

Más allá del modelo médico: discapacidad psicosocial, derechos humanos e institucionalización*

Beyond the medical model: psychosocial disability, human rights, and institutionalization

José Luis Rey Pérez
Universidad Pontificia Comillas
ORCID: 0000-0002-8975-2705
jlrey@comillas.edu

Fecha de recepción 16/10/2025 | De aceptación: 27/04/2026 | De publicación: 08/06/2026

RESUMEN

Pese a la protección otorgada por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la discapacidad psicosocial está todavía presa del modelo médico, lo que provoca que las personas con esta discapacidad a menudo queden fuera de su protección. El artículo estudia como los diagnósticos, la práctica psiquiátrica y los tratamientos con psicofármacos contribuyen a la invisibilidad y vulneración de derechos de este colectivo. En concreto, se sostiene que el consumo de psicofármacos puede considerarse una nueva forma de institucionalización para las personas con malestar psíquico, una forma más sutil que pasa desapercibida y que deja atrás otras más explícitas como el internamiento o la hospitalización. En el artículo se exploran vías alternativas, como la atención comunitaria, así como la pertinencia o no del reconocimiento específico de derechos para estas personas.

PALABRAS CLAVE

Discapacidad psicosocial; psiquiatría; derechos de las personas con discapacidad; institucionalización, psicofármacos.

ABSTRACT

Despite the protection afforded by the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, psychosocial disability remains captive to the medical model, which often results in individuals with this disability being excluded from its protection. This article examines how diagnoses, psychiatric practice, and treatments with psychotropic drugs contribute to the invisibility and violation of the rights of this group. Specifically, it argues that the consumption of psychotropic drugs can be considered a new form of institutionalization for people with mental distress, a more subtle form that goes unnoticed and leaves behind other more explicit forms such as confinement or hospitalization. The article explores ways to overcome this, such as community care, as well as the relevance or not of the specific recognition of rights for these individuals.

KEY WORDS

Psychosocial Disability; Psychiatry; Rights of Persons with Disabilities; Institutionalization; psychotropic drugs.

* Este trabajo es parte del proyecto de I+D+i “Derechos humanos y desinstitucionalización: apoyos, cuidados y acogimientos inclusivos” (PID2023-149113NB-I00), financiado por MICIU AEI/10.13039/501100011033 y por FEDER/UE. Fue realizado durante una estancia de investigación en el Instituto de Derechos Humanos de la Universitat de València. Agradezco a la Dra. Ainoa Muñoz San José alguna bibliografía facilitada.

Sumario: 1. Introducción y planteamiento. 2. Enfermedad y salud mental. La práctica de la psiquiatría. 3. Diagnóstico como signo de exclusión. 4. El tratamiento con psicofármacos como forma de institucionalización. 5. Esta realidad a la vista de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 6. ¿Posibles salidas? ¿Reconocimiento de derechos? El desafío de la desinstitucionalización. 7. Conclusiones. 8. Bibliografía.

1. Introducción y planteamiento

La salud mental o la estabilidad de nuestras emociones es algo que ha empezado a preocupar no tan recientemente. Históricamente las personas denominadas como *locas*, *psicóticas* o *esquizofrénicas* eran apartadas de la sociedad e internadas en instituciones psiquiátricas, los conocidos popularmente como manicomios. Con los nuevos movimientos sociales en los años 60 y 70, hubo un movimiento anti psiquiatría que logró que muchas de las prácticas que entonces se llevaban a cabo se interrumpieran, prácticas que afectaban claramente la dignidad y los derechos de las personas. Se logró así el cierre de los psiquiátricos y la integración de la psiquiatría como una parte de los estudios de medicina y de especialización, así como su inclusión en los hospitales generales como una sección más.

Sin duda estos fueron pasos adelante que, no obstante, vinieron acompañados de un aumento del número de enfermedades mentales de acuerdo con el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), la clasificación de enfermedades mentales que facilita la Asociación Americana de Psiquiatría, y un incremento masivo de la medicación. Se dio así la paradoja de que, por un lado, los centros psiquiátricos se cerraron, pero las personas con diagnósticos de salud mental dejaron de ser una minoría. Con el incremento de los diagnósticos todos los sujetos de la población podían convertirse potencialmente en pacientes. Y podían, que era lo que interesaba a la industria farmacéutica, ser consumidores de psicofármacos.

Este trabajo parte de dos hipótesis: en primer lugar, que ha habido una extensión deliberada de lo que se considera enfermedad mental lo que ha llevado a medicalizar lo que en términos unamunianos podríamos denominar “el sentimiento trágico de la vida”, los malestares anímicos que causa el mero hecho de existir, de estar y de ser. En segundo lugar, que la medicalización (o sobre medicalización) es una forma de institucionalización discreta de aquellas personas con malestar. No es la que supone un ingreso hospitalario o una contención física, es otra forma mucho más sutil y difuminada. Todo esto se analizará desde el enfoque de derechos humanos y, en concreto, desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, para ver si estas prácticas y esta nueva forma de institucionalización encaja

o no con el respeto a la dignidad de las personas y sus derechos. Por último, se intentarán ofrecer algunas salidas para caminar hacia un nuevo modelo donde la persona y el respeto de sus derechos sean el centro.

2. Enfermedad y salud mental. La práctica de la psiquiatría

La salud mental es algo que siempre ha estado presente en la historia de la humanidad. En nuestra literatura, por no irnos más lejos, tenemos a Don Quijote de la Mancha, el genial personaje creado por Miguel de Cervantes que se batía con molinos y con personajes malvados buscando un mundo mejor. La “locura” siempre ha estado muy presente en el mundo del arte y de las y los artistas. Son muchos los que, por ejemplo, se han quitado la vida, como Virginia Wolf o Ernest Hemingway. Siempre las personas con problemas de estabilidad mental se veían con recelo y existía un cierto tabú en la sociedad a la hora de hablar de ello. Solo recientemente se ha empezado a hablar sin tapujos, en parte por las consecuencias que sobre el bienestar mental de las personas ha tenido la pandemia del COVID-19 y las experiencias de confinamiento que, con mayor o menor rigidez, hemos vivido durante meses en todos los países. Hasta hace no mucho, la persona que sufría trastornos mentales era recluida y apartada de la sociedad. Los psiquiátricos funcionaban a modo de prisión y de control de tal forma que quien entraba allí era difícil que saliera, salvo que su personalidad fuera modificada. La norma, por tanto, era la institucionalización de las personas con *problemas de salud mental*. La institucionalización, primero en centros psiquiátricos, luego en plantas de psiquiatría, no deja de ser un instrumento de control y apartamiento social. Precisamente, la denuncia de la psiquiatría como herramienta de control social ya la hizo Foucault en diversas obras donde la describió como la mejor aliada de un poder que quería que nada se saliera de la norma, de la *normalidad*, creada y establecida por ese poder¹. Incluso en tiempos más recientes, una de las autoras más destacadas del feminismo, Kate Millet, explicó en *Viaje al manicomio* su experiencia en un centro psiquiátrico y definió bien lo que esta institución representaba: “vuelvo a estar aterrada. Cerrojos, hay cerrojos. Una vez que cruzas la puerta, estás acabada. Y barrotes en las ventanas. El infierno y para siempre, en este lugar de negrura. El tintineo de llaves. Y pretensiones de hospital”².

