

¿Quo vadis, psiquiatría?

Quo vadis, psychiatry?

JOSE G.-VALDECASAS CAMPELO^a, AMAIA VISPE ASTOLA^b

(a) *Hospital Universitario de Canarias, Servicio Canario de Salud, La Laguna (Tenerife), España.*

(b) *Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Servicio Canario de Salud, Santa Cruz de Tenerife, España.*

Correspondencia: Jose G.-Valdecasas Campelo (jose_valdecasas@hotmail.com)

Recibido: 04/10/2017; aceptado: 24/10/2017

Resumen: En este artículo llevamos a cabo una breve introducción a la cuestión de lo que se ha dado en llamar "postpsiquiatría". Desde el artículo fundacional de Patrick Bracken y Philip Thomas en 2001 hasta nuestros días, y con la perspectiva de los más de 15 años transcurridos, intentamos analizar algunos aspectos de este movimiento plural, así como las reacciones que se han producido en contra del mismo, planteando cuál es nuestra posición personal en el debate acerca de qué tipo de psiquiatría queremos tener y cómo encaminarnos hacia ese objetivo.

Palabras clave: postpsiquiatría, psiquiatría, antipsiquiatría, psiquiatría crítica.

Abstract: In this article we provide a brief introduction to the question of what has been called "postpsychiatry". From the foundational article by Patrick Bracken and Philip Thomas in 2001 to the present and with the perspective of the more than 15 years elapsed, we try to analyze some aspects of this plural movement, as well as the reactions that have occurred against it, exposing our personal position in the debate about what kind of psychiatry we want to have and how can we contribute towards that goal.

Key words: postpsychiatry, psychiatry, antipsychiatry, critical psychiatry

COMO PODEMOS LEER en la nunca bastante valorada *Wikipedia*, de acuerdo con los “Hechos de Pedro”, uno de los primeros libros apócrifos acerca de los hechos de los apóstoles, en el año 64 de nuestra era el emperador romano Nerón comenzó una persecución contra los cristianos que llevó a San Pedro a huir de Roma por la Vía Apia. En el camino, Pedro se encontró (¿tuvo una alucinación visual compleja?, ¿relató luego un recuerdo delirante?; ah, la psiquiatría siempre tan aburrida...) con Jesucristo, que iba cargando con una cruz.

Pedro preguntó: “*Quo vadis, Domine*” (“¿adónde vas, Señor?”), a lo que la visión le respondió: “*Romam vado iterum crucifigi*” (“voy hacia Roma para ser crucificado de nuevo”). Ante esto, San Pedro, avergonzado, volvió a Roma para continuar sus predicaciones, siendo finalmente martirizado y crucificado cabeza abajo. En el lugar de su muerte, según la tradición, se levanta hoy la Basílica de San Pedro de la Ciudad del Vaticano, y Roma es el centro absoluto de la cristiandad.

Esta leyenda tiene, evidentemente, un mensaje. Hay momentos en la vida de un ser humano y en la historia de una sociedad en los que se plantea una determinada elección, un cruce de caminos se abre y es necesario elegir: volver a Roma o huir lejos. Sin duda, la elección es más evidente cuando afecta a una única persona o, al menos, sus efectos lo son: huir te lleva a salvar la vida y volver te lleva al martirio (y, de paso, a fundar el cristianismo y la Iglesia Romana; otra cosa es que eso te compense el sacrificio o no). Naturalmente, en el momento de elegir uno no puede conocer las consecuencias exactas de tal elección, pero sin duda deben ser asumidas como propias: Pedro conocía el riesgo pero no quiso abandonar su misión. Por otra parte, cuando es una determinada sociedad la que se encuentra en la encrucijada, no elige como un solo individuo, sino que el camino por el que transite dependerá de las elecciones individuales de sus miembros y de la capacidad de generar con ellas un movimiento popular que las trascienda.

Creemos que la psiquiatría se encuentra en un momento tal, en un cruce de caminos en el que se juega no tanto su existencia, sino de qué manera va a existir en las próximas décadas. La psiquiatría, como dispositivo de control social de la locura (o, más recientemente, del malestar) y como disciplina de estudio de la conducta humana considerada anormal, no puede no existir en una sociedad dada –al menos, no en las sociedades que hemos conocido hasta ahora–. Sin embargo, qué tipo de psiquiatría funcione, cómo se manejen esos fenómenos o cómo se estudien esas conductas, todo ello está sujeto a discusión y puede ser cambiado.

