

Crisis y encrucijadas de una psiquiatría en busca de futuro

Rafael Huertas¹

Departamento Historia de la Ciencia, Instituto de Historia, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). España

RESUMEN

Asumiendo la metáfora de la encrucijada, propuesta por Santiago Levín, en la que estaría situada la psiquiatría en la actualidad, el presente artículo pretende reflexionar sobre algunos aspectos de una crisis paradigmática de la medicina mental que ha hecho a algunos temer por su futuro. Se abordan algunas cuestiones epistemológicas de cierto calado, como el régimen de “verdad” en el que supuestamente deben manejarse los expertos, así como los dilemas planteados en los dos elementos clave del encuentro clínico: el diagnóstico y el tratamiento. Finalmente, se insiste en la importancia de lo ético, lo social, y lo político a la hora de replantear saberes y prácticas.

Palabras clave: psiquiatría, pospsiquiatría, paradigmas.

The crisis and crossroads experienced by a psychiatry in search of the future

ABSTRACT

On the understanding we accept where psychiatry would today be located in the metaphor of the crossroads, as proposed by Santiago Levín, the purpose of this article is to explore certain aspects of a paradigmatic crisis in mental medicine that has raised some concerns as to its future. Certain deep epistemological questions are addressed, such as the schema of “truth”, where experts should supposedly manage themselves, and the dilemmas raised from the two key elements of a clinical session: diagnosis and treatment. Finally, the study emphasises the importance of the ethical, social, and political aspects of rethinking knowledge and practices.

Key words: psychiatry, postpsychiatry, paradigms.

INTRODUCCIÓN

Llevamos ya varios años señalando que la psiquiatría está pasando por un período de crisis paradigmática. La influencia de la obra de Lantéri-Laura¹, al describir los tres paradigmas en la psiquiatría moderna (alienación mental, enfermedades mentales, estructuras psicopatológicas) ha sido y sigue siendo muy llamativa en este tipo de reflexión epistemológica. A partir de los años ochenta y noventa del siglo pasado un cuarto paradigma, basado en un modelo científico-naturalista o biomédico, irrumpió con fuerza, tal como en el medio argentino fue apuntado en su momento por Juan Carlos Stagnaro^{*2} y,

posteriormente, analizado en profundidad por Santiago Levín³ en *La psiquiatría en la encrucijada*. Un paradigma biomédico que, apoyado en las pujantes neurociencias, llegó a generar inquietud por la legitimación científica y social de la psiquiatría. Jean Garrabé se preguntaba: “¿Va a desaparecer la psiquiatría, confundiéndose con las neurociencias o dividiéndose en varias ramas de las que se ocuparán psicólogos, psicoanalistas, psicoconductistas, farmacólogos, etc.? O va a saber la psiquiatría integrar los aportes de estas ciencias que le son ajenas pero que pueden enriquecer su práctica como médicos terapeutas de enfermos mentales”⁴ (p. 41).

* Stagnaro JC. Estudio crítico de la crisis paradigmática actual en psiquiatría. (trabajo leído en las X Jornadas de la Asociación de Psiquiatras de Córdoba, 1996) [inédito].

Autor para correspondencia: rafael.huertas@csic.es, Huertas R.

Recibido: 14/09/22 Aceptado: 02/01/23 En línea: 31/03/23

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaires.v43i1.263>

Cómo citar: Huertas R. Crisis y encrucijadas de una psiquiatría en busca de futuro. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2023;43(1):31-36.

Recientemente, Levín y Matusevich⁵ han argumentado de manera convincente –lo que en cierto modo podría interpretarse como una respuesta a la inquietud de Garrabé– que “la psiquiatría tiene futuro”. Siguiendo a Conti⁶, estos autores abogan por una “refilosofización” de la psiquiatría, así como por la integración de saberes y por una necesaria e irrenunciable dimensión ética. Y el propio Stagnaro⁷, en uno de los últimos editoriales de *Vertex*, hacía un llamamiento, en términos similares, con el fin de que las páginas de la revista reflejen los debates en torno al problemático estatuto actual de la psiquiatría.

