

Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado

Alberto Ortiz Lobo, Iván de la Mata Ruiz.*

“Es cierto que, en todo buen médico hay algo de sacerdote, pero la ocurrencia de pretender reemplazar al sacerdote solo puede venirle a la cabeza al médico en unos tiempos en que se ha perdido la noción de los límites que separan la salvación de la salud”.

Ernst Jünger.
La emboscadura.

Definición del problema.

Los cambios asistenciales, políticos y socioeconómicos que se han producido en las últimas décadas han modificado las necesidades y demandas de la población en los sistemas sanitarios. La atención primaria y la salud mental son dos buenos ejemplos de cómo se ha producido esta transformación de la demanda que ha crecido cuantitativamente hasta niveles insospechados y también ha cambiado cualitativamente.

Las necesidades en salud son las que definen unos expertos en relación a unos estándares que establecen a partir de unos mínimos deseables. Estas son las *necesidades normativas*, porque las *necesidades sentidas* vienen definidas por la percepción de los sujetos, el conocimiento de la existencia de servicios para atender determinadas demandas y la capacidad de reconocer su estado. Las *necesidades expresadas* se corresponderían con el concepto de demanda, la formulación en un servicio de la necesidad sentida.

En los últimos años, los servicios de salud mental públicos están asistiendo a un incesante incremento de distintas demandas por parte de la población que no se corresponden con los trastornos o enfermedades clásicos y que tienen una respuesta técnica sanitaria muy dudosa. Son demandas que muchas veces tienen que ver con sentimientos de malestar estrechamente relacionados con los avatares de la vida cotidiana, sentimientos desagradables (tristeza, angustia, rabia, frustración, impotencia, soledad, odio, agresividad...) que aparecen en el contexto de un acontecimiento o situación vital estresante como respuesta emocional adaptativa, legítima y proporcionada y, por tanto, no patológica. Otras veces, las demandas están desencadenadas por sufrimientos, rechazos o temores del entorno inmediato al paciente ya que en el campo de la salud mental, la necesidad no siempre está determinada por el sufrimiento de la persona. Se ha calculado que un 24,4% de los sujetos que acuden a un centro de salud mental no presentan ningún trastorno mental diagnosticable según criterios de la CIE-10.

El sufrimiento y el dolor son inherentes a la condición humana y con anterioridad, este tipo de reacciones de malestar eran asumidas con normalidad y en todo caso, compartidas y amortiguadas en la red social de apoyo. En la actualidad, estos sentimientos ya no son experimentados como naturales y adaptativos, sino recodificados como patológicos o cuando menos se consideran suprimibles por un profesional. Este fenómeno se incluye en el proceso descrito como “medicalización de la sociedad” por el cual, cada vez más aspectos y elementos

En los últimos años, los servicios de salud mental públicos están asistiendo a un incesante incremento de distintas demandas por parte de la población que no se corresponden con los trastornos o enfermedades clásicos y que tienen una respuesta técnica sanitaria muy dudosa.

*Psiquiatras. Comunidad de Madrid.

de la vida de los ciudadanos se entienden y se tratan como un problema sanitario. No aprendemos a aceptar el sufrimiento como parte inevitable del enfrentamiento consciente con la realidad y llegamos a interpretar cada dolor como un indicador de la necesidad de la intervención de la ciencia aplicada. Desde siempre, la cultura ha hecho tolerable el sufrimiento al integrarlo dentro de un sistema de significados y ha afrontado así el dolor, la anormalidad y la muerte. Sin embargo, la nueva civilización médica aparta el dolor de todo contexto subjetivo o intersubjetivo con el fin de neutralizarlo mediante una solución técnica, por lo que propicia el consumo de servicios sanitarios a través de las revisiones periódicas, los chequeos y la medicalización de muchas etapas de la vida (nacimiento, embarazo, menopausia, envejecimiento, muerte...): las personas se han vuelto pacientes sin estar enfermas.

