambios (tanto a nivel taxológico, conceptual y de diagnóstico) respecto de sus homólogos anteriores DSM-IV y DSM-IV-TR.

En este artículo sólo<sup>3</sup> se mencionarán los posibles problemas éticos<sup>4</sup> que se derivan de las modificaciones incorporadas.

1. Uso del concepto de trastorno y no del de enfermedad. En el Manual Diagnóstico se habla de trastorno y no de enfermedad, porque el concepto de enfermedad tiene una serie de implicaciones teóricas que pretenden eludirse. Usar el concepto de enfermedad implica hablar de etiología y en esta área no existe un consenso. De manera que, para evitar esa dificultad, se opta por hacer exclusiva referencia a la sintomatología. La consecuencia de esto es que el manual tendrá un papel descriptivo, pero no profundizará en otras cuestiones como; las causas de la enfermedad mental o los tratamientos.
2. El simultáneo del modelo alternativo de clasificación de Trastorno de Personalidad y del modelo categorial de Trastorno de Personalidad (Cruz, Echebarría, Salabería, 2014, p.71) potencia la comorbilidad<sup>5</sup> y la multiplicidad diagnóstica en los pacientes. Más del 50% de los pacientes diagnosticados en el Eje I, también son diagnosticados

en el Eje II (Pailhez, Palomo, 2007, p. 90).

3. La obtención de un diagnóstico múltiple puede tener consecuencias nocivas en la adecuada recuperación del paciente, debido a los múltiples pronósticos, tratamientos y al estigma derivado de la obtención de un diagnóstico diverso. (Santander, 2000, p.114).
4. El DSM, es un Manual Diagnóstico centrado en la nosología<sup>6</sup>, tal y como sostiene Chodoff, « [...] el DSM de la *American Psychiatric Association* define las enfermedades mentales describiendo sus rasgos clínicos, que en general son signos o síntomas conductuales fácilmente identificables.» (Chodoff, 2001, p.192). «Las nosologías psiquiátricas tienen diversas ventajas, como son facilitar la comunicación entre profesionales, utilizando un lenguaje común, y unificar los criterios de investigación clínica en los diferentes países.» (Cruz, Echebarría, Salaberría, 2014, p.71). La exclusiva focalización de la diagnosis la sintomatología, puede tener consecuencias negativas, en cuento a la falta de consideración de las causas de las enfermedades, entre otros aspectos.
5. El uso de un concepto de salud mental exclusivamente biológico-médico

[...] un síndrome o un patrón comportamental o Psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (ej: dolor), o a una discapacidad ( ej: deterioro en una o varias áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.» (Santander, 2000, p. 37).

puede favorecer el incremento de los errores en los diagnósticos, ya que no considera otros aspectos de influencia (culturales, económicos, de género, etc). Otro problema derivado del análisis del concepto tiene que ver con una aplicación laxa del mismo como ocurre en la introducción del comportamiento adictivo (Frances, 2014, p.227) y el uso de clasificaciones graduales poco delimitadas como ocurre en el caso del Trastorno Neurocognitivo.

6. Otros elementos problemáticos que conviene destacar y considerar a la hora de evaluar la creación de un manual tienen que ver con transparencia. La transparencia aplicada a: el uso de la metodología, la elección de la bibliografía y los posibles conflictos de intereses vinculados con participantes en la redacción del manual.

### 3.3. El Marco Teórico

Cuando se realiza un diagnóstico se utiliza un determinado marco teórico. El paradigma teórico que se utilice condicionará la forma de entender y abordar la salud mental y la enfermedad mental.

La salud mental se presenta como un concepto genérico, bajo el cual se cobijan un conjunto disperso de discursos y prácticas sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar; estos discursos y prácticas obedecen a las racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras y, por tanto, las concepciones de salud mental dependen de estos enfoques y de las ideologías que les subyacen (Diego A. Restrepo O; Juan C. Jaramillo E., 2012, p.203).