Tiempos de crisis y de incertidumbres que, forzadamente y retomado la propuesta de Levín⁸, sitúan a la psiquiatría en una serie de encrucijadas sobre las que sigue mereciendo la pena seguir reflexionando. Si una encrucijada es un cruce de caminos que van en distinta dirección o, dicho de otro modo, es la metáfora que utilizamos para describir una situación difícil o comprometida en la que hay varias posibilidades de actuación y no se sabe cuál de ellas escoger, no cabe duda de que la psiquiatría se encuentra en un entramado de dilemas de compleja solución. En las últimas décadas no han sido pocos los esfuerzos que, desde la propia psiquiatría, se han hecho para plantear críticas constructivas y proponer alternativas a ese modelo biomédico reduccionista, fragmentario y sin sujeto^{9,8,11}. El objetivo de las páginas que siguen es intentar aportar algunos elementos más a este debate, identificando posibles rutas para seguir en un intento de contribuir a desbrozar la maraña ideológica y técnica en la que la práctica psiquiátrica se halla inmersa.

Problemas no resueltos y discusiones en bucle

Como se sabe, en 1980 se publicó el DSM-III que supuso un cambio de tendencia muy importante¹². De los conflictos inconscientes, los traumas infantiles y la psicoterapia se pasó a los cerebros rotos, los desequilibrios neuroquímicos y los tratamientos psicofarmacológicos. Después llegó la década del cerebro como un gran programa de investigación que se centró en 1) las técnicas de neuroimagen, 2) las demencias y el envejecimiento cerebral, 3) la genética y sus posibles aplicaciones terapéuticas y 4) la psicofarmacología¹³. Sin duda, esto supuso un giro importante en la manera de entender los problemas mentales, pero planteaba problemas epistemológicos y clínicos de difícil solución. Recuérdese, por ejemplo, el debate suscitado a finales de la década de los noventa, sobre las concepciones esencialistas y no esencialistas del trastorno mental y que generó una bibliografía bastante amplia e interesante^{14,15}. Desde posiciones esencialistas, “...el trastorno mental se entendería como una entidad natural, como una realidad concreta y fragmentada que se instaura en el individuo y que se correlaciona con variables somáticas permanentes”¹⁶. Por el contrario, “desde posiciones no esencialistas, se consideraría el trastorno mental más allá de una realidad concreta (que puede tener o no un origen biológico), como una entidad cultural que se integra en la totalidad del individuo, teniendo en cuenta no solo el fenómeno en sí, sino su condición contextual

variable, que nos remite a símbolos y mitos, a valores y relaciones, a mentalidades individuales y colectivas, a experiencias y subjetividades”¹⁷.

Esta es, sin duda, una de las encrucijadas en las que sigue encontrándose la psiquiatría. Pero no es nueva, es un debate permanente, son discusiones en bucle, que se repiten con matices diversos, claro está, en función de la época y del contexto que consideremos. Yo creo que lo que podemos denominar paradigmas psiquiátricos, es decir, el conjunto de conocimientos y métodos aceptados por la comunidad de especialistas, han convivido con más o menos fortuna a lo largo de la historia. Dicho de otro modo, no resulta posible constituir una ciencia de lo mental al modo de la astrofísica. En el modelo de Kuhn¹⁸, tras un cambio de paradigma, la comunidad científica termina aceptando, interiorizando, que las cosas “ya no pueden pensarse de otra manera” (la teoría geocéntrica de Ptolomeo es incompatible con la heliocéntrica de Copérnico; la mecánica clásica de Newton no puede responder a las preguntas que dieron lugar a la teoría de la relatividad de Einstein).

Pero, en psiquiatría, las cosas sí pueden pensarse de manera diferente: la tensión teórica, epistémica, metodológica entre los *somatiker* y los *psychiker* ha sido, lo repito, una constante histórica: Cuerpo vs. Alma; Cerebro vs. Mente; Materia vs. Pensamiento; Neurotransmisor vs. Significante. Es decir, una convivencia de paradigmas entre los que se produce una pugna por el relato que dará lugar a una narrativa dominante, que será interpretada como el paradigma hegemónico, pero que seguirá confrontándose con otras maneras de pensar minoritarias, pero no por eso carentes de fundamentos, superadas o pasadas de moda. De hecho, en psiquiatría, las reacciones al “paradigma imperante” surgen muchas veces no de la nostalgia por teorías y prácticas anteriores, sino del análisis crítico y de la propuesta de alternativas a ese modelo imperante que, efectivamente, entra en crisis porque no es capaz de contestar preguntas de alcance en torno a nuevos problemas que van surgiendo en el ámbito de la salud mental, pero también porque pierde apoyos tanto de la comunidad científica como de otras instancias económicas, políticas, sociales y culturales.