La encrucijada en que se encuentra la psiquiatría actualmente, planteamos, no es del todo nueva. Ya ha habido disyuntivas previas entre psiquiatría psicoanalítica y psiquiatría biológica, entre psiquiatría oficial y antipsiquiatría, etc., pero nos detendremos en la que nos atañe. La psiquiatría actual sigue un modelo que ha dado en llamarse biologicista (o, más adecuadamente, y como no nos cansamos de denun-

ciar (1), biocomercial), con el que casan más o menos bien modelos psicológicos cognitivo-conductuales y algunas otras variedades. A partir de los años 80 del siglo pasado, coincidiendo con la aparición del DSM-III de la APA y de los nuevos, caros y falsamente publicitados como inocuos antidepresivos ISRS, devino hegemónica esta psiquiatría biologicista que pone todo el acento en lo somático, en busca de causas que no terminan de aparecer y basándose en tratamientos cada vez más caros de escasa eficacia y riesgos no despreciables. Esta psiquiatría biologicista hegemónica recibía, hasta comienzos del siglo XXI, críticas por parte de orientaciones psicoanalíticas o sistémicas, sin mayor repercusión. Pero fue en 2001 cuando Patrick Bracken y Philip Thomas (2) publicaron en el *British Medical Journal* el que se considera como artículo fundacional de la postpsiquiatría, titulado en castellano (3) precisamente: “Postpsiquiatría: un nuevo rumbo para la salud mental”.

Este artículo, en cierto sentido, fue el pistoletazo de salida para lo que vino después. No tanto como iniciador de un movimiento que es tremendamente variado y diverso, sino más bien como síntoma de algo que empezaba: un cuestionamiento cada vez mayor a la teoría y la práctica psiquiátrica oficial, no solo desde los márgenes de la disciplina o desde paradigmas enemigos, sino por parte de profesionales respetables que escribían en revistas aún más respetables y que se alineaban dentro de los parámetros del método científico y la medicina basada en la evidencia, como quedó patente en un artículo posterior (4) firmado por los mismos Bracken y Thomas junto a otros veintisiete autores, entre los que se encontraban los más que conocidos Sami Timimi o Joanna Moncrieff. En este segundo trabajo, publicado en 2012 en el *British Journal of Psychiatry*, ya no se hacía una mención expresa al término “postpsiquiatría”, pero se profundizaba en ese camino: un cuestionamiento directo al llamado “paradigma tecnológico” de la psiquiatría actual, con amplia referencia a múltiples estudios que atacan las creencias previamente establecidas (y fomentadas por la perversa connivencia entre la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios) sobre eficacias y seguridades de los psicofármacos o el electroshock, dejando constancia de que muchas veces dichas eficacias y seguridades no son tan positivas como hemos dejado que nos contaran durante mucho tiempo.

Esta corriente, esta postpsiquiatría, parte de una posición filosófica muy concreta y explícita, anclada en la postmodernidad y defensora de un punto de vista narrativo y sin duda social. Un enfoque que, sin renunciar ni un ápice a la ciencia y su método, pretende rescatar el valor de la palabra y el discurso, pero no solo el de los profesionales, sino el de los pacientes, usuarios, ex-usuarios, sufridores o supervivientes de la psiquiatría (o como quiera llamarse cada cual por delante de cómo queramos llamarle nosotros). En estos trabajos se hacía referencia a los movimientos de escuchadores de voces que tanto se han extendido en estos años, y a la necesidad ineludible de que los derechos de los pacientes y su visión de lo que les ocurre sean respetados y validados.