Se manejan fundamentalmente tres conceptos de salud mental; el biomédico, el conductual y el socioeconómico. Cada uno de ellos tiene potencialidades y limitaciones, pero el principal problema ético es su consideración exclusivista. Esta idea exclusivista tiene la siguiente consecuencia; y es que, si sólo hay un posible concepto de salud mental, entonces, también hay un único concepto de enfermedad. Y por lo tanto, sólo debe proyectarse un tipo de intervención o tratamiento y sólo habrá una disciplina correcta para proponerlo. Esto significa que el concepto de salud que debe ser puesto en marcha, debe trascender estas limitaciones, debe ser por lo tanto un concepto de salud integrador y holístico capaz de integrar los logros de cada uno de los modelos explicativos. Para ello hay que abogar por una concepción de la salud mental que tenga un enfoque bio-psico-social.<sup>7</sup>

### 3.4. La Formación de los Psiquiatras

Cuando se realiza un diagnóstico psiquiátrico se establece una relación asistencial, por ese motivo hay que tener en cuenta el rol de los psiquiatras<sup>8</sup> en la inflación diagnóstica.

El problema es que la formación se enfoca, exclusivamente, en la adquisición de conocimientos y técnicas, aspecto esencial en el proceso formativo, pero no suficiente. El desarrollo de un razonamiento crítico y de la deliberación ética, no ocupan un lugar clave en la formación. En consecuencia, se desproveen a los profesionales de herramientas necesarias para abordar los aspectos conflictivos de su profesión, los cuales van más allá de la resolución de dilemas éticos particulares (Jiménez Arriero, Muñoz de Morales, Palomo, 2003, p. 86).

La psiquiatría es una profesión compleja que implica diversas dimensiones: la médica, la psicológica y la social. Por este motivo, plantean los autores de *Retos para la psiquiatría y la salud mental en España*.

La constatación de que nuestra disciplina está cambiando y desarrollándose en función del avance de nuestro conocimiento y de las necesidades asistenciales presentes y futuras,

hace necesario una continua reflexión sobre la situación, sin olvidar que la formación en psiquiatría debe ser pluridisciplinar cuyos contenidos sean de estirpe biológica, psicológica y social (Jiménez Arriero; Muñoz de Morales; Palomo, 2003, p. 89).

El papel clave que el psiquiatra juega como profesional, permite poner de manifiesto, cómo es necesario continuar la reflexión sobre aspectos que influyen en el adecuado desarrollo de la salud mental y en el impacto sobre la inflación diagnóstica. El profesional realiza una determinada praxis porque ha recibido una formación específica y porque está inmerso en un contexto particular.

### 3.5. *La Publicidad Farmacéutica*

Tal y como se sostenía previamente, en la relación asistencial que se construye el psiquiatra y el paciente tienen un rol privilegiado, pero no hay que dejar de lado la influencia del contexto. Para considerar esta cuestión, debe tenerse en cuenta el discurso farmacéutico<sup>9</sup>. El discurso farmacéutico, está constituido por dos momentos esenciales: el primero es el diagnóstico y el segundo es el tratamiento. En la primera etapa, el diagnóstico, el objetivo es situar la problemática de la enfermedad, la relevancia de la misma e iniciar el proceso de difusión del mensaje; en la segunda etapa, el tratamiento, la finalidad es mostrar la solución adecuada a la problemática, en este caso esa posibilidad estará vinculada a la presentación de un determinado medicamento y a la promoción del mismo (Valverde, 20015, p.12).

Los principales problemas éticos de la publicidad farmacéutica son:

1. Desconocimiento de los patrocinadores de los ensayos clínicos e investigaciones. La falta de transparencia, respecto de los agentes o empresas que patrocinan las investigaciones o ensayos clínicos, evita la consideración del conflicto de intereses. El cual puede darse, respecto de los investigadores que trabajan en las investigaciones o respecto del interés de venta del fármaco.

#### 2. Conflicto de intereses

[...] se define como un conjunto de condiciones y circunstancias que pueden influenciar indebidamente el juicio profesional con relación al interés primario (bienestar y tratamiento del paciente, validez de la investigación) por un interés secundario (provecho económico, afán de notoriedad, prestigio, reconocimiento y promoción profesional).» (La Rosa, 2012, p.253).