Se trata de un fenómeno cuya expresión se halla en las consultas de atención primaria y en los servicios de salud mental y, además, está inmerso en un contexto sociocultural, político-económico y asistencial que lo condiciona. El hecho de que sea coyuntural nos puede hacer pensar que podría desaparecer en el futuro, pero nos obliga a estudiar cuál es el entorno en el que surgió y en el que se desenvuelve ahora.

Epistemología psiquiátrica y la definición de enfermedad mental.

El concepto de enfermedad en una sociedad determinada y, por tanto, del objeto sobre el que se legitima al sistema sanitario a intervenir en él y sobre el que los ciudadanos se sienten legitimados a solicitar dicha intervención es un fenómeno de construcción social. En él, intervienen distintos niveles discursivos permeables unos a otros: el de la teoría (científico), el de la teoría de la práctica (tecnológico) y el de la prác-

tica (técnico). Por tanto, entender el proceso por el cual en nuestra cultura se ha ido conformando la demanda de tratamiento de sentimientos, malestares o conductas que anteriormente escapaban del dominio científico-técnico nos llevaría en primer lugar a considerar, los problemas epistemológicos internos del discurso científico de la psiquiatría a la hora de definir su objeto de atención. No hemos elegido en este artículo este eje argumental como el principal y esta renuncia merece al menos una explicación. La psiquiatría como actividad clínica y la psicopatología como la ciencia básica de la psiquiatría han intentando desde su constitución adecuarse a los procesos lógicos de inteligibilidad y objetivización del discurso médico moderno en las distintas etapas que lo conformaron sin conseguirlo: no ha habido una semiología coherente ni lesión de la etapa anatomoclínica, ni disfunción de la mentalidad fisiopatológica, ni causalidad etiopatogénica. Esto da cuenta de las dificultades teóricas de la psiquiatría en general para utilizar la aproximación médica en la definición del propio concepto de enfermedad y delimitar su nosología. Esto se pone de manifiesto con claridad en el campo de lo que hemos denominado malestar donde el proceso de medicalización obedece aun menos al avance del conocimiento científico sobre la naturaleza de unas supuestas enfermedades recientemente descubiertas que a la necesidad pragmática de una estructura conceptual que legitime las acciones de los psiquiatras o psicólogos en una sociedad que los inviste como capacitados para llevarlas a cabo. El desarrollo histórico de esta estructura conceptual (que ha permitido ampliar el objeto de atención de la psiquiatría y transformar la demanda, desde los antiguos lunáticos de los asilos del siglo XIX hasta el infeliz trabajador vejado por sus jefes de nuestros días) se explicaba mejor por aquellas aproximaciones que desde el nivel de la teoría de la práctica analizan el conjunto de factores sociales, políticos, asistenciales

Donde el proceso de medicalización obedece aun menos al avance del conocimiento científico sobre la naturaleza de unas supuestas enfermedades recientemente descubiertas que a la necesidad pragmática de una estructura conceptual que legitime las acciones de los psiquiatras o psicólogos en una sociedad que los inviste como capacitados para llevarlas a cabo.

y fuerzas normalizadoras que la han ido conformando. Esta es también nuestra perspectiva de fenómeno de medicalización del sufrimiento y la transformación de este malestar en demanda de atención sanitaria.

La cuestión de los límites entre lo normal y lo patológico aparece por tanto desde los orígenes de lo que hoy entendemos por psiquiatría en una doble lógica: en primer lugar con el propio proceso de legitimación social de la especialidad (ya los primeros alienistas trataban de hacerse valer como los únicos poseedores del saber que podía determinar la cordura o normalidad de los reos) y en segundo lugar con el discurso científico que justificaba determinadas prácticas sociales o asistenciales que o bien correspondían a otra lógica o eran previas, pero que en cualquier caso hacen de la cuestión del límite entre lo normal y lo patológico una cuestión histórica e ideológica. Nuestro análisis del proceso de medicalización del malestar y de la conformación actual de la demanda en los servicios de salud mental arranca en el periodo posterior a la segunda guerra mundial, no porque anteriormente no se hubiera planteado este tema (piénsese en el psicoanálisis, en los movimientos de higiene mental), sino porque es en esta época cuando se desarrollan los otros elementos imprescindibles para que estemos hablando de un problema en relación a la demanda: la culminación de los llamados estados sociales o de bienestar y los sistemas públicos de asistencia médica en los países occidentales en sus distintas versiones y grados de implantación.