Desconocemos si Bracken y Thomas, o sus colegas, crearon realmente el término “postpsiquiatría” o si, a su vez, lo descubrieron en algún otro trabajo. No tiene mayor importancia. En cualquier caso, lo popularizaron y fueron la punta de lanza de lo que había de venir. ¿Y qué fue lo que vino después, desde la aún escasa perspectiva que dan los quince años transcurridos? El artículo original planteaba, o así creímos entenderlo nosotros, una idea interesante: frente a la psiquiatría oficial existente y hegemónica (aún hegemónica quince años después, debemos señalar) se había erigido en su contra la llamada antipsiquiatría. Bracken y Thomas señalaban con acierto los problemas de ambos enfoques maximalistas y situaban a la postpsiquiatría como posible síntesis superadora: “La postpsiquiatría intenta avanzar más allá del conflicto entre psiquiatría y antipsiquiatría. La antipsiquiatría defendía que la psiquiatría era represiva y se basaba en una ideología médica errónea; sus defensores querían liberar a los pacientes de sus grilletes. Por otra parte, la psiquiatría acusaba a sus oponentes de estar mediatizados por su ideología. Ambos grupos coincidían en la suposición de que había un modo correcto de entender la locura, y que podría encontrarse la verdad acerca de la locura y el sufrimiento. La postpsiquiatría enfoca el asunto de otra manera. No pretende proponer nuevas teorías acerca de la locura, pero abre espacios en los que otras perspectivas, previamente rechazadas, pueden contemplarse. Y como punto crucial defiende que la voz de los usuarios y los supervivientes debe ser la principal”.

Georg Wilhelm Friedrich Hegel fue un filósofo alemán que vivió entre el siglo XVIII y el XIX, de extraordinaria importancia en la historia del pensamiento occidental y de enorme influencia en diferentes corrientes filosóficas posteriores. Hegel construyó el que para muchos fue el último gran sistema capaz de explicarlo todo. Y, en el caso del idealismo hegeliano, “todo” significaba realmente “todo”. La historia de la humanidad, el desarrollo del universo, el devenir del espíritu, todo se desplegaba ordenadamente siguiendo un camino ineludible hacia la perfección. Este despliegue funcionaba a partir de un enfrentamiento entre polos opuestos, llamados tesis y antítesis, de los que surgía una estadio posterior y superior, una síntesis, capaz de aunar lo mejor de las dos posiciones previas enfrentadas. El progreso se convertía en algo inevitable y cualquier fracaso aparente, cualquier mal, resultaba ser solo el paso necesario para llegar a una mayor perfección.

Desde nuestro punto de vista, el planteamiento de Bracken y Thomas de la postpsiquiatría como síntesis superadora de psiquiatría y antipsiquiatría es deudor de un punto de vista hegeliano, optimista por naturaleza, que ve el triunfo del progreso como algo no ya posible o probable, sino directamente inevitable (en nuestro caso, el dejar atrás psiquiatría y antipsiquiatría para alumbrar una postpsiquiatría que supere los defectos de ambas y se convierta en un verdadero instrumento de ayuda para la gente con problemas de salud mental, sea eso lo que sea). Durante años,

compartimos este optimismo hegeliano. Cada vez más signos a nuestro alrededor nos indicaban el avance de los tiempos, nos hacían creer en un *Zeitgeist* liberador que superaría todos los males de la psiquiatría actual: el paternalismo hacia las personas que atendíamos, la medicalización y psiquiatrización de cualquier malestar, la corrupción por parte de los intereses económicos de la industria farmacéutica, etc. Todo ello estaba próximo a su fin. Pensábamos que el hecho de cada vez más voces de profesionales –Moncrieff (5), Ortiz (6), Desviat (7), Read (8), Bentall (9), Gøtzsche (10), Goldacre (11), De la Mata (12), nosotros mismos (13), etc.–, de usuarios o supervivientes de la psiquiatría –Fernando Alonso (14), Juan M.R. (15), Joan García (16), etc.– o gente de otros ámbitos, como el periodismo –Whitaker (17), Lane (18)– o la antropología –Correa-Urquiza (19)–, alzaran su voz contra el paradigma imperante haría inevitable que no solo los profesionales o los pacientes, sino la misma opinión pública, se rebelara y pidiera –no, ¡exigiera!– un cambio en la psiquiatría, una postpsiquiatría. Un poco a la manera como Sócrates defendía que el ser humano, al ser confrontado con el bien, con lo correcto, no podía evitar seguirlo, sin duda alguna; un camino que, por desgracia, le llevó directo a la cicuta. Nosotros no hemos acabado ahí, desde luego, pero no hemos visto cumplido nuestro sueño, hemos perdido nuestro optimismo. Ya dijo Sartre que el ser humano interpreta el signo como prefiere. Y nosotros caímos en esa interpretación que no se ha demostrado correcta.