Este puede darse en todo el proceso del marketing farmacéutico. Desde la relación con los visitantes médicos hasta en la participación en ensayos de promoción de los fármacos.

3. Falta de transparencia en el uso y fuentes de información, utilizada en las investigaciones y en los ensayos clínicos (inadecuado tratamiento de los datos, uso de muestras no representativas, ocultación de información respecto de efectos secundarios o de la falta de efectividad de los fármacos, realización de estudios ad-hoc) (García, Vispe, 2015, p. 36). Por ejemplo « [...] el caso del benfluorex, el laboratorio obvió el efecto anfetamínico de dicho medicamento presentándolo como un medicamento de segunda línea para el tratamiento de la diabetes. » (La Rosa, 2012, p.250).
4. Contradicción entre el código ético farmacéutico, la ley respecto de la publicidad farmacéutica y el código ético de los psiquiatras (García, Vispe, p.40).
5. Falta de limitación del marketing indirecto<sup>10</sup> ya que, en España, no es posible realizar campañas dirigidas directamente a los consumidores (se crean estrategias que permitan evadir estas limitaciones, pero que mantengan la misma efectividad que el marketing directo, dirigido a familiares, asociaciones o personal no experto en el área sanitaria) (La Rosa, 2012, p.253).
6. Incumplimiento de las sanciones impuestas a las empresas farmacéuticas, por vulnerar normativas relacionadas con diferentes aspectos como los ensayos clínicos, la publicidad engañosa, los precios no justificados. Un ensayo sostiene que se « [...] ha identificado una serie de infracciones graves, recientes y reiteradas, a las normas de la publicidad, especialmente en lo que respecta a medicamentos vendidos con receta médica. La actual normativa es insuficiente para prevenir violaciones sistemáticas de dichas normas.» (La Rosa, 2012, p.247).
7. Criterios de la viabilidad de los ensayos clínicos y la falta de independencia de los mismos. Se tienen en cuenta dos ensayos clínicos favorables de forma absoluta, sin considerar los no favorables a los medicamentos y sin clarificar quién los realiza. Además, en los criterios de viabilidad no se considera el coste de los nuevos medicamentos, y por lo tanto, la accesibilidad a los mismos. Por último, no es presentada de forma clara, cuál es la modificación molecular real, en el caso de nuevas versiones de medicamentos ya existentes, y cuál es el beneficio terapéutico /comparativo<sup>11</sup> respecto de la versión molecular previa. « En el último decenio, la industria farmacéutica ha comercializado numerosos medicamentos que no aportan a un verdadero progreso terapéutico para los pacientes» (La Rosa, 2012, p.250).
8. Falta de prontitud a la hora de retirar del mercado medicamentos con efectos adversos ( Tal y como ocurrió con el caso del Vioxx en 1999, que no fue retirado del

mercado hasta 2004) (La Rosa, 2012, p.249). También hay que considerar, la falta de conocimiento por parte de la población de este tipo de circunstancias. Información que debería ser de dominio público ya que «Dicho valor terapéutico debe de ser publicado con la finalidad de mejorar la información, base fundamental del consentimiento libre preconizado por el artículo 6.1 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.» (La Rosa, 2012, p.251).

9. Los elevados precios de los medicamentos son un problema ético por dos motivos: el primero porque no en todos los casos el beneficio terapéutico del nuevo medicamento está probado «Sin embargo, los precios de esas nuevas moléculas son generalmente dos a tres veces más elevados que los de sus similares que se encuentran en el mercado.» (La Rosa, 2012, p.250). Y en segundo lugar porque esta circunstancia puede no respetar el principio de justicia. Ya que se limita la accesibilidad de los colectivos más vulnerables.