Son conocidas las críticas al DSM-5 desde las propias corporaciones psiquiátricas¹⁹ y hasta el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) le retiró su apoyo. Las compañías farmacéuticas se están alejando hasta cierto punto de la investigación psiquiátrica y el desarrollo de psicofármacos. Activistas, periodistas y académicos desde diversas perspectivas están criticando la investigación, los diagnósticos y los tratamientos psiquiátricos. Circunstancias todas ellas que crean mucha incertidumbre y que, como apunta Bradley Lewis²⁰, hacen virar a la psiquiatría hacia un “arduo desierto” porque no encuentra su camino. Y volvemos así, expresado de otro modo, a la metáfora de la encrucijada. Con este telón de fondo, me gustaría plantear algunas cuestiones entre la historia, la epistemología y el pensamiento crítico que quizás puedan contribuir al debate.

El problemático estatuto de la “verdad”

En el año 2017, Ortiz Lobo planteó que: “Probablemente el mayor condicionante de la práctica clínica de la psiquiatría moderna es el valor de ‘verdad’ de su discurso. Un discurso basado en la razón y la certidumbre de la ciencia, que define la enfermedad mental como una realidad natural, sustantiva, delimitada por un lenguaje supuestamente unívoco, transparente y universal y que constituye el conocimiento de los profesionales expertos, ya sean psiquiatras biologicistas, psicoanalistas o de cualquier otra familia psi. En esta discusión ontológica y epistemológica sobre las enfermedades mentales y su conceptualización realista, cualquier narrativa psiquiátrica moderna ostenta un poder fundamentado en su condición de ‘verdad’ que determina el encuentro clínico en contenido y forma”²¹. De esta idea de “verdad”, que es una verdad construida a medida de cada teoría, de cada enfoque, de cada modelo, derivan conflictos importantes. Dos ejemplos: 1) la identificación acrítica con una teoría o enfoque puede dar lugar a que el profesional lo aplique de manera sistemática, prescindiendo de otras posibilidades que desprecia o desconoce; 2) la especialización en un trastorno mental concreto puede llevar al hiperdiagnóstico y a un evidente sesgo de confirmación. Sin embargo, nuestro compromiso no puede ser con la teoría, ni con la técnica, ni con el manual de protocolo, sino con el o la paciente, con la persona que sufre y que demanda nuestra ayuda profesional. Con frecuencia, el psiquiatra o el psicólogo clínico simplifica las situaciones clínicas para que encajen con el conocimiento teórico. En no pocas ocasiones, su condición de experto puede adoptar la forma de lo que podríamos llamar una “omnipotencia desvalida”; es decir, se posee una “verdad” que, en el fondo, podría no serlo porque no está suficientemente sustentada: no se han identificado causas biológicas, ni marcador biológico inequívoco en ningún trastorno mental; no existe evidencia concluyente de que los trastornos psíquicos sean causados por un desequilibrio químico, o de que los fármacos funcionen corrigiendo dichos desequilibrios; o no todo puede explicarse a través de lo simbólico.

En todo caso, ¿es preciso tener respuesta para todo? Al fin y al cabo, nuestro objeto de conocimiento es incierto (el ser humano); nuestros métodos son opinables (observación, escucha, experiencia); nuestros sistemas de medida están sujetos a sesgos (una mente humana evalúa, juzga e interviene sobre otra mente humana). Esto supone que la ambigüedad, la contradicción y la incertidumbre (que provienen no solo del paciente sino también del profesional), son elementos ineludibles para considerar en el encuentro clínico.

Aspectos muy concretos de la práctica psiquiátrica se sitúan en ese cruce de caminos. Sin descartar otros posibles, me voy a referir a dos elementos clave del encuentro clínico: el diagnóstico y el tratamiento.