En los más de quince años transcurridos, es cierto que han pasado muchos casos y muchas cosas. Sin duda se ha avanzado. Es hoy objeto de debate en varios parlamentos autonómicos la cuestión de las sujeciones físicas a personas con problemas de salud mental, exigiéndose auditorías y protocolos que delimiten y, sería la meta última, ignoramos si alcanzable, prohíban esa práctica. Cada vez más profesionales son conscientes de la no inocuidad de los psicofármacos que prescribimos y se preocupan por los potenciales efectos secundarios graves sobre todo a largo plazo que pueden aparecer. Ya no es en absoluto raro ver en congresos y jornadas de salud mental a personas diagnosticadas como voces en primera persona que desde las mesas de ponentes o desde el público hacen valer su voz, su experiencia, su sufrimiento y su opinión en terrenos antes totalmente vedados. También va aumentando la aparición de eventos formativos que son realizados con independencia de la industria farmacéutica, tanto en salud mental –y aquí hay que hacer mención a la decisión que la *Asociación Española de Neuropsiquiatría* viene tomando en esta dirección– como en otras especialidades y disciplinas. Les aseguro que cuando empezamos nuestra vida profesional, hace unos veinte años, cualquier cuestión de las arriba mencionadas era casi impensable. Por poner un último ejemplo, que creemos de especial interés, hace un tiempo se planteó un pequeño debate en una red social acerca de un artículo titulado: “¿Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las

personas con psicosis? Una reflexión sobre el tratamiento de las psicosis” (20). El asunto no es baladí: una larga tradición en psiquiatría, aún mucho más vigente de lo que debería, defiende que el paciente debe hacer lo que se le diga “por su bien” y que no ha lugar a que pueda negarse a un determinado tratamiento farmacológico o de otro tipo. Un ex-usuario de la psiquiatría dijo que el hecho de que se planteara tal título como una pregunta era -no recuerdo el término exacto que empleó- ofensivo e inaceptable. Lo que muestra al mismo tiempo cuánto hemos avanzado y cuánto nos falta aún.

Cuando reflexionamos sobre estos avances, parece sencillo caer en la ilusión del progreso, de la inevitabilidad de esa postpsiquiatría que acabará con paternalismos, iatrogenias y corrupciones diversas. Sin embargo, como ya dijo Newton en su tercera ley, a cada acción siempre se opone una reacción igual pero de sentido contrario. Y eso ha ocurrido también en nuestro ámbito. Cada vez son más frecuentes las declaraciones y los artículos de supuestos expertos cuestionando las críticas que desde distintos ámbitos se realizan a los riesgos del uso de antipsicóticos a largo plazo, o pretendiendo restar credibilidad a la voz de profesionales críticos (ya sea por no ser médicos, o por no ser psiquiatras o por...), o negando voz y voto a personas diagnosticadas que intentan hacer valer sus razones bajo el argumento de que son “falsos positivos” (argumento genial: si cuestionas la psiquiatría en un foro público, es que no eres un auténtico paciente; si lo haces en uno privado, es que no tienes conciencia de enfermedad; la psiquiatría, como de costumbre, amaña las cartas para no perder nunca), etc.

Y el caso es que el sistema psiquiátrico-industrial, lo que solemos llamar la psiquiatría biocomercial, es un entramado de intereses económicos y profesionales que tal vez llegue a ser invencible. La industria farmacéutica marca a la psiquiatría, sin excesivas resistencias por parte de esta, en lo referente a la hiperinflación de categorías diagnósticas, a la extraordinaria psiquiatrización de condiciones y malestares cuyo origen es la propia vida (o, cada vez con más frecuencia, los condicionantes sociales: desigualdad, paro, precariedad, pobreza, etc.), al dominio absoluto sobre la investigación psiquiátrica y a la más que relativa innovación farmacológica, desarrollando un marketing sobre la población (no se pueden anunciar fármacos de prescripción facultativa, pero sí enfermedades), sobre asociaciones profesionales o de familiares y usuarios y, por supuesto, sobre profesionales en su inmensa mayoría encantados de ser invitados a comer o a viajar por empresas cargadas de multas por comportamientos poco éticos o directamente criminales (21). Y el sistema psiquiátrico actual, contra el que pretendió alzarse la postpsiquiatría intentando rescatar todo lo positivo y acabar con lo negativo, colabora con los manejos de dicha industria y persiste negligentemente en sus vicios y errores: paternalismo desaforado hacia unos pacientes que muchas veces no son tratados como adultos con sus derechos

sino como ciudadanos de segunda; medicalización de todo lo que pasa por la puerta de la consulta sin saber redirigir lo que con frecuencia son problemáticas sociales al ámbito social donde puedan ser susceptibles de solución, en vez de enfocarlas en un ámbito individual donde no harán otra cosa que cronificarse, etc.