La persona calificada históricamente primero con la despectiva denominación de *loca*, luego de *enferma mental* y, ahora, como persona con discapacidad psicosocial, solía ser aquella que no entraba en los

¹ Vid., entre otros, Foucault, Michel; *El poder psiquiátrico. Curso del Collège de France (1973-1974)*, Madrid: Akal, 2005.

² Millet, Kate; *Viaje al manicomio*, Barcelona: Seix Barral, 2019, p. 312.

márgenes de lo considerado como “normal”. En términos estadísticos lo normal, la normal, se entiende como la campana de Gauss, es decir, allí donde se agrupa la mayor parte de las personas. La estructura del poder siempre ha querido una normalidad que se ajuste a sus intereses. Hoy en día, cuando vivimos en sociedades predominantemente liberales, lo normal es ser un trabajador que cumple con sus obligaciones laborales, consume en sus momentos de ocio, tiene una familia y lleva un patrón de vida más o menos regular o semejante a la mayoría de la población. Ese modelo estaba construido en su origen sobre un hombre blanco, heterosexual, autónomo y capaz, que discriminaba y dejaba en los márgenes a las mujeres, a las personas racializadas, diversas sexualmente o con discapacidad. La lucha por los derechos de todos estos colectivos que sufrían la discriminación ha hecho que, poco a poco, sin desaparecer la misma, al menos se hayan ido incorporando al reconocimiento formal de derechos. Esto no ha sido así para las personas con discapacidad psicosocial, entre otras cosas, porque su situación ha continuado comprendiéndose como un *problema de salud*.

¿Podemos decir que los *problemas de salud mental* son como cualquier otro problema médico? Actualmente la psiquiatría suele esgrimir razones biológicas para justificar lo que se consideran como estos problemas. Pero no podemos quedarnos en esa imagen un tanto limitada porque los *problemas de salud o de estabilidad mental*, que existen, no pueden explicarse únicamente en relación con situaciones químicas o neurológicas en el cerebro. Puede que existan esas alteraciones, pero lo relevante es saber qué es lo que las produce y ahí encontramos factores muy diversos como son los familiares, los sociales, las experiencias de vida de cada persona y cómo las ha integrado o asimilado, las circunstancias económicas en las que vive, etc. La persona es algo complejo y su malestar psíquico también lo es. Por tanto, la respuesta no puede consistir en unir una única causa a un efecto, sino que debe ser multicausal y holística.

La diversidad es un hecho que hay que apreciar positivamente. Todas y todos somos diversos en lo más aparente, como nuestro aspecto, forma física, altura, color de piel... Y también en lo que se aprecia menos, como nuestra forma de ser y de sentir. No hay reconocido como tal un derecho a la diversidad, a ser diverso, pero su contenido está expresado con otras palabras en el derecho al libre desarrollo de la personalidad y en la prohibición de discriminación por cualquier motivo. La diversidad enriquece las sociedades y la vida de las personas, de ahí la importancia de estar abiertos a ella, más hoy cuando discursos nacionalistas están resurgiendo y sembrando el odio a las y los distintos, a la o al que es de otro

país o de otra religión. En palabras de Raúl Susín, “el reconocimiento y afirmación de la diferencia como una forma de beneficio compartido, alejada de falsos universalismos y relativismos y con la que posibilitar en cada uno mismo la existencia de otros”³.

Existe una diversidad que no se aprecia a simple vista y que es la mental. Precisamente los que se apartaban de esa normalidad psíquica eran los que eran considerados como *trastornados* o *enfermos mentales*. Pero ¿puede que fueran simplemente diversos, distintos al esquema de lo establecido? Quizá por ello se consideraban peligrosos, porque las sociedades siempre han tenido miedo al diferente. Con esto no estoy negando que en ocasiones hay problemas mentales graves, pero en otras son personas que han respondido de forma divergente a su realidad familiar, social y económica: “muchas personas escuchan voces, tienen visiones o estados de la conciencia no habituales de forma positiva, sin ninguna necesidad de *recuperación*”⁴. Aunque desde un enfoque jurídico y derechos humanos, lo más ajustado es hablar de personas con discapacidad psicosocial, hay otros movimientos que reivindican la diversidad mental, como la neurodiversidad⁵, como un aspecto más de la variedad humana. Esta perspectiva parte de los *disability critical studies* y, aunque tiene un anclaje mayor en disciplinas como la antropología o la sociología, puede ser que acabe llegando a los textos legislativos.

Lo que la psiquiatría presenta como enfermedades en muchas ocasiones son respuestas del ser humano para la supervivencia, mecanismos de adaptación a realidades complejas. Hay dos elementos que influyen en la respuesta que una persona puede dar a la realidad personal y social en la que vive: por un lado, la vulnerabilidad de esa persona, y por otro, el estrés. En primer lugar, cuando hablamos de vulnerabilidad hablamos de, al menos, dos dimensiones: la ontológica es aquella que está unida a nuestro propio ser y existir. El ser humano es ontológicamente vulnerable porque en el momento de nuestro nacimiento si nadie cuida de nosotros necesariamente moriremos. Algo similar ocurre cuando envejecemos, al final de nuestras vidas, estaremos en una situación de vulnerabilidad. Esto es la vulnerabilidad que nos viene dada, como una especie de suerte bruta, si seguimos la expresión de Ronald

³ Susín Beltrán, Raúl; *Fronteras y retos de la ciudadanía. El gobierno democrático de la diversidad*, La Rioja: Perla ed., 2012, p. 18.

⁴ Organización Mundial de la Salud y de la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas; *Mental health, human rights and legislation. Guidance and practice*, Ginebra: OMS & ONU, 2023, p. 9.

⁵ Vid. Singer, Judy; *NeuroDiversity: The Birth of an Idea*, Lexington: Judy Singer Editor, 2017.

Dworkin⁶, la que todas y todos compartimos y que se puede tener en mayor o menor medida como consecuencia de la lotería genética que nos puede hacer más propensos a tener determinadas enfermedades. Esta lotería genética ha sido contemplada en muchas de las teorías de la justicia del siglo XX, buscando alguna forma de compensar la injusticia de algo de lo que la persona no es responsable. La segunda dimensión es la vulnerabilidad social; el ser humano es un ser social y relacional, y de nuestras estructuras y relaciones sociales se derivan también vulnerabilidades. Hoy se atienden mucho, por ejemplo, a los condicionantes sociales de la salud porque está demostrado que ellos pueden implicar la aparición de determinadas enfermedades e incidir directamente en la esperanza de vida de las personas. Carlos Lema ofrece una definición clara de estos condicionantes: “los determinantes sociales de la salud hacen referencia a los factores sociales que inciden en la salud de las personas y de las poblaciones y que son responsables, además, de desigualdades en salud que se distribuyen de forma no azarosa sino acorde con la desigual distribución de estos factores”⁷. Por tanto, podemos decir que hay dos tipos de vulnerabilidades, las sociales y las ontológicas. Como ha señalado Fineman, “aunque inicialmente la vulnerabilidad debe entenderse como universal y constante al considerar la condición humana general, también debe entenderse simultáneamente como particular, variada y única a nivel individual. Hay dos formas de diferencia individual relevantes. La primera forma de diferencia es física: variaciones mentales, intelectuales y otras en la encarnación humana. La segunda es social y construida, resultado del hecho de que los individuos están situados dentro de redes económicas e institucionales superpuestas y complejas”⁸. Estas vulnerabilidades pueden estar presentes en mayor o menor medida y también el grado en el que afectan a cada persona es diferente.