El problema e los diagnósticos y la psicopatología descriptiva

Algunos autores han reclamado la recuperación de la llamada psicopatología descriptiva (previa

obligatoria recalibración histórica y clínica) como manera de superar las plantillas de listados de síntomas (DSM; CIE)²², pero hay que tener en cuenta que ese virtuosismo semiológico de los psiquiatras y los alienistas de hace 150 años se genera en un espacio de observación muy concreto, que es el manicomio.

La psicopatología descriptiva (como cualquier otra semiología) busca identificar y describir el síntoma (o el signo), con el fin de definirlo, ordenarlo, clasificarlo, pero no interpretarlo o comprenderlo. El proceso diagnóstico de la psiquiatría moderna consiste en transformar las experiencias del paciente, o de la persona con sufrimiento psíquico, recogidas de su propia comunicación verbal o no verbal, en una terminología psicopatológica que permita estandarizarlas en categorías. Para ello se necesita un lenguaje psicopatológico claramente estructurado con el que construir un discurso especializado de gran utilidad en determinados ámbitos. En este sentido, claro que hay que saber psicopatología y claro que hay que saber manejarse con las categorías diagnósticas, pero no está de más ser conscientes de lo problemático que puede llegar a ser un diagnóstico psiquiátrico, la capacidad que tiene para cosificar y estigmatizar a una persona^{23,24}. Es evidente que para entendernos entre profesionales o para explicarse ante un juez, por ejemplo, el diagnóstico categorial es necesario y a veces indispensable. También puede ser imprescindible ante requerimientos administrativos, institucionales o legales, pero en estos casos se plantea la necesidad de contar con el paciente para esclarecer el significado y el propósito de su empleo. Sin embargo, en la clínica habitual se aboga, sobre todo desde la llamada psiquiatría crítica o la pospsiquiatría^{8,25}, por “superar el diagnóstico categorial e intentar comprender la complejidad del ser humano, no a través de una etiqueta estandarizada y reduccionista, sino mediante una formulación narrativa”^{8,25}, y no solo por las razones apuntadas, sino también porque –si las experiencias del sujeto se traducen de manera mecánica en síntomas o en patologías– se tiende a separar la manifestación clínica del contexto social, cultural y biográfico en que han aparecido, desestimando de este modo la búsqueda de significados que puedan tener relación con ellos²¹.

El problema de los tratamientos

Se ha escrito mucho sobre el espectacular incremento del consumo de psicofármacos y de los intereses de la industria farmacéutica. La aparición de nuevos fármacos para nuevas enfermedades (el alprazolam para las crisis de angustia o los ataques de pánico) o nuevas indicaciones para los mismos fármacos y la ampliación de los límites de la enfermedad (el metilfenidato para el TDH; la paroxetina para la fobia social). En fin, estos son viejos temas sobre los que no voy a insistir. Muchos críticos de la psiquiatría argumentan que fue el poder de la promoción farmacéutica lo que hizo cristalizar el consenso actual en torno al modelo biológico/farmacológico de la psiquiatría²⁶⁻²⁸. Existe en

la actualidad todo un movimiento que aboga por un uso juicioso de los psicofármacos, teniendo muy en cuenta las indicaciones y las dosis, manteniéndolos durante un tiempo limitado intentando evitar los efectos secundarios y las iatrogenias (con una clara voluntad de prevención cuaternaria) y defendiendo también la desprescripción, es decir, un manejo que permita ir retirando el exceso de medicación. Joana Moncrieff^{29,30}, por ejemplo, sería una de las autoras más citadas en este sentido.

Sin embargo, hay que señalar que, en los últimos años, la industria farmacéutica ha reducido drásticamente sus esfuerzos en desarrollar nuevos fármacos, debido a la falta de dianas moleculares prometedoras capaces de incidir sobre los trastornos mentales y al fracaso constante de los nuevos compuestos en demostrar su superioridad frente al placebo³¹. Parece que la apuesta actual del modelo biológico no es la psicofarmacología, sino la genética. Basado en el éxito del Proyecto Genoma, en 2013, la administración norteamericana anunció la puesta en marcha del Proyecto BRAIN (Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies), cuyo objetivo es realizar un mapeo de la actividad cerebral³². Es posible que sus resultados puedan atraer de nuevo a la industria farmacéutica hacia la psiquiatría, pero mapear el cerebro es un proyecto a largo plazo y dichos resultados serán fragmentarios y desconectados al menos durante un tiempo.