Para una mayor claridad en la exposición, y aun a riesgo de simplificación, distinguiremos dos etapas ideológicas: una primera etapa coincidente con la expansión del estado de bienestar en la que se produce la captura del malestar por una mirada psiquiátrica más social y utópica, y una segunda que arranca con la regresión neoliberal en el que este malestar capturado es a la vez medicalizado y mercantilizado.

El Estado de Bienestar y la ampliación del objeto de atención en salud mental (1950-1980).

Las políticas de bienestar que se iniciaron en los países occidentales desde finales de los años cuarenta del pasado siglo, y que alcanzaron su esplendor durante las tres siguientes décadas, derivaron del consenso social y del compromiso de clases que pretendían cerrar las crisis de un capitalismo industrial y productivista. Los riesgos de enfermedad, vejez y desempleo eran amortiguados por el nuevo equilibrio social que giraba alrededor de la institución social del salario. La salud aparece así como un bien social y como un derecho conquistado que necesita una nueva organización asistencial dentro del aparato burocrático del estado moderno: los sistemas públicos de atención médica, cuyo máximo exponente son los sistemas nacionales de salud. Si la salud es un bien social, colectivo (y la filosofía asistencial se basa en la universalización de la asistencia, la atención integral, la prevención y la promoción de la salud), el concepto de enfermedad obligadamente tiene que superar la visión individual del riesgo y centrarse en un sentido positivo de conseguir la salud.

Es en este contexto ideológico donde aparece la definición de salud de la OMS de 1948 como un estado de bienestar físico, psíquico y social y su apuesta política por la salud pública. Dos hipótesis se barajaban: la primera, la de los planificadores de los sistemas sanitarios, consistía en la idea de que habiendo una cantidad limitada de morbilidad, el avance de la terapéutica daría por resultado una disminución de la misma y el costo anual de los servicios de salud se reducirían. La segunda, la de los salubristas, se basaba en la idea de que la aplicación de políticas de salud pública (no simplemente asistenciales) que transformaran las condiciones de vida de la población disminuiría la incidencia de las enfermedades.

Si la salud es un bien social, colectivo (y la filosofía asistencial se basa en la universalización de la asistencia, la atención integral, la prevención y la promoción de la salud), el concepto de enfermedad obligadamente tiene que superar la visión individual del riesgo y centrarse en un sentido positivo de conseguir la salud.

El nuevo paradigma de práctica de la medicina (y la salud mental) junto con los desarrollos de los sistemas asistenciales implicaban un cambio radical: el enfermo y la enfermedad es buscado activamente en la comunidad, incluso antes de su existencia.

La psiquiatría también se adecuó a este discurso social, colectivo y público. En el contexto ideológico de reconstrucción de la posguerra se retoma la crítica al manicomio y comienzan las distintas reformas psiquiátricas que se dieron invariablemente en Occidente con calendarios, procesos y resultados diferentes. El nuevo paradigma de la Salud Mental Comunitaria lejos de ser un cuerpo teórico coherente y uniforme abarca diferentes prácticas asistenciales inscritas en las epistemologías dominantes de cada país. Lo que les une es el deseo de una transformación de la asistencia en la que el campo de mirada de los médicos de la mente ya nunca más se restringirá al universo manicomial, sino que se abrirá al conjunto de la comunidad. Lo observado, los observadores, la metodología de observación y las técnicas de intervención sobre lo observado a la fuerza cambian en este nuevo espacio. Así el objeto de atención se amplía gracias a una idea de enfermedad, sobre todo en las neurosis, más cercana a la de la reacción de un sujeto ante el medio que a la de procesos morbosos específicos y que se refleja tanto en las primeras clasificaciones de la OMS como en las primeras ediciones de los DSM. Los observadores se especializan en distintas profesiones de la ayuda que alcanzan su sanción institucional y la tecnología de la observación se transforma con la aparición de la moderna epidemiología que busca cuantificar la morbilidad oculta y valorar los factores (sociales) de riesgo. Se van ensamblando las piezas del puzzle que acabará conformando la moderna estructura de atención en salud mental y que implicó un cambio sustancial en la atención a los enfermos.