El otro factor que puede determinar la aparición de la discapacidad psicosocial es el estrés. La tolerancia al estrés también varía de persona a persona, pero alguien sometido a altos niveles de estrés puede desarrollar determinados mecanismos de adaptación o de respuesta que son los que la psiquiatría tradicional suele denominar alteraciones mentales, por ejemplo, delirios, trastornos de conducta alimentaria, depresión o incluso psicosis: “se ha reconocido que los factores estresantes ambientales,

⁶ Vid. Dworkin, Ronald; “What is Equality? Part1. Equality of Welfare”, *Philosophy and Public Affairs*, 10 (3), 1981, pp. 185-246 y “What is Equality? Part 2. Equality of Resources”, *Philosophy and Public Affairs*, 10 (4), 1981, pp. 283-345.

⁷ Lema Añón, Carlos; “Los determinantes sociales en el derecho a la salud”, en Lema Añón, Carlos (ed.), *Los determinantes sociales de la salud: más allá del derecho a la salud*, Madrid: Dykinson, 2021, p. 34.

⁸ Fineman, Martha A.; “Equality, Autonomy, and the Vulnerable Subject in Law and Politics”, en Fineman, Martha A. y Grear, Anna (ed.), *Vulnerability. Reflections on a New Ethical Foundation for Law and Politics*, Nueva York y Londres: Routledge, 2016, p. 21.

como el maltrato infantil, los conflictos interpersonales y los traumas, contribuyen al desarrollo y la progresión de los trastornos mentales, incluido el trastorno depresivo mayor”⁹.

En consecuencia, lo que tradicionalmente en la medicina se conoce como *enfermedad mental* es un recurso adaptativo de nuestras mentes ante situaciones de vulnerabilidad y estrés. A mayor vulnerabilidad y estrés más probable que las personas desarrollen discapacidad psicosocial, sin necesidad de que haya ninguna alteración o mal funcionamiento de un órgano del cuerpo.

Comprendido de esa manera, quizá no podamos establecer una frontera clara entre quien está bien mentalmente y quien no lo está, no es una cuestión de blanco o negro, sino algo gradual: “incluso quienes desde posiciones transformadoras queremos hablar de *salud mental* corremos el riesgo de patologizar en el peor sentido de la palabra, al dar por sentado que hay una frontera clara entre lo sano y lo no sano, la cordura y *la locura*, en lugar de construir la idea de que hay un continuo en el que nos movemos todos y todas y que quizá hay que hablar más de un bienestar o malestar gradual”¹⁰.

La forma tradicional de entender esto en la psiquiatría está centrada en lo que Joana Moncrieff denomina el modelo centrado en la enfermedad que se basa en la idea de que hay un estado *anormal* del cerebro que puede ser curado con el suministro de determinados medicamentos que afectan precisamente al cerebro para que este recupere su funcionamiento. Sin embargo, como señala Moncrieff, “el modelo centrado en la enfermedad que atiende a la acción de los medicamentos ha sido adoptado, y publicitado ampliamente, no por la evidencia de sus resultados, sino porque ayuda a promover los intereses de ciertos grupos sociales poderosos como son los psiquiatras, la industria farmacéutica y el estado moderno”¹¹. Esto ha llevado a la identificación de la discapacidad psicosocial y de las respuestas a situaciones de estrés y vulnerabilidad como mecanismo de supervivencia, con enfermedades para la que las respuestas

⁹ Park, Caroline, Rosenblat, Joshua D., Brietzke, Elisa, Pan, Zihang, Lee, Yena, Cao, Bing, Zuckerman, Hannah, Kalantarova, Anastasia y McIntyre, Roger S.; “Stress, epigenetics and depression: a systematic review”, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 102, 2018, p. 139. Sobre esta relación, ampliamente aceptada en la psicología y psiquiatría, vid. también Gee, Dylan G.; “Early Adversity and Development: Parsing Heterogeneity and Identifying Pathways of Risk and Resilience”, *American Journal of Psychiatry*, 178 (11), 2021, pp. 998-1013; Bartolomé Bueno, Marta Teresa, Sánchez Garrigós, Nuria, Bedoya Chocán, Nuria, Miguel Palacios, Beatriz, Loren Valles, Noelia, Bartumeus Bartolomé, Ainhoa; “Consecuencias del estrés en la salud física y mental”, *Revista Sanitaria de Investigación*, 3 (7), 2022; Wang, Rujia, Lifelines Cohort Study, Hartman, Catharina A. y Snieder, Harold, “Stress-related exposures amplify the effects of genetic susceptibility on depression and anxiety”, *Translational Psychiatry*, 2023, 13 (27), pp. 1-10.

¹⁰ García, Toni; “Malestar social y salud mental”, *Viento Sur*, 177, 2021, p. 47.

¹¹ Moncrieff, Joanna; *The Myth of the Chemical Cure. A Critique of Psychiatric Drug Treatment*, Nueva York: Palgrave MacMillan, 2008, p. 13.

hoy son los medicamentos como antes lo fueron los comas de insulina, los electroshock o la privación de libertades. Volveremos a esto más adelante. Este modelo también ha sido denominado biomédico y, desde el enfoque de derechos humanos, aparece como un modelo reduccionista que no logra entender la complejidad de las situaciones que pueden atravesar las personas. Una buena y sintética definición de este modelo la podemos encontrar en el documento *Mental health, human rights and legislation. Guidance and practice* de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas: “el modelo biomédico de salud mental está basado en la idea de que las condiciones de salud mental son causadas por factores neurobiológicos. Como consecuencia, el tratamiento a menudo se centra en el diagnóstico, la medicación y la reducción de los síntomas, y no en considerar todos los factores sociales y ambientales que pueden afectar la salud mental”¹². Evidentemente los psicofármacos pueden aliviar los síntomas y, en ocasiones, jugar un papel fundamental como cuando la persona pone en riesgo su vida, no se está discutiendo esto, pero este tipo de situaciones son más complejas y la medicación no puede ser la única respuesta, sino una parte de ella.