### 3.6. *La Salud como bien de consumo.*

Para hacer efectivo un discurso farmacéutico, es necesario que este se integre en una cosmovisión sobre la salud mental. Susana Rodríguez Díaz (2008) plantea, que ha habido una evolución en la concepción del sistema de salud. A final de los años 70, se instauró un modelo de salud denominado *Managed*<sup>12</sup>, que convierte la salud en un bien consumible en el que « [...] se habla de calidad de vida, de satisfacer necesidades, de ser felices. Se diseña un ciudadano inmaduro, infantilizado, consumidor inerme ante contrariedades, incapaz de manejar sus frustraciones.» (Casco Solís, 1996, p.37) citado en (Rodríguez, 2008, p.76).

El discurso de consumo se enmarca en un paradigma hedonista que tiene como objetivo la búsqueda de la felicidad, comprendida como el acceso al placer y la evasión del dolor. Este es un aspecto que a priori, no tendría por qué considerarse negativo, ya que se podría constituir como un modelo de vida, el problema se produce cuando esa búsqueda de la felicidad se transforma en la pesquisa del placer a cualquier precio (Martín, 2013, p.44). El mensaje enviado al ciudadano-consumidor<sup>13</sup> es el de la búsqueda de placer, el sujeto debe obtener hábitos que le produzcan placer de forma continua y que eviten cualquier tipo de dolor. Este modelo tiene varias características que lo constituyen: el uso de un concepto laxo referido a la calidad de vida, el sentimiento de preocupación que se presenta en el miedo a la enfermedad, como común denominador en todas las personas, la evasión de dolor como valor jerárquicamente superior en los casos en los que haya una privación de placer y la pro-

puesta de soluciones más accesibles, en tanto que requieran un menor tiempo y esfuerzo. Los problemas derivados del modelo son:

1. La frustración como consecuencia de una distorsión entre las expectativas prometidas y lo realmente conseguido (Martín, 2013, p.36-57). Esto ocurre cuando «La abundancia prometida no era más que la abundancia de mercancías, y a la prosperidad arrogante esgrimida no correspondía un bienestar personal equivalente [...]» (Amorós, 2008, p.11) citado en (Martín, 2013, p.41).

El discurso hedonista genera unas expectativas excesivas, en tanto que el mantenimiento del placer o la evasión continuada del dolor es una actuación sumamente compleja, ya que cualquier circunstancia puede truncar tales deseos. La creación de un discurso de difícil consecución producirá con mayor facilidad un sentimiento de insatisfacción.

2. Las intervenciones preventivas en el ámbito de salud mental tienen como finalidad la promoción de la salud mental y no sólo se dirigen a la población que padece alguna enfermedad. Si se asume el planteamiento del discurso hedonista, entonces se puede comprender que las intervenciones preventivas ampliarán su espectro, ya que cualquier circunstancia en la que se pueda producir un posible dolor, es suficiente como para justificar una intervención.

De forma contra-argumentativa se podría sostener que, todas las personas pretendemos evitar el dolor y si se puede buscar el placer, por lo que, todas aquellas intervenciones que promuevan esta circunstancia podrían entenderse desde un punto de vista positivo. Ahora bien, el problema de promover intervenciones constantes y excesivamente preventivas es que, se distorsiona el límite entre las acciones de promoción de la salud, dirigidas a la totalidad de la población y/o a colectivos con mayor riesgo, y las intervenciones dirigidas a paliar la enfermedad mental, de manera específica. En consecuencia, se podría ver afectada la calidad de las intervenciones y se podría generar una dependencia de los sujetos no enfermos a intervenciones profesionales, disminuyendo su autonomía y capacidad resolutoria a la hora de afrontar un problema que tenga que ver con cualquier ámbito de su vida.

3. La patologización de la normalidad consiste en convertir aspectos comunes en elementos medicalizables (Rodríguez, 2008, p.72). La principal consecuencia de la medicalización se concreta en el incremento de las atenciones profesionales en casos no necesarios y por lo tanto en el auge de la inflación diagnóstica. En este sentido « La vida se convierte de una sucesión de diferentes etapas de salud en una serie de períodos cada uno de los cuales requiere distintos tratamientos.» (Rodríguez, 2008, p.75).