El nuevo paradigma de práctica de la medicina (y la salud mental) junto con los desarrollos de los sistemas asistenciales implicaban un cambio radical: el enfermo y la enfermedad es buscado activamente en la comunidad, incluso antes de su existencia. Si la enfermedad existe antes de que la diagnostique el médico los límites inevita-

blemente se difuminan. En su exceso de optimismo la nueva tecnología de "lo psi", fue capturando en su campo categorías y procesos sociales, riesgos del ciclo de la vida y nuevos dilemas morales: las relaciones laborales, la insatisfacción de la sociedad de consumo, los problemas de la escuela, los problemas de pareja, la violencia, el embarazo, la vejez... Se institucionaliza así todo un sistema de expertos repartido en distintas agencias del Estado, incluidos los nuevos dispositivos de Salud Mental, que buscaban no solo atender la enfermedad sino paliar las contradicciones de una sociedad moderna cada vez más compleja donde los tradicionales mecanismos de la ayuda cercana eran progresivamente desarticulados. Aunque la necesidad percibida por parte de la población de contar con estos sistemas de expertos de lo "psi" todavía es incipiente, la proyección de este terapéutico no dejó de tener ya sus críticos entre los pensadores que buscaban una transformación más radical de la sociedad. Una crítica que se tiene que entender en este momento histórico y que iba dirigida a los riesgos de totalización del estado de bienestar. Lo que se defendía era la autonomía del individuo frente a lo que se temía como un nuevo panóptico y una nueva y más refinada forma de control social que al fin y al cabo no dejara de cuestionar los fundamentos básicos del sistema capitalista.

En cualquier caso el fenómeno resultó imparable. La ampliación del objeto de atención de la psiquiatría (ya salud mental) se produce de manera similar al resto de la medicina: ampliación, tecnificación, especialización y con un sentido de búsqueda activa de la morbilidad al servicio de un modelo público de salud. Medicalización y psiquiatrización activa y positiva, en exceso optimista, promovida por un Estado garante del derecho social de la salud. Sin embargo los planificadores no pensaron que la salud se convertiría en objeto de consumo y fuente de valor social y que lejos de limitarse la

demanda se produciría la paradoja de que cuanto más recursos sanitarios tenga una sociedad más enferma se siente. Enfermos reales o sentidos, enfermedades clásicas y posmodernas, técnicas y profesionales se multiplicarían. Y lo hicieron en nuevo contexto económico y político en el que, sobre el triangulo de Estado reparador, expertos de la ayuda y población necesitada, irrumpió a partir de los años ochenta un elemento hasta ahora marginal: el mercado de la salud como generador de necesidades.

Neoliberalismo y transformación de la demanda.

El estado de bienestar amplió el objeto de la psiquiatría en un momento de cohesión y coherencia social y de optimismo terapéutico, pero la lógica en el que se desarrolló puso la semilla para que en el contexto de la contrarreforma neoliberal que empezó en los años 80 la demanda experimente un aumento y una transformación.