3. Diagnóstico como signo de exclusión

Hoy en día el número de enfermedades psiquiátricas ha aumentado casi exponencialmente. Muchas psicólogas, psicólogos y psiquiatras, cuando una persona llega a su consulta, siguen el DSM. Este manual se publicó por vez primera en 1952 y entonces contaba con 106 diagnósticos distintos. Estos se fueron ampliando en las diversas versiones hasta llegar a la versión de 2013, el DSM-5, con 216. Esto, a priori, no tiene por qué ser considerado negativo. Desde la primera versión de 1952 han pasado más de setenta años y es lógico que se afine y lo que se considera como trastorno mental tenga un mayor conocimiento y concreción. El problema quizá es que experiencias de la vida cotidiana que evidentemente generan tristeza o malestar, como el duelo por el fallecimiento de una persona cercana o querida, se incluya como algo que requiere tratamiento psiquiátrico por identificarlo con una depresión. Joan-Ramón Laporte explica este cambio: “el DSM-5 ha ampliado los límites de la enfermedad mental de varias maneras. Incluye términos nuevos que considera *precursores* de enfermedad mental, como el *síndrome de riesgo psicótico atenuado*, o más amplios, como el *trastorno por ajuste relacionado con el duelo*. Utiliza el término *espectro* para ensanchar las categorías, como por ejemplo *trastorno del espectro obsesivo-*

¹² Organización Mundial de la Salud y de la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas, *Mental health, human rights and legislation. Guidance and practice*, cit., p. xiii.

*compulsivo, trastorno del espectro esquizofrénico, o trastorno del espectro autista. Las preocupaciones cotidianas pueden ser confundidas con un trastorno de ansiedad generalizada. Las pérdidas de memoria de nombres o de caras con una demencia. El duelo con una depresión. La creatividad excéntrica de un adolescente con psicosis*¹³.

Esto ha generado dos problemas. El primero es que se trata como enfermedad lo que no lo es. Se han patologizado experiencias de la vida cotidiana quizá porque a nivel social y político no se saben dar respuestas a los problemas sociales y económicos que generan esos malestares. De hecho, parece que problemas como el desempleo, las roturas en las relaciones, los duelos, la dificultad para llegar a final de mes o las dificultades de acceso a la vivienda que generan la correspondiente tristeza, malestar y ansiedad, se solucionan medicando a las y los que los sufren, mayoritariamente con benzodiazepinas y antidepresivos. En esto España parece ser líder si la comparamos con países de nuestro entorno: “en 2022 en España se hicieron más de 220 millones de recetas de psicofármacos en el sistema sanitario público, más del doble que en el año 2000”¹⁴.

En nuestras sociedades liberales (independientemente del carácter más o menos social que tengan nuestros Estados) prima una lógica individualista que responsabiliza al sujeto de su suerte y obvia las responsabilidades sociales que como conjunto tenemos sobre el malestar de muchas personas. Esta lógica ha encontrado un aliado perfecto en la psiquiatría contemporánea. Como señala Sandra Caponi, “el consumo abusivo e innecesario de psicofármacos puede ocupar una función ideológica, puesto que una vez identificado el diagnóstico, el problema dejará de ser social para ser individual, localizándose en el cuerpo, especialmente en el cerebro, de esa persona que sufre y, en consecuencia, podrá pasar a ser visto como un problema médico que debe ser tratado con un fármaco, replicando el modelo de la medicina general”¹⁵. Una psiquiatría que asume que los malestares psíquicos que tiene una persona dependen de desajustes en sus sistemas neuronales, reduciendo a la persona a lo meramente biológico sin atender al resto de sus circunstancias, y que da una solución exclusivamente química a estos problemas: recetar

¹³ Laporte, Joan-Ramon; *Crónica de una sociedad intoxicada*, Barcelona: Península, 2024, p.326.

¹⁴ Laporte, Joan-Ramon; *Crónica de una sociedad intoxicada*, cit., p. 323.

¹⁵ Caponi, Sandra; *Política, psicofármacos y vida cotidiana*, Barcelona: Xoroi Edicions, 2023, p. 19.

cada vez más ansiolíticos, antidepresivos y neurolépticos, como si esa fuera la manera de solucionar los problemas económicos y sociales que causan el malestar.

A esto, hay que señalarlo, contribuye el hecho de que no tengamos suficientes profesionales del malestar mental en nuestros sistemas públicos de salud. Y eso provoca que sean las médicas y los médicos de atención primaria, con escaso tiempo para cada paciente, quienes recetan psicofármacos ante la imposibilidad de derivar a las personas a un psicólogo o a un psiquiatra. Esto demuestra la poca atención que se presta, en términos generales, a los condicionantes sociales y económicos de la salud.

El segundo problema es el diagnóstico. Cuando alguien se le clasifica de acuerdo con lo que dice el DSM-5 se le está poniendo una etiqueta que le puede durar toda la vida. El diagnóstico implica una medicación y parece reducir el malestar de las personas a una sola explicación: tener ansiedad, depresión, insomnio, bulimia, anorexia, TDAH... Esto, que incluso últimamente se hace hasta con los niños y niñas, supone una forma de clasificación y de estigmatización. Aunque hoy se hable más de salud mental, ser diagnosticado en esta rama de la medicina no es lo mismo que tener otro tipo de dolencias como una rotura de hueso, apendicitis, cólico, diabetes o cáncer. Los diagnósticos en salud mental siguen estigmatizando porque no fue hace tanto cuando tenerlos suponía ser apartados de la sociedad y sometidos a todo tipo de vulneraciones de derechos. *Estar mal de la cabeza* en el lenguaje coloquial significa ser distinto, no merecer que se tome en serio, alguien que no es *normal* y que no puede tenerse en la misma consideración que aquellos que están *cuertos*. Seguimos utilizando con carácter despectivo el malestar mental.

Por eso cuando a alguien que se encuentra psíquicamente mal, muchas veces por razones más que justificadas derivadas de sus condiciones familiares, sociales o económicas, se le etiqueta con un diagnóstico, el efecto que se produce es hundirle un poco más. Responsabilizarle de que se sienta mal, de no ser lo suficientemente fuerte para hacerse cargo de su vida y de sus problemas. El diagnóstico entonces no es la solución, es la condena que obliga a tomar pastillas una larga etapa o incluso toda su vida. Porque los psicofármacos no son una medicina cualquiera con un tratamiento acotado en el tiempo como cuando se toman antibióticos. Los antidepresivos precisan de dos o tres meses para que comiencen a hacer efecto. Los ansiolíticos, como las benzodiazepinas, tienen un efecto más inmediato pero su duración es muy corta, como mucho 8 o 12 horas. Y ambos, crean dependencia y adicción, de ahí que su retirada no sea sencilla y que existan personas que los consumen de forma crónica.

Podemos, por tanto, concluir que este modelo biomédico lo que hace es esconder las verdaderas causas del malestar de las personas, escondiéndolas tras un diagnóstico que estigmatiza: “aunque existen autores y organismos que han defendido la necesidad de expandir el modelo biomédico como medio para reducir el estigma, nuestros resultados apoyan que este enfoque, que explica el sufrimiento mental a partir de teorías neurobiológicas, reduce la comprensión de las emociones y comportamientos de las personas diagnosticadas, no tiene (suficientemente) en cuenta los contextos y las relaciones, intensifica la estigmatización, favorece las actitudes paternalistas, y desprovee a las personas con sufrimiento mental de sus derechos justificando la lesión de su autonomía con el objeto de alcanzar un bien superior”¹⁶.