#### 4. Conclusión

En este artículo se ha puesto de manifiesto que la inflación diagnóstica es un hecho de suficiente envergadura como para ser abordado desde un punto de vista ético. Los errores éticos producidos en la elaboración del DSM-5, en la realización del diagnóstico psiquiátrico, en la comprensión del modelo de salud mental desde perspectivas exclusivistas, en la formación de los psiquiatras, en la publicidad farmacéutica y en el modelo de consumo propuesto como el idóneo, son la clave para comprender el aumento de la inflación diagnóstica. Al mismo tiempo la reflexión ética sobre estos parámetros y la elaboración de intervenciones prudentes en ellos, son el único modo de tomar conciencia y de limitar el aumento de la inflación diagnóstica. Pero para que las medidas éticas propuestas sean efectivas, deben de realizarse en todas las áreas, ya que el problema del diagnóstico psiquiátrico es multicausal. Este hecho es urgente, tanto en la reflexión, como en la intervención, ya que como se viene poniendo de manifiesto durante todo el desarrollo del trabajo, se ha producido un considerable aumento de personas con diagnósticos psiquiátricos en los últimos años y todos los indicadores apuntan a una continuidad en esta tendencia. Si no se toma conciencia de ello y se aborda teórica y prácticamente, se irá avanzando cada vez más hacia una sociedad en la que todos pueden ser considerados enfermos mentales y ser tratados por ello.

#### Bibliografía

- Amorós Peidor, Miguel (2008) Los situacionistas y la Anarquía, Bilbao, Mutturetakobururazioak, p. 11.
- APA (2013): *Diagnosis and Stastical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington VA., American Psychiatric Association.
- Casado, María (2004): *Las leyes de la bioética*, Barcelona, Gedisa, p.88-111.
- Casco Solís, Juan (1996): «"Curar la salud". En la Salud y en el Enfermedad.» *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura*, nº 25, p. 51-60.
- Chodoff, Paul (2001): «Mal uso y abuso de la psiquiatría: visión general», *La Ética en psiquiatría*, Paul Chodoff, Sidney Bloch, Stepehn A. Green (eds.), Barcelona, Editorial Triacastela, p. 57-73.
- Cruz Sáez, Marisol; Echebarría, Enrique; Salaberría, Karmele (2014): «Aportaciones y limitaciones del DSM V desde la psicología clínica.» *Terapia Psicológica*, Vol. 32, nº 1, p.65-74.
- Frances, Allen (2014): *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*, trad. Jorge Paredes, Barcelona, Ariel.
- García-Valde Casas, José; Vispe Astola, Amaia (2015): «La raya en la arena: la psiquiatría ente la ética y la industria farmacéutica.», *Norte de Salud Mental*, Vol XIII, nº52, p.33-43.
- Inchauspe Aróstegui, Jose A.; Valverde Eizaguirre, Miguel A. (2015): «Responsabilidad Social, Marketing e Industria Farmacéutica: A propósito del informe Mental Health and Integration.» *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, vol.35, nº 127, p. 619-631.

- Jiménez Arriero, Miguel Ángel; Muñoz de Morales, Antonio; Palomo, Tomás (2003): «Formación de los psiquiatras», *Retos para la psiquiatría y salud mental en España*, José Antonio Gutiérrez Fuentes, Juan Carlos Gómez Pérez, Juan José López-Ibor Aliño (eds.), Barcelona, Psiquiatras editores, p. 83-94.
- La Rosa Rodríguez, Emilio (2012): «Bioética, medicamentos, conflicto de intereses y control de calidad», *Revista de la Facultad de Derecho*, nº 69, p. 245-257.
- Martín Luis, Rodrigo (2013), «Los discursos comunicativos y sus relaciones con el consumo del siglo XXI.», *aDResearch ESIC*, Vol 7, nº 7, p.36-57.
- Pailhez, Guillem; Palomo Nicolau, Antonio (2007): «Multiplicidad diagnóstica en los trastornos de la personalidad», *Psiquiatría Biológica*, Vol.14, nº 3, p.92-97.
- Potestad M., Fabricio; Zuazu C. Ana Isabel (2003): «La salud mental en el siglo XXI», *Norte de salud mental*, p.9-18.
- Reich, Walter (2001): «El diagnóstico como problema filosófico», *La Ética en psiquiatría*, Paul Chodoff, Sidney Bloch, Stephen A. Green (eds.), Barcelona, Editorial Triacas tela, p. 192-217.
- Restrepo O, Diego A; Jaramillo E, Juan C. (2012): «Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública», *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 30, 2, p. 202-211.
- Rodríguez Díaz, Susana (2008): «El proceso de medicalización y sus consecuencias entre la moral, el poder y el negocio.», *Revista de sociología Pensamiento Crítico*, vol. 2, nº 2, p. 71-85.
- Santander, Fernando (coordinador) (2000):*Ética y praxis psiquiátrica*, Madrid, Asociación española de estudios.
- Valverde Eizaguirre, Miguel A. (2015): «El arte de hacer visible lo invisible: el marketing en el TDHA», *Norte de Salud mental*, vol. XIII, nº 52, p.11-26.