El paradigma o modelo biológico se mantendrá, por supuesto, de la mano de la neurociencia y la neurotecnología, pero probablemente tenga que convivir con otros modelos que tienen su origen en otros lugares. No se puede negar que, coincidiendo con el período de gran auge de la psiquiatría biológica y neurocientífica, las humanidades (historia, filosofía) y las ciencias sociales (sociología, antropología, estudios culturales) han desarrollado una muy amplia actividad en el marco de la llamada “investigación narrativa”, es decir, el estudio de las experiencias como un relato capaz de generar significados. La psiquiatría basada en narrativas ofrece la posibilidad no solo de considerar ámbitos más allá de las neurociencias, sino de reflexiones más profundas sobre la forma en que la psiquiatría crea significado y construye sus modelos. En el fondo, hay muchas maneras de contar un problema de salud mental pero no puede decirse que solo una de esas maneras sea la correcta y todas las demás incorrectas.

Quede claro que tanto los metanálisis de la Medicina Basada en la Evidencia como las narrativas son herramientas y no paradigmas, como se ha llegado a sostener.

La División de Psicología Clínica del Colegio de Psicólogos de Gran Bretaña propone que “El Marco de Poder, Amenaza y Significado se puede utilizar como una herramienta de ayuda a las personas para crear narrativas o relatos de su vida y dificultades, que han podido encontrar o que todavía tienen, en vez de verse a sí mismas como culpables, débiles, deficitarias o mentalmente enfermas”^{33,34}. En la elaboración de estas ideas participaron no solo psicólogos, sino también psiquiatras, trabajadores

sociales, técnicos de salud, educación, trabajo, justicia, etc. Es decir, no puede entenderse como una opción de psicólogos frente a psiquiatras, como a veces se ha argumentado erróneamente, sino como un documento de consenso que traspasa las disciplinas y que, creo yo, merece la pena conocer y considerar.

La importancia de lo social

Y esto me permite enlazar con el último punto que me gustaría señalar, la dimensión social y política. La gran encrucijada histórica de la psiquiatría ha sido su condición de “prestación especial”, su doble condición de especialidad médica (con fines terapéuticos) y de garante de la defensa social. Despojar a la psiquiatría de su condición de disciplina de poder para convertirla en práctica emancipadora es, probablemente, una de las prioridades ineludibles. Es más importante desalienar que curar. El acompañamiento terapéutico, la continuidad de cuidados, la búsqueda de formas de atención cercanas y en entornos normalizados, la firme voluntad de no patologizar/psiquiatrizar las quejas o las reacciones adaptativas (aunque sí darles apoyo) implican cambios de modelos asistenciales que, en última instancia, derivan de decisiones políticas. Hablar de salud mental en nuestra actual sociedad no es solo denunciar las consecuencias de la privatización y los recortes neoliberales en relación con los recursos asistenciales; es también advertir de las falacias “culturales” del sistema, y es, cómo no, insistir una y otra vez en las consecuencias demostradas de la crisis económica, de la pobreza y la precariedad, en la salud mental³⁵. No hay más remedio que replantearse o, por lo menos, ser muy conscientes de que, ante una demanda de atención con condicionamientos socioculturales y políticos evidentes, la respuesta clínica suele ser individualizada³⁶.

La recuperación de las personas con sufrimiento psíquico pasa por tener acceso al empleo y a la vivienda, por ejemplo, y por el respeto escrupuloso a los derechos humanos. Esto no lo van a hacer los neurocientíficos en sus laboratorios, esto lo tienen que hacer los psiquiatras... y los psicólogos y los trabajadores sociales, etcétera.