Y este es un aspecto a destacar: una parte de las críticas que hace la postpsiquiatría, o al menos algunos de los autores que con ella nos identificamos, se centra en que la psiquiatría está desempeñando una función de control social, situando y manteniendo como malestares individuales lo que son problemáticas sociales que deberían abordarse de forma colectiva. Aquí hay puntos de coincidencia claros entre la postpsiquiatría y fenómenos de crítica social y política que recorren Europa en los últimos años. Fenómenos de crítica al neoliberalismo imperante (22) que apuntan a una conclusión evidente: no podrá haber un auténtico cambio en la psiquiatría si no hay simultáneamente un cambio más amplio en la sociedad. Un cambio que traiga un empoderamiento de la gente, una mayor democratización, que no se limite al hecho de elegir de vez en cuando un representante u otro, un mejor reparto de la riqueza que disminuya la desigualdad existente, un enfoque de las políticas en las necesidades de las personas: pensiones, sueldos, becas, educación, sanidad, dependencia, etc., y no en las necesidades de grandes empresas multinacionales o conglomerados bancarios de enormes beneficios privados y pérdidas adecuadamente socializadas de forma pública, etc. Un cambio, yendo a lo concreto, que, por ejemplo, suponga la creación de una industria farmacéutica pública transnacional que permita disponer de fármacos a precios razonables y que investigue en novedades que supongan una diferencia, más allá de cambios cosméticos en una molécula ya conocida para prolongar los beneficios de la patente. Un cambio que traiga una legislación que haga públicos todos los datos disponibles de los ensayos clínicos, hoy ocultos porque su revelación no conviene a los intereses comerciales de las empresas farmacéuticas que los han llevado a cabo. Un cambio que haga cumplir la ley en cuanto a la autonomía del paciente y a su respeto como ciudadano con derechos y responsabilidades.

Karl Marx fue en cierto sentido un heredero de Hegel que siguió sus propios derroteros y del que suponemos han oído hablar. Marx analizó los condicionantes económicos de la sociedad, que consideró infraestructurales, más acá de superestructuras ideológicas o culturales. Para lo que nos ocupa, queremos señalar que también cayó en un cierto determinismo optimista: el capitalismo tenía insertas sus propias contradicciones y estas, inevitablemente, traerían a la larga el triunfo del comunismo. Por supuesto, pensadores marxistas posteriores han reelaborado estos planteamientos, pero creemos importante señalar la misma idea que antes: no llegará ese cambio, ya sea en la psiquiatría o en la misma sociedad, de forma inevitable. La lucha de clases no parece encaminada a su final con el triunfo de la clase trabajadora. El capital ha triunfado haciéndonos creer que la lucha de clases no existe. Y así nos va.

Ante tanto pesimismo, ¿qué hacer? Pues como diría Horkheimer, por ejemplo, seguir luchando. Luchar aunque todo esté perdido y aunque no haya paraíso al final del camino. Luchar por todas las víctimas de la Historia, por todos los hombres y mujeres que lo hicieron antes que nosotros intentando convertir el mundo en un lugar mejor... Como nos gusta decir, luchar sin miedo y, si es preciso, sin esperanza.

No podemos pensar que el triunfo es inevitable porque, desde luego, no es así. Pero tampoco hemos de pensar que es imposible. Existió la esclavitud y, en un momento dado, fue abolida. Hubo reyes absolutos en Francia y zares en Rusia y hoy no están. Morían niños en todas las familias por enfermedades terribles y hoy, al menos en nuestro rico Occidente, raramente ocurre. Había democracias que, a pesar de llamarse así, condenaban a la mitad de la población, a las mujeres, a no tener los mismos derechos ni siquiera sobre el papel o a no votar, y hoy algo se ha avanzado. Y todo se logró porque determinadas personas pensaron que las cosas podían cambiar. Y lucharon por ello. Y lo consiguieron.