El diagnóstico se realiza de una manera que no resulta adecuada. Debido a falta de tiempo en las consultas, ya sean estas de médicos y médicas de atención primaria o de especialistas en psiquiatría, quien acude a ellas no tiene tiempo para exponer su vida. No hay un proceso de escucha en las consultas, una escucha que requiere tiempo, apertura a la historia que se está narrando, despojarse de los prejuicios que se puedan tener. Hoy la escucha, que era más propia de la práctica psicoanalítica, ha sido desterrada a lo marginal y se ha sustituido por el interrogatorio, porque se tiene que comprobar si cumple unas u otras condiciones para entrar así en uno u otro de los diagnósticos del DSM-5 para ver en qué enfermedad encaja y qué medicación requiere. Salvo excepciones, hoy quien llega a una consulta psiquiátrica se somete a un interrogatorio donde no es escuchado sino clasificado. Y una vez hecho esto, la medicación aparece como solución para que esa persona pueda seguir siendo productiva en el sistema económico que busca minimizar las bajas médicas. Y, de nuevo, de esto se salvan las clases privilegiadas que, esas sí, pueden permitirse una consulta privada donde se dispone de tiempo, aunque quizá allí también el psicólogo, psicóloga o psiquiatra pagados tampoco escuchen mucho, sino que estén buscando mentalmente lo que dice el DSM-5 para ofrecer una respuesta biomédica.

La terminología que usamos, como denominamos los roles, es también algo muy relevante. El nombre de *paciente* hace referencia al viejo paternalismo médico donde quien que acudía al médico no jugaba un papel activo sino pasivo. Pero si nos vamos a las consultas privadas de psicología, que en nuestro país son mayoritarias, el o la paciente se convierte en cliente. Es cierto que en la práctica psicoanalítica las consultas eran costosas, porque se consideraba que si no, se devaluaba su importancia, pero también lo

¹⁶ Nocete Navarro, Luis, López de Loma Osorio, Víctor, Bravo Ortiz, María Fe y Fernández Liria, Alberto; “Salud mental y derechos humanos: La experiencia de los profesionales en formación en el uso de sujeciones mecánicas en Madrid, España”, *Salud colectiva*, 17, 2021, p. 16.

es que eso convierte en cliente a quien presenta malestar y busca su alivio en un terapeuta. Así, de acuerdo con los datos suministrados por los distintos ministerios de Sanidad de cada país, mientras que en 2020 en Suecia había 58,3 psicólogos por cada 100.000 habitantes en el sistema nacional de salud, o en Dinamarca 54,3, en España había 5,1¹⁷. Estas cifras también explican que en nuestro país acudir a un psicólogo o psicóloga sea una cuestión de clase social.

En definitiva, podemos decir que vivimos en una sociedad sobre diagnosticada. Y esto, pese a contar con pocos psicólogos y psicólogas en nuestros sistemas de salud públicos, es posible porque el diagnóstico y el tratamiento es una forma de simplificar los problemas sociales y económicos que están por detrás del malestar mental. Esos problemas se convierten en enfermedades que tienen como solución una medicación con psicofármacos donde quien es beneficiada es la industria farmacéutica. Y donde problemas sociales complejos se minimizan al tamaño de una o varias píldoras y se individualizan a la responsabilidad que tiene cada persona de tomarse esa pastilla según la pauta indicada para sentir alivio o para anestesiar la causa compleja por la que acude a consulta. Causa compleja para la que no hay respuestas sociales y políticas, y que encuentra solución en la receta de unas píldoras que permiten que se siga adelante, aunque sea de mala manera. Así, en lugar de calles llenas lo que tenemos son las consultas llenas. En lugar de protestas, tenemos la disciplina de consumir píldoras a la mañana y a la noche que nos permiten ponernos a trabajar por las mañanas y conciliar el sueño por las noches. Pastillas que amortiguan el malestar y que nos convierten en consumidores de un producto más en la sociedad del consumo en la que vivimos. Y que, al menos de forma inconsciente, nos permiten ver que al final no es tan distinto consumir una pastilla, que un café o cualquier otro producto. El malestar lleva al diagnóstico, este al consumo y ahí se encuentra con la lógica de la sociedad capitalista.

4. El tratamiento con psicofármacos como forma de institucionalización

Históricamente la práctica médica y, por ende, la psiquiátrica, ha estado muy institucionalizada. Aquí es necesario aclarar que se entiende por institucionalización porque obviamente en nuestras sociedades y en la medicina la institucionalización es algo que existe y que no puede dejar de existir. El problema lo suponen aquellas instituciones que afectan el pleno disfrute de los derechos de forma que anulan la

¹⁷ Merino, Álvaro; “¿Cuántos psicólogos hay en los sistemas de salud públicos de la Unión Europea?”, *El Orden Mundial*, <https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/cuantos-psicologos-hay-en-sistemas-salud-publicos-union-europea/>, 18/3/2021 (última consulta: 10/10/2025).

capacidad que tienen las personas para decidir sobre su propia vida. La psiquiatría ha estado marcada no solo por la institucionalización que suponían los hospitales psiquiátricos sino también por muchas prácticas que se realizaban y se siguen realizando en ellos o en las plantas de psiquiatría de los hospitales generales. La institucionalización es el “proceso de pérdida de control y poder sobre la propia vida o de estandarización del trato y apoyos recibidos que se produce en base a relaciones de cuidado y apoyo que no tienen en cuenta a la persona, sus preferencias y estilos de vida, y que tienden a sustituir a ésta en las tomas de decisiones”¹⁸. Por tanto, podemos diferenciar entre distintos tipos de instituciones, porque no todas ellas de por sí tienen que ser negativas: el enfoque de derechos humanos “nos ayuda a distinguir entre instituciones que se fundamentan en los derechos y aquellas que se alejan de ellos, dependiendo de si sus recursos están orientados o no a promover la autonomía, la vida en la comunidad y los derechos individuales; si están diseñadas y organizadas de manera personalizada o masiva; si facilitan o limitan la participación y la inclusión; o si rechazan o normalizan las restricciones”¹⁹.

El modelo de institucionalización no respetuoso con los derechos estuvo muy presente en la manera como las sociedades trataban a las personas que presentaban malestar mental, porque el internamiento en un manicomio suponía, por un lado, el apartamiento de la persona de su contexto social y, por otro, la pérdida de la libertad y de la capacidad para tomar decisiones. Hasta tiempos muy recientes, en concreto, se puede decir que hasta la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en nuestras sociedades primaba esta cultura de lo institucional con las gentes que situábamos en los márgenes: personas con discapacidad, personas sin hogar, niños y niñas, mayores... La vulnerabilidad en la que estas personas se encuentran, que sirve como fundamento y razón moral para el reconocimiento de derechos, en la cultura institucional se da la vuelta y “justifica restricciones de derechos, limitaciones a la participación y la exclusión social de las personas”²⁰.

La práctica psiquiátrica, amparada en la cultura de lo institucional, ha estado caracterizada por la vulneración de los derechos humanos y la afectación de la dignidad de quienes se decían sus pacientes: desde las contenciones físicas hasta los electroshocks o la misma pérdida de libertad que suponía estar

¹⁸ VV.AA.; *Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios*, Madrid: Proyecto EDI, 2023, p. 24.

¹⁹ Asís Roig, Rafael de y Razo Godínez, Laura; “Hacia un modelo de cuidados y apoyos comunitarios: los procesos de desinstitucionalización en España”, *Universitas*, 46, 2025, p. 10.