Un último aspecto para considerar en estas dinámicas es la importancia creciente de prestar atención y escucha a las asociaciones y colectivos de pacientes, usuarios y exusuarios de dispositivos psiquiátricos (no solo a las de familiares). Los grupos de apoyo mutuo, los expertos por la experiencia o el activismo en primera persona cuentan con progresiva implantación e influencia en el mundo anglosajón³⁷, probablemente menos en nuestro entorno, pero me parece que es algo con lo que hay que contar en el futuro, aun a riesgo de relativizar nuestros conocimientos³⁸⁻⁴⁰. Debemos ser cautos, o estar prevenidos, con lo que Ota de Leonardis⁴¹ llamó hace ya algún tiempo el “mito de la competencia especializada”, mediante el que explicaba cómo en la labor de los especialistas se concreta el paradigma racionalista/positivista problema-solución, de manera que “a una definición racional, científica, codificada, del problema

corresponde una solución técnica racional". La solución institucional determina, en no pocos casos, la forma en que se analiza e, incluso, se formula el problema, hasta el extremo de prescindir o ignorar aquellos que no entran dentro de los límites de saberes y estrategias que ese marco institucional es capaz de desarrollar. Esto no solo pasa en psiquiatría, también en otras muchas disciplinas, pero conviene recordar que los expertos no tienen necesariamente todas las respuestas y que hay otros saberes considerados profanos o subalternos, adquiridos por la propia experiencia, que pueden desempeñar un papel importante en el marco de una relación terapéutica.

Encrucijadas clínicas y terapéuticas, epistemológicas, éticas, políticas. Es probable que la psiquiatría tenga la oportunidad en este momento de profunda inestabilidad de identificar contradicciones para situarse de manera consciente y crítica ante sus dilemas e intentar reconstruir su identidad profesional. Pienso que un camino posible y esperanzador puede ser hacerlo desde una psiquiatría crítica y centrada en la persona, que evite la coerción, el excesivo intervencionismo tecnológico y las iatrogenias, que transite desde el enfermo con sus síntomas a la persona en su contexto (otorgando un mayor protagonismo a lo social); que supere el autoritarismo/paternalismo del profesional en aras de una horizontalidad respetuosa de la voluntad del paciente, que facilite la construcción conjunta de significados o de campos de significados, no necesariamente definitivos, que pretendan dar sentido a la narrativa del paciente.

Todo ello sin demonizar ni a la psiquiatría biológica ni a la dinámica, ni a las neurociencias ni al diván, pero siendo conscientes de la complejidad de una especialidad tan híbrida, y tan expuesta a reduccionismos, como la psiquiatría.

Agradecimientos: Este texto corresponde a una de las intervenciones del autor en el XXXV Congreso de APSA (Mar del Plata, 2022), compartiendo el panel, en aquella ocasión, con Santiago Levín y Diego Costa.

Agradezco también a Daniel Matusovich y a Alberto Ortiz las siempre estimulantes conversaciones sobre los contenidos de este artículo.

Financiamiento: El trabajo ha sido realizado en el marco del Proyecto de investigación RTI2018-098006-B-I00 financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MCIN/AEI/10.13039/501100011033) y por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER-Construyendo Europa).