La postpsiquiatría es un intento de mejorar las cosas. Un intento de desarrollar una psiquiatría más útil para las personas que atiende y para la sociedad en la que opera y, ante todo, una psiquiatría menos dañina para todos. Señalaremos que la trinchera postpsiquiátrica está llena de opiniones y corrientes diversas, muchas veces enfrentadas a su vez, y la nuestra es solo una opinión más entre otras, sin pretender erigirnos en portavoces de nadie que no seamos nosotros mismos. El fin de nuestro optimismo originario y cierto presentimiento de derrota en el aire no resta un ápice a nuestra responsabilidad individual. A la de cada uno de nosotros.

Y, en el camino, ante la pregunta: *¿quo vadis?*, responderemos siempre: a seguir luchando. Seguimos pensando que no vale mirar para otro lado ni huir a las montañas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) G.-Valdecasas J, Vispe A. Mercaderes en el Templo: hegemonía del paradigma bio-comercial en Psiquiatría. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2011, 110: 321-341.
- (2) Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. BMJ 2001, 322 (7288): 724-727.
- (3) Bracken P, Thomas P. Postpsiquiatría: un nuevo rumbo para la salud mental [traducción de Pilar Juliá Calvo y Marta Carmona Osorio del artículo original: Postpsychiatry: a new direction for mental health. BMJ, 322 (7288): 724-727]. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental 2013, 35: 39-44.
- (4) Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. Br J Psychiatry 2012, 201 (6): 430-434.

- (5) Moncrieff J. Hablando claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos. Barcelona: Herder Editorial, 2013.
- (6) Ortiz A. Hacia una psiquiatría crítica. Madrid: Editorial Grupo 5, 2013.
- (7) Desviat M. Cohabitar la diferencia. Madrid: Editorial Grupo 5, 2016.
- (8) Geekie J, Read J. El sentido de la locura. Barcelona: Herder Editorial, 2012.
- (9) Bentall R. Medicalizar la mente. Barcelona: Herder Editorial, 2011.
- (10) Götzsche P. Psicofármacos que matan y denegación organizada. Barcelona: Los Libros Del Lince, 2016.
- (11) Goldacre B. Mala Farma. Barcelona: Paidós Ibérica, 2013.
- (12) Múzquiz A, de la Mata I. Modelos explicativos de la acción de los psicofármacos y sus implicaciones en la práctica psiquiátrica. En: Desviat M, Moreno A, editores. Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: Estudios AEN, 2012.
- (13) Vispe A, G.-Valdecasas J. Postpsiquiatría [en prensa]. Madrid: Editorial Grupo 5.
- (14) Alonso F. Se necesita otro pensar. Y se necesita ya. postPsiquiatría [blog] 2015. Disponible en: <http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2015/04/se-necesita-otro-pensar-y-se-necesita.html>
- (15) MR J. Psicosis: un nuevo modelo. postPsiquiatría [blog] 2016. Disponible en: <http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2016/04/psicosis-un-nuevo-modelo-juan-mr.html>
- (16) García J. Humanos, salud, derechos. El rincón de las palabras [blog] 2010. Disponible en: <http://elhilodelamadeja.blogspot.com.es/2010/10/humanos-salud-derechos.html>
- (17) Whitaker R. Anatomía de una epidemia. Madrid: Capitán Swing, 2015.
- (18) Lane C. La timidez. Granada: Zimmerman Ediciones, 2011.
- (19) Correa-Urquiza M. Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos. Madrid: Editorial Grupo 5, 2015.
- (20) Valverde MA, Inchauspe JA. ¿Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las personas con psicosis? Una reflexión sobre el tratamiento de las psicosis. Rev Bioética y Derecho 2014, 30: 40-65.
- (21) Silva LC. La industria farmacéutica y los obstáculos para el flujo oportuno de información: consecuencias para la salud pública. Rev Cubana Salud Pública 2011; 37 (Suppl 5): 631-643.
- (22) De la Mata I. Salud mental y neoliberalismo. En: Maestro A, González Duro E, Rendueles G, Fernández Liria A, De la Mata I. Salud mental y capitalismo. Madrid: Cisma Editorial, 2017.