Uno de los objetivos de los gobiernos neoliberales es reducir la intervención del Estado que, desde este punto de vista, se había convertido en demasiado poderoso a expensas de la libertad del individuo. En el nuevo ideario la libre empresa y la iniciativa individual crearían un nuevo clima económico y se generaría prosperidad. Se estructura una nueva organización del trabajo basada en la flexibilidad y la temporalidad y se introducen progresivamente elementos de privatización y gestión empresariales en los servicios públicos (hasta ser vendidos muchos de ellos a la empresa privada) para superar la burocracia del aparato estatal. En la línea con este modelo económico, en la sanidad se establece un mercado sanitario cuyos beneficiarios son la industria farmacéutica, las empresas sanitarias y algunos sectores profesionales. La salud se convierte en una mercancía que se obtiene, en un bien particular

cada vez más distante, que nos incita a consumir más servicios médicos. En este mercado una de las estrategias para poder alcanzar mayores beneficios es ampliar la oferta asistencial con la creación de nueva demanda: el malestar, la intimidad y los sentimientos suponen un campo rentable a mercantilizar con potenciales clientes consumidores de psicofármacos y terapias psicológicas.

Este nuevo orden económico se acompaña de cambios sociales y una nueva cultura del individuo se eleva sobre el Estado y triunfa la construcción individual de la sociedad sobre la colectiva. El desenclave de las tradiciones y las nuevas reorganizaciones de espacio y tiempo provistas por las nuevas tecnologías, liberan a las relaciones sociales de su fijación a unas circunstancias locales específicas. Se transforma en estas circunstancias el contenido y la naturaleza de la vida social cotidiana y se produce una mayor desarticulación de las redes sociales tradicionales de contención, y un cuestionamiento de aquellas instituciones del consenso social del Estado de Bienestar (seguros de desempleo, pensiones, ayudas sociales, sindicatos, servicios sociales públicos..) que habían sustituido a estas redes. Los valores y creencias ya no tienen coherencia y mucho menos continuidad en un mundo de consumo y cultura del éxito, múltiples medios de comunicación y postmodernidad globalizada. La elección individual reina de forma indiscutible y la duda, la ansiedad y la inseguridad son el precio a pagar por esa sensación de disponer de múltiples opciones. Con esta libre elección del individuo al amparo de la sociedad de consumo surgen patologías mentales que son fruto de esa libertad como los trastornos de la alimentación, las adicciones con o sin sustancia... pero también surgen demandas que son consecuencia de esa "libertad", de esa individualización forzada que produce una tremenda inseguridad y malestar en el sujeto. Se impone la necesidad de expertos (guías en lo psicológico-psiquiátrico) que le apo-

En este mercado una de las estrategias para poder alcanzar mayores beneficios es ampliar la oferta asistencial con la creación de nueva demanda: el malestar, la intimidad y los sentimientos suponen un campo rentable a mercantilizar con potenciales clientes consumidores de psicofármacos y terapias psicológicas.

yen, aconsejen y curen sus sentimientos de duda y fracaso en los ámbitos familiares, sociales y laborales de su trayectoria vital. En este estado de insatisfacción permanente la psicoterapia y los psicofármacos aparecen como el bote salvavidas, especialmente si lo que se propone es superar las inhibiciones, satisfacer los requerimientos emocionales y obtener la gratificación inmediata del impulso y dejar para otros valores morales que tengan que ver con subordinar las necesidades o los intereses a los de los demás o a algo fuera de uno mismo. Todo queda dentro del individuo, ya sea a través del conflicto psicológico ya sea por los neurotransmisores.

La industria farmacéutica, las empresas sanitarias y sectores profesionales son los que se benefician de la aparición de este malestar como demanda en salud mental y participan activamente en la conformación de la necesidad sentida de atención. De estos agentes creadores de necesidad la industria farmacéutica tiene un papel estelar en reducir al discurso médico los sentimientos derivados de vivir en sociedad (en esta sociedad). El recorte de las ayudas públicas a la investigación farmacológica ha permitido que las compañías privadas controlen en mayor medida este sector. La investigación se orienta en función de la rentabilidad del mercado (y no de las necesidades sanitarias de la población) y la industria farmacéutica conquista además una buena parte del control del conocimiento a través de la formación de los médicos y la propaganda en los distintos medios de comunicación especializados y generales. Se comercializan psicofármacos, con un respaldo mediático enorme, como panaceas que se convierten en auténticos productos superventas.