Conflictos de intereses: el autor declara no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Lantéri-Laura G. *Essais sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. París: Editions du Temps; 1998.
2. Stagnaro JC. Crisis de la psiquiatría. *Topía* [Internet]. 2004 [citado 2023 sept 10];14(40):11. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/crisis-de-la-psiquiatr%C3%ADA>.
3. Levín S. La psiquiatría en la encrucijada. Buenos Aires: Eudeba; 2018.
4. Garrabé J. La psiquiatría del siglo XX. *Átopos*. 2003;(2): 33-42.
5. Levín S, Matusovich D. La psiquiatría tiene futuro. *Vertex*. 2022;33(155): 66-69. <https://doi.org/10.53680/vertexv33i155.136>.
6. Conti N. Filosofía y psiquiatría. *Sinopsis Rev Asoc Psiquiatras Argentinos*. 2008;21(40):17-22.
7. Stagnaro JC. Editorial. *Vertex*. 2022;33(156):2-3.
8. Ortiz A. Hacia una psiquiatría crítica. Madrid: Grupo 5; 2013.
9. Ortiz A, Huertas R, eds. *Críticas y alternativas en psiquiatría*. Madrid: Los libros de la Catarata; 2018.
10. Vispe A, Valdecasas JG. *Postpsiquiatría: textos para prácticas y teorías postpsiquiátricas*. Madrid: Grupo 5; 2018.
11. Desviat M. *Cohabitar la diferencia: salud mental en lo común*. Madrid: Síntesis; 2020.
12. Kawa S, Giordano J. A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philos Ethics Humanit Med*. 2012;7:2. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-2>.
13. Martín-Rodríguez JF, Cardoso-Pereira N, Bonifacio V, et al. La década del cerebro (1990-2000): algunas aportaciones. *Rev Esp Neuropsicol*. 2004;6(3-4):131-170.
14. Lilienfeld SO, Marino L. Essentialism revisited: evolutionary theory and the concept of mental disorder. *J Abnorm Psychol*. 1999;108(3):400-411. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.3.400>.
15. Wakefield JC. Mental disorder as a black box essentialist concept. *J Abnorm Psychol*. 1999;108(3):465-472. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.3.465>.
16. Novella E. Construcción y fragmentación del sujeto psicológico. *Arch Psiquiatría*. 2007;70:9-24.
17. Huertas R. *Otra historia para otra psiquiatría*. Barcelona: Xoroi; 2017.
18. Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1962.
19. Allen F. Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life. New York, NY: William Morrow; 2013.
20. Lewis B. Taking a narrative turn in psychiatry. *Lancet*. 2014;383(9911):22-23. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62722-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62722-1).
21. Ortiz Lobo A. Relación terapéutica y tratamientos en postpsiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2017;37(132):553-573. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352017000200013>.
22. Berrios GE. Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects. *Psychol Med*. 1984;14(2):303-313. <https://doi.org/10.1017/s0033291700003573>.
23. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. [London]: Pelican Books; 1968.
24. Hacking I. Making up people. En: Heller TC, ed. *Reconstructing individualism: autonomy, individuality in self investigation thought*. [Redwood City, CA]: Stanford University Press; 1986. p. 161-171.
25. Colina F. *Sobre la locura: el arte de no intervenir*. Madrid: Enclave de Libros; 2020.
26. Mata Ruiz I de la, Ortiz Lobo A. Industria farmacéutica y psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2003;23(86):49-71.
27. Whitaker R. *Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America*. New York, NY: Broadway Books; 2010.
28. Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. København: People's Press; 2015.
29. Moncrieff J. *The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment*. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2008.
30. Moncrieff J. *The bitterest pills: the troubling story of antipsychotic drugs*. Basingstoke: Palgrave; 2013.
31. Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(7):846-861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>.
32. The impact of the NIH BRAIN Initiative. *Nat Methods*. 2018;15(11):839. <https://doi.org/10.1038/s41592-018-0210-0>.

33. Johnstone L, Boyle M, eds. *The power threat meaning framework*. Leicester: British Psychological Society; 2018.
34. Johnstone L, Boyle M. (2018). The power threat meaning framework: an alternative nondiagnostic conceptual system. *J Human Psychol.* 2018;0 (0):1-18. <https://doi.org/10.1177/0022167818793289>.
35. Huerta R. (2017). Prólogo. En: Maestro A, González Duro E, Rendueles G, et al. *Salud mental y capitalismo*. Madrid: Cisma; 2017. p. 7-13.
36. Ortiz Lobo A. ¿En qué puedo ayudarle? Entre la solución individual tecnológica y la metaperspectiva sociopolítica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2022;42(141):17-30. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352022000100002>.
37. Morrison L. *Talking back to psychiatry: the psychiatric/consumer/survivor/ex patients movement*. New York: Routledge; 2005.
38. Correa-Urquiza M. *Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos*. Madrid: Grupo 5; 2015.
39. Huertas R. *Locuras en primera persona: subjetividades, experiencias, activismos*. Madrid: Los libros de la Catarata; 2020.
40. Erro J. *Pájaros en la cabeza: activismo en salud mental desde España y Chile*. Barcelona: Virus; 2021.
41. Leonardis O de. *Políticas sociales: reinventar nuevos parámetros*. En: Álvarez-Uría Rico F, ed. *Marginación e inserción: los nuevos retos de las políticas sociales*. Madrid: Edymion; 1992. p. 55-66.