²⁰ VV.AA.; *Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios*, cit., p. 25.

ingresado en un centro psiquiátrico. En un enfoque claramente capacitista, se consideraba que las personas con malestar mental no eran capaces y, por tanto, no estaban en condiciones de decidir sobre sus vidas o sobre los tratamientos a recibir.

Si hacemos un rápido repaso a estos tratamientos institucionalizados podemos comprobar que esto no se trata de una simple valoración, sino de un hecho acreditado y demostrado, donde los derechos humanos eran claramente afectados y dañados, desde el derecho a la libertad y al libre desarrollo de la personalidad, hasta el derecho a decidir y prestar consentimiento al tratamiento, pasando por la libertad de elegir dónde y con quién vivir.

Uno de los primeros tratamientos que se utilizó fue el coma insulínico. La idea era lograr tranquilizar a las y los pacientes mediante inyecciones de insulina que les provocaban una hipoglucemia llevándoles al coma o a la inconsciencia para, transcurridas unas horas, aplicarles una nueva inyección, pero esta vez de glucosa, para que despertaran rápidamente. Este tratamiento no solo tenía como efecto secundario la inestabilidad mental, con gente pasando del llanto a la ira de forma drástica, sino que llegó a provocar la muerte de un 5% de los pacientes que lo sufrieron²¹.

Otro ejemplo de este tipo de tratamientos agresivos era la terapia de choque ideada en 1935 por Ladislau von Meduna a partir de una inyección de cardiazol, un derivado del alcanfor, que provocaba convulsiones una hora después de ser inyectado. Esta terapia estaba basada en la falsa idea de que la epilepsia y la esquizofrenia eran dos enfermedades antagónicas y puede considerarse un precedente de las que vinieron después que lograban las convulsiones a partir de la electricidad, esto es, los electroshocks que, aunque parezca mentira, todavía se siguen utilizando y que se extendieron al tratamiento no solo de la esquizofrenia sino también de la depresión en los 50 y 60²².

Por seguir con este rápido repaso, no pueden olvidarse prácticas como la lobotomía que se introdujo en la práctica psiquiátrica en los años 40 a partir de la creencia de que la causa de los malestares psíquicos estaba en lo físico, en deficiencias en el cerebro. Su creador Antonio Egas Moniz recibió el premio Nobel en 1949, aunque la base científica con la que contaba era insuficiente y ni siquiera en seres humanos.

²¹ Así lo contrastó en un estudio Ebaugh, Franklin. G.; "A Review of the Drastic Schock Therapies in the Treatment of the Psychoses", *Annals of Internal Medicine*, 18 (3), 1943, pp. 279-296.

²² Moncrieff, Joanna; *The Myth of the Chemical Cure*, cit., pp. 30-31.

No obstante, se podría decir que estas prácticas han quedado en el pasado de la historia de la psiquiatría. Por ejemplo, en España la última lobotomía legal se practicó en 1967. Sin embargo, no resultaría extraño que volvieran a adquirir un cierto protagonismo, por ejemplo, en el tratamiento de las depresiones graves resistentes a la respuesta con drogas antidepresivas. La estimulación cerebral profunda consiste en una operación quirúrgica donde se implantan electrodos en determinadas partes del cerebro, conectados a una batería, que envían impulsos eléctricos al cerebro para así mejorar los síntomas de la depresión severa, la esquizofrenia, el párkinson o la epilepsia²³.

También hay otro tipo de intervenciones físicas que se siguen practicando, por ejemplo, las contenciones mecánicas en los hospitales (que son muy frecuentes y habituales) o la propia limitación de libertad que supone estar ingresado en la planta psiquiátrica de un hospital contra la voluntad de la persona. Aunque las condiciones se hayan suavizado en realidad la limitación de derechos sigue siendo la misma.

Me gustaría detenerme aquí en lo que creo que es una nueva forma de institucionalización aunque no tenga apariencia de tal. Y es el consumo de todo tipo de sustancias, desde los ansiolíticos hasta el litio, pasando por los antidepresivos. Es el momento del protagonismo de las industrias farmacéuticas que, con un objetivo claramente económico, copan la psiquiatría y aumentan las patologías psiquiátricas como se ha señalado anteriormente. Colina, Desviat y Huertas, sostienen que “la introducción de la empresa farmacéutica con los nuevos antidepresivos y antipsicóticos, nuevas moléculas no siempre mejores, pero que multiplican el precio exponencialmente de los primeros psicofármacos, colonizan y medicalizan la teoría y la práctica psiquiátrico-psicológica. El crecimiento en el consumo de los medicamentos es espectacular y va parejo con la construcción de nuevas enfermedades, como el TDAH o la mayoría de los duelos considerados patológicos”²⁴. Allen Frances, que fue el presidente del grupo de trabajo del DSM-4, considera que se están diagnosticando como trastornos psiquiátricos lo que son síntomas leves

²³ No obstante, a día de hoy no existe un acuerdo científico sobre los efectos de este tipo de tratamiento tan agresivo. Las muestras y los casos estudiados son escasamente representativos y se plantea como una opción posible cuando los medicamentos habituales no producen el efecto deseado. Vid., para un panorama general y para el caso concreto de la esquizofrenia la tesis doctoral de Roldán Bejarano, Alejandra; *Estimulación cerebral profunda en esquizofrenia resistente*, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2021. Disponible en <http://hdl.handle.net/10803/672029> (última consulta: 28/9/2025).

²⁴ Colina Pérez, Fernando, Desviat Muñoz, Manuel y Huertas García-Alejo, Rafael; “Derechos Humanos y sufrimiento psíquico”, en Marcos del Cano, Ana María (ed.), *En tiempos de vulnerabilidad. Reflexión desde los derechos humanos*, Madrid: Dykinson, 2020, pp. 78-79.

y transitorios extendiendo el consumo de medicamentos y haciendo que las personas se hagan dependientes de ellos²⁵.

La pregunta es si estos medicamentos, hoy altamente consumidos, tienen un efecto real en el malestar que sufren las personas o si, por el contrario, funcionan a modo de red que impide que las personas lo sean realmente, porque una persona es sentimiento y gran parte de estos fármacos actúa como una especie de muelle que dificulta su manifestación. Dicho de forma más cruda, hemos sustituido la contención física y mecánica por la química, porque el interés que está por detrás es que la persona sea capaz de seguir produciendo en las sociedades liberales en las que estamos inmersos. Aunque parezcan inofensivos, los antidepresivos afectan al cerebro y acaban modificando la personalidad de las personas llevando a muchas al suicidio: “hay miles de casos de personas que se han suicidado debido a los antidepresivos, y muchos de ellos han aparecido en artículos científicos, periódicos y páginas web [...]. Además, las personas más cercanas a las víctimas han detectado en muchos casos un cambio de personalidad, tan raro que no les cabe duda de que fue por la medicación”²⁶.