Los profesionales de la salud mental, principalmente a través de sus órganos corporativos, también participan del mercado sanitario divulgando un discurso científico que certifica su papel de expertos y que sitúa a la psiquiatría y la psicología de forma casi omnipresente en la vida

de las personas. Las categorías de los trastornos mentales han aumentado en los últimos años en número (de 106 en el DSM-I de 1952 a 357 en el DSM-IV de 1994) y en prevalencia (ha habido en los últimos años auténticas "epidemias" de depresión, fobia social, trastorno por déficit de atención, trastorno por estrés posttraumático...) lo que legitima un mayor protagonismo de los profesionales. Se ha producido un cambio en la concepción de enfermedad mental que se ha visto reflejado en las clasificaciones nosográficas. La aparición del DSM-III-R en 1980 fue un intento de racionalizar y limitar el objeto de la atención psiquiátrica como reacción al exceso psicoanalítico. Se trataba de un consenso supuestamente ateo que creó un lenguaje común en la comunidad psiquiátrica mundial y con el resto de la medicina a costa de un empobrecimiento de la psicopatología. Esta nosología, acorde con el individualismo, comenzó a desechar la idea de reacción al medio (principio fundamental de la biología y de la medicina del siglo XX) por su intento de ser descriptiva y no valorar causalidades (aunque la causalidad biológica si está implícita y en primer orden de importancia jerárquica) y favoreció por tanto la investigación psicofarmacológica justo en un momento en que la industria consiguió el monopolio de esta investigación (las clasificaciones se diseñan por consenso y aquí están claros los lobbies que influyen en su desarrollo). La consecuencia es que en lugar de limitar el objeto de atención lo que han producido las últimas clasificaciones nosográficas es una medicalización y reduccionismo neuroquímico del objeto ampliado antes.

Si en el estado de bienestar el Estado era el tercero en discordia en la relación médico-paciente, en el desarrollo del capitalismo posmoderno el mercado se constituye en el agente de esta relación que crea el saber y los mitos que han de compartir médicos y enfermos. Si la crítica radical iba dirigida a la intromisión de estado en el individuo y en la relación médico-enfermo

La investigación se orienta en función de la rentabilidad del mercado (y no de las necesidades sanitarias de la población) y la industria farmacéutica conquista además una buena parte del control del conocimiento a través de la formación de los médicos y la propaganda en los distintos medios de comunicación especializados y generales.

ahora la resistencia paradójicamente se articula en defender los restos del estado de bienestar que tanto se entrometía.

Implicaciones en el modelo de atención público en salud mental.

La psiquiatrización de la vida cotidiana está favoreciendo un proceso de aculturización en el que el dolor y el sufrimiento son descontextualizados de la biografía del individuo, del entorno social en el que se desenvuelven y son recodificados como problemas a los que les corresponde una respuesta técnica sanitaria. Respuesta por otro lado de dudosa eficacia. El malestar pierde todo significado y se normaliza en virtud de un diagnóstico y un tratamiento. Se enmarca en lo psicológico y en lo íntimo asuntos de orden ético y de ámbito público y esto puede colocar al individuo como un espectador pasivo y enfermo ante los avatares de la vida. De alguna manera, se puede invalidar la capacidad de afrontamiento y se fomenta la necesidad de los ciudadanos de que sus conductas y emociones que pasen a ser gestionadas por unos expertos que son los profesionales de la salud mental. La salud mental se convierte en la coartada individualizada frente a situaciones sociales injustas, respaldando el debilitamiento de las redes tradicionales de contención o llenando el vacío que dejan otras instituciones sociales o agencias del estado en proceso de derribo: cuidadores de ancianos sin ayudas familiares, prejubilados en busca de pensión, víctimas de relaciones laborales injustas que el propio sindicato deriva a los técnicos de lo "psi" conforman un paisaje de malestar que contagia el otro lado de la mesa. Por otra parte, la divulgación de lo psicológico y lo psiquiátrico en forma de un conocimiento presuntuoso, sugerente y superficial a través de los

medios de comunicación, ya sea por intereses profesionales corporativos, ya sea como elemento de marketing de las multinacionales farmacéuticas, populariza la salud mental desvirtuándola como conocimiento y tecnología.