## Notas

1. Los problemas metodológicos del diagnóstico se ciñen a una circunstancia específica, la de la inflación diagnóstica. De manera que la problemática especificada hace referencia a los casos difusos, que en potencia podrían convertirse en errores diagnósticos inconscientes.
2. Existen otros problemas éticos vinculados con el diagnóstico psiquiátrico, en este artículo se centrará la atención en el que tiene que ver con el diagnóstico como método.
3. Ver la tabla 1 y 2 en el anexo para la comparativa de las modificaciones entre los manuales.
4. Pese a señalar los problemas éticos se comprende, aunque en este artículo no se profundizará en ello, que el DSM-5, también introduce aspectos valorados positivamente.
5. Comorbilidad es comprendida como la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales
6. La nosología es una parte de la medicina que se centra en describir y clasificar las enfermedades.
7. Es de honestidad académica señalar que, el uso de un modelo y un concepto bio-psico-social está adquiriendo una mayor relevancia, pero en el ámbito psiquiátrico, el modelo biomédico continúa siendo el imperante.
8. El análisis del papel de los psiquiatras en la inflación diagnóstica se realizará, no considerando el ejercicio de una praxis individual sino estudiando la capacitación ética que éstos tienen. Para ello, la investigación se centrará en la formación. En este caso no se tratará la cuestión de la investigación, pero este es un aspecto que conviene considerar.
9. El discurso debe de comprenderse desde un punto de vista pragmático, es decir, como creador de realidad

que influye en el personal sanitario, mediante los visitadores médicos, en el conjunto de la sociedad y en los pacientes.

10. Existen dos tipos de marketing; el directo y el indirecto. El marketing directo, en salud mental, es aquél que se dirige directamente al paciente y le presenta productos que requieren prescripción médica. EE. UU es el único sitio en el que se pueden dar este tipo de campañas publicitarias. Por este motivo, en este trabajo la referencia se centra en el marketing indirecto. Que es aquél que, aunque no vende de forma explícita el producto a los pacientes, si vende productos sin prescripción médica o crea campañas que promocionan discursos, sin hacer una publicidad directa del producto.
11. En cuanto al beneficio terapéutico comparativo lo que se valora es; que mejoras, a la hora de tratar la enfermedad, tiene el medicamento respecto de su anterior molecular. El problema es que en esta comparación no se valora el coste y no se presentan con claridad las modificaciones moleculares-las que en ocasiones son tan despreciables (aumento de moléculas de agua o azúcar)- que no podrían generar un gran cambio con respecto al beneficio del nuevo fármaco.
12. La autora utiliza este término literalmente en el texto para enfatizar la visión de consumo aplicada a la salud, ya que *Managed*, era una consideración realizada en otros ámbitos económicos en EE.UU. Se utiliza en este apartado el mismo término, para respetar la intención original de la autora al escribir el artículo.
13. Se hace referencia al consumidor como ciudadano-consumidor, para señalar el papel activo y de responsabilidad que éste tiene respecto de su ejercicio de consumo. Estas cuestiones se abordarán en los apartados que siguen.