El problema con este tipo de fármacos es que los consumidores se hacen adictos a ellos porque su retirada es ciertamente compleja. Esto no solo pasa con las benzodiacepinas sino también con los antidepresivos. Aunque hoy la técnica psiquiátrica es sustituir las primeras por los segundos, el problema de la adicción sigue estando presente y, desde un enfoque de derechos humanos, cabe preguntarse si volver a una persona adicta a una sustancia por indicación facultativa y, en muchas ocasiones, sin recibir suficiente información, porque a los pacientes no se les enumeran las consecuencias a largo plazo (aumento de peso, falta de deseo sexual, incapacidad de sentir, dependencia de la sustancia, riesgo de suicidio...), no es también una vulneración muy grave de sus derechos. Y todavía más preocupante es que estos tratamientos ya se aplican con mucha facilidad a menores de edad con las terribles consecuencias que ello puede tener. De ahí que Moncrieff sea muy crítica con la psiquiatría y concluya: “en retrospectiva, los tratamientos físicos de mediados del siglo XX, como la terapia de coma con insulina y la lobotomía frontal, se revelan como procedimientos peligrosos y degradantes perpetrados en personas vulnerables en nombre del progreso médico. De la misma manera, la medicación múltiple y a largo plazo de los

²⁵ Para una visión muy crítica sobre esta cuestión vid. Frances, Allen; *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*, Barcelona: Ariel, 2014.

²⁶ Gotsche, Peter C.; *Psicofármacos que matan y denegación organizada*, Barcelona: Los Libros del Lince, 2016, p. 91.

pacientes psiquiátricos modernos seguramente algún día será reconocida como un fraude peligroso. Al menos los procedimientos físicos estaban restringidos por su naturaleza a aquellos que estaban lo suficientemente perturbados como para requerir ingreso hospitalario. En contraste, el tratamiento con medicamentos puede ser impuesto a una proporción mucho mayor de la población, extendiendo los tentáculos del poder psiquiátrico en la sociedad cada vez más²⁷.

En España, como se ha indicado anteriormente, el consumo de psicofármacos no hace sino elevarse. En un Informe del Sistema Nacional de Salud publicado por el Ministerio de Sanidad en 2024 los datos son bastante alarmantes²⁸: 131,7 de cada mil mujeres tiene prescrita alguna dosis de antidepresivos al día, 77,2 de cada mil mujeres alguna de ansiolíticos al día y 48,7 de hipnóticos y sedantes. En el caso de los hombres las cifras son menores, 73,9 de cada mil hombres tiene prescrita alguna dosis de antidepresivos al día, 53,5 de cada mil una dosis de ansiolíticos al día y 34,6 de hipnóticos y sedantes. El consumo de ansiolíticos se incrementa con la edad estando sobre todo presente en las personas mayores de 70 años y es mucho mayor en las personas con escaso nivel de renta ya que consumen 4 veces más que las personas con ingresos superiores a los 100.000 euros al año. Algo similar ocurre con la ansiedad, los tratamientos contra ella aumentan con la edad y solo se reducen en las personas de 85 o más años por otro tipo de razones que se pueden deducir (en muchos casos estas personas mayores están institucionalizadas y ya no es el médico de atención primaria el que le suministra las medicinas sino el médico del centro). Los tratamientos contra la depresión son 3 veces mayores en colectivos de renta muy baja que en los colectivos cuyos ingresos superan los 100.000 euros anuales. Y algo similar ocurre con los hipnóticos y los sedantes.

Hay cuestiones sobre las que reflexionar a la vista de estos datos: son las mujeres las que más consumen comparados con los hombres. Hay aquí un sesgo de género que puede responder a muchas razones como el machismo existente en nuestras sociedades, las agresiones sexuales y verbales de las que son víctimas, la mayor presión que cae sobre ellas al tener que seguir haciendo frente a una doble carga de trabajo, etc. El suicidio, que puede ser la expresión más grave del malestar psicosocial, en España se ha incrementado

²⁷ Moncrieff, Joanna; *The Myth of the Chemical Cure*, cit., p. 222.

²⁸ Puede consultarse el informe Ministerio de Sanidad; *Consumo de antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes*, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2024, en https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/12_Ansioliticos_antidepresivos_hipnoticos.pdf (última consulta: 11/9/2025).

en los últimos años pasando de 3.539 en 2018 a 4.227 en 2022²⁹. En los últimos años esa cifra se ha reducido algo, aunque los datos de la muerte por suicidio son siempre confusos porque solo quedan así registrados cuando hay una evidencia, ya sea por la autopsia practicada, ya sea por evidencias probatorias. Es muy probable que existan más que quedan registrados como accidentes de tráfico o desapariciones. El desenlace del suicidio es siempre una tragedia sobre todo para las y los supervivientes, familiares, amigas, amigos, compañeras y compañeros de la persona fallecida y la reflexión sobre este asunto daría para otro trabajo. La mayor parte de los suicidios se producen en la franja de edad entre los 45 y los 64 años, pero es también alarmante que haya casos entre menores de 15 años y entre 15 y 29 años. Y resulta también llamativo que, por ejemplo, según los datos del INE, en 2023 de las 4116 personas que se quitaron la vida, cerca de tres cuartas partes eran hombres. Quizá si eso lo conectamos con la mayor medicalización de psicofármacos en mujeres, podemos encontrar una explicación a esta diferencia, además de otras razones, como el machismo presente en la sociedad, que dificulta a los hombres reconocer su propia debilidad y malestar.

Volviendo a la medicación, creo que los psicofármacos funcionan como una nueva forma de institucionalización mucho más sutil y desapercibida que el internamiento en centros o instituciones que solemos asociar al concepto de institucionalización. ¿Por qué? En primer lugar, porque no suele haber un diálogo y una escucha entre los médicos y médicas y sus pacientes. El consentimiento informado que es un imperativo legal de acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en las consultas de psiquiatría no se produce con todo el detalle y las advertencias que se debiera, porque no se suelen explicar sus efectos secundarios o, lo que es peor, no se suele explicar que producen adicciones que hacen que muchas personas que comienzan, por ejemplo, un tratamiento con antidepresivos sean consumidores de por vida de ellos, ya que su retirada es muy dura y genera una enorme tristeza, ideas suicidas y una recaída en el malestar psíquico. Y si esto pasa con los antidepresivos, lo que ocurre con benzodiacepinas o neurolepticos es considerablemente peor. Partimos, por tanto, de una autoridad, el médico, que diagnostica y receta, sin que haya un diálogo entre él o ella y el o la *paciente*. Y se hace sin tener en cuenta las preferencias de esta persona, su estilo de vida y que el malestar psíquico y sus

²⁹ Subdirección General de Información Sanitaria; *Defunciones por suicidio en España 2022-2024*, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2024. Disponible en anidad.gob.es/fr/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/DefunSuicidio2022-2024_NOTA_TEC.pdf (última consulta: 11/9/2025).

manifestaciones (desde las más comunes como la ansiedad o la tristeza hasta las menos comunes como la psicosis o el delirio) son formas que tiene la persona de sobrevivir en contextos sociales y económicos complejos. Además los psicofármacos, como todas las sustancias adictivas, producen sobre quien las consume una pérdida de control sobre la propia vida, les distancia de su verdadero yo, les amortigua los sentimientos y modifican su forma de ser. Pierden, en mayor o menor grado, el control sobre su propia vida. Como señala Fernando Colina: “por un lado, se intenta dar mayor protagonismo a los enfermos, y por otro, y de forma contradictoria, se les inhabilita o se les reduce a una normalidad impuesta, de carácter poco activo y menos creativo”³⁰. Tenemos, por tanto, los rasgos de la institucionalización negativa: porque, aunque no se está dentro de “una institución”, hay restricciones en la libertad de las personas justificadas por argumentos médicos que limitan la capacidad de decidir y de elegir libremente, ya que los psicofármacos alteran la personalidad de sus consumidores y la decisión de tomarlos se hace en condiciones de ignorancia o incluso por imposición de los facultativos. Podemos concluir que la medicación con psicofármacos, en un gran número de casos, es una forma sutil de institucionalizar que ha logrado extenderse a una gran parte de la población pasando desapercibida. Evidentemente hay situaciones en que los fármacos son necesarios, eso nadie lo niega, pero esas situaciones son muy minoritarias si las comparamos con el consumo que hoy se hace de esas sustancias.