Como el SNS no tiene recursos ilimitados, una de las consecuencias que se produce con el tratamiento del malestar es la saturación de la oferta asistencial y el peligro de recortar las prestaciones al resto de pacientes. Los más perjudicados en este caso serían los pacientes más graves que sufrirían la ley de cuidados inversos por la que se proporciona más atención a quien más la demanda y no a quien más la necesita. De hecho, se ha descrito la tendencia de los profesionales a tratar a los pacientes que mejor funcionan porque son mucho más gratificantes que los más graves por lo que se desvían los recursos asistenciales hacia los primeros. Además, el incremento de las consultas en los servicios sanitarios por el malestar puede producir un aumento del gasto en medicamentos de dudosa eficacia en estos problemas y formidables precios, de manera que los fabulosos ingresos de la industria farmacéutica amenazan la viabilidad de los Sistemas Nacionales de Salud. Muchos profesionales y pacientes reclaman más recursos y posibilidades de terapias psicológicas y de asesoramiento para poder atender a esta población pero se ha descrito que cuanto más aumentan los recursos más se incrementan las demandas. ¿Hasta cuanto? La idea de que hay necesidades masivas no atendidas en salud mental es un mito generado por la expansión de los límites de la psiquiatría y la creencia de que hay tratamiento para cualquier problema, en un proceso de medicalización de la vida cotidiana que se ampara en conseguir un completo bienestar en vez de la ausencia de enfermedad. No hay sistema sanitario en el mundo que pueda satisfacer todas las demandas porque estas no tienen límite.

Bibliografía.

Baca Baldomero E. Los límites de la psiquiatría: entre la demanda de curación y la búsqueda de la felicidad. En Enrique Baca y José Lázaro (editores). Hechos y valores en psiquiatría. Fundación Archivos de Neurobiología. Editorial Triacastella. Madrid 2003.

Castel R. Edición en castellano: La gestión de los riesgos: de la antipsiquiatría al post-análisis. Anagrama, Barcelona 1984.

Fernández Liria A. De las psicopatologías críticas a la crítica de la psicopatología. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría 2001; 80:1479-1482

Foucault M. Edición en castellano: El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI editores Argentina S.A., edición de 2003.

Giddens A. Edición en castellano: Modernidad e identidad del yo. Península. Barcelona 1995.

Heally D. The creation of psychopharmacology. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts 2002

Huertas R. Del Manicomio a la Salud Mental. Fondo de investigaciones sanitarias de la Seguridad Social. Madrid 1992.

Illich I. Edición en castellano: Némesis médica: la expropiación de la salud. Barral, Barcelona 1971

Lasch C. Edición en castellano: La cultura del narcisismo. Andrés Bello. Barcelona 1999.

Leal Rubio J. ¿Nuevas demandas, nuevas necesidades en atención a la salud mental? En Leal Rubio J (coordinador): Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios. Madrid 1997.

Ortiz Lobo A. Consultas sin patología en un centro de salud mental (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Medicina. 2004.

Rendueles G. Psiquiatrización de la ética. Ética de la psiquiatría: el idiota moral. En Santander F (coordinador). Ética y praxis psiquiátrica. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios. Madrid 2000.

Senett R. Edición en Castellano: El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad. Anagrama, Barcelona 2003.

Villagrán Moreno JM. La crítica de la psicopatología solo tiene sentido desde la psicopatología crítica. Rev Asoc Esp de Neuropsiquiatría 2002; 82:1497-1507.