5. Esta realidad a la vista de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha significado en la historia de los derechos un paso adelante indiscutible. Como ha señalado Palacios³¹, supuso el paso de un modelo médico, donde la discapacidad se entendía como un problema individual de las personas al que debía dar respuesta la medicina rehabilitando o curando, a un modelo social donde la vista se posa sobre las barreras que socialmente se han levantado para las personas con discapacidad desde hace siglos por el modelo liberal en el que nos movemos que dejó muchas personas atrás. El modelo social de la Convención pone el acento en la discriminación sufrida por este colectivo por no haberlo tenido en cuenta a la hora de construir nuestras sociedades. Este tratado internacional puede considerarse un paso más en el proceso

³⁰ Colina Pérez, Fernando; “Luces y sombras de la salud mental”, *Norte de Salud Mental*, XIII, 54, 2016, p.12.

³¹ Vid. Palacios, Agustina y Bariffi, Francisco José; *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos: una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid: Cinca, 2007, y Palacios, Agustina; *El modelo social de la discapacidad. Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derecho de las Personas con Discapacidad*, Madrid: Cinca, 2008.

de especificación de los derechos. Bobbio habla de este proceso como la necesidad de concretar el reconocimiento de derechos³² para no partir de un modelo ideal de ser humano, sino de unas personas ubicadas, concretadas, que tienen unas circunstancias, unas vulnerabilidades específicas y unas necesidades que el discurso de los derechos debe tener en cuenta y dar respuesta. Sería la última fase en el reconocimiento de derechos como bien señaló Peces-Barba, aunque no cierra ni da por terminadas las otras fases³³ como la internacionalización, la generalización o la positivación, porque esos derechos reconocidos a colectivos concretos o específicos precisan que estén recogidos en el ordenamiento, que se reconozcan sin discriminaciones y con una protección a nivel internacional. Precisamente la Convención es un ejemplo de éxito de este proceso. Aprobada en 2006 por Naciones Unidas, y luego ratificada por muchos países, ha supuesto una línea de salida en la lucha contra la discriminación de las personas con discapacidad que ha forzado a los países a modificar su legislación interna, proceso este que en España ha tardado en llegar, aunque con las recientes modificaciones (muy tardías) de la Ley Orgánica del Régimen Electoral de 2018 donde se reconocen derechos políticos a las personas con discapacidad intelectual, del Código Civil en 2021, la reforma de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad en 2022, y del artículo 49 de la Constitución en 2024, queda ya poco para que se completen.

No obstante, hay muchos tipos de discapacidad y la Convención necesita la concreción atendiendo a esos tipos. Uno de ellos es lo que se ha denominado la discapacidad psicosocial. Sin embargo, como he tratado de exponer, esta sigue considerándose una enfermedad psiquiátrica y las personas con esta discapacidad difícilmente les llega la protección de la Convención porque siguen estando en manos de médicos que la ignoran y anulan hoy con medicamentos (ayer por la fuerza) la voluntad de estas personas en una clara lógica institucionalizadora.

La Convención alcanza a las personas con malestar psíquico, aunque muchas veces no se piensen en ellas cuando se toman medidas legislativas y políticas públicas a favor de las personas con discapacidad. La razón es que, sobre todo en este colectivo, el modelo médico sigue imperando. Se siguen hablando de *enfermedades mentales* y la atención que reciben es exclusivamente médica entrando en la institucionalización. Sin embargo, la Observación General número 6 del Comité sobre los Derechos de

³² Bobbio, Norberto; *El tiempo de los derechos*, Madrid: Sistema, 1991.

³³ Peces-Barba Martínez, Gregorio; *Curso de derechos fundamentales. Teoría general*, Madrid: BOE, 1999, pp. 154-182.

las Personas con Discapacidad señala que hay que prestar atención a aquellas que viven en lugares segregados, citando explícitamente a los hospitales psiquiátricos (18.d). Si atendemos a lo que nos dice la Convención, esta “pretende reflejar un enfoque social más que médico de las experiencias mentales y emocionales, poniendo el foco en las barreras actitudinales y ambientales que restringen la participación igualitaria de una persona en la sociedad”³⁴.

Así, tal y como ha señalado la Observación General número 6 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención en relación con las personas con discapacidad (incluyendo la psicosocial) apuesta por una igualdad inclusiva que se manifiesta en cuatro dimensiones: “a) una dimensión redistributiva justa para afrontar las desventajas socioeconómicas; b) una dimensión de reconocimiento para combatir el estigma, los estereotipos, los prejuicios y la violencia, y para reconocer la dignidad de los seres humanos y su interseccionalidad; c) una dimensión participativa para reafirmar el carácter social de las personas como miembros de grupos sociales y el reconocimiento pleno de la humanidad mediante la inclusión en la sociedad; y d) una dimensión de ajustes para dar cabida a la diferencia como aspecto de la dignidad humana”³⁵.

En consecuencia, la Convención es hoy en día el instrumento jurídico más importante con el que contamos para, en primer lugar, proteger jurídicamente a las personas con sufrimiento psíquico y, en segundo lugar, ir realizando un cambio cultural y educativo que permita la plena inclusión social y la igualdad en todos los derechos de estas personas.

6. ¿Posibles salidas? ¿Reconocimiento de derechos? El desafío de la desinstitucionalización

Podemos decir que las personas con malestar mental son un colectivo particularmente vulnerable que ha venido sufriendo diversas formas de institucionalización, primero, en centros psiquiátricos, luego en hospitales generales, con prácticas que claramente infringían sus derechos humanos más básicos, y hoy con una medicalización generalizada que es una nueva forma de institucionalización que altera la vida y la voluntad de las personas y que las convierte en adictas a este tipo de psicofármacos. Todo ello vulnera

³⁴ Organización Mundial de la Salud y de la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas; *Mental health, human rights and legislation*, cit., p. xiv.

³⁵ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; Observación General núm. 6 sobre la igualdad y no discriminación, Naciones Unidas, 2018, III, 11.

claramente ya no los derechos fundamentales de la persona, sino el modelo social por el que apuesta la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Es innegable que en nuestras sociedades el malestar psíquico de las personas es algo creciente. Las causas no son biológicas en la mayor parte de los casos, sino sociales y económicas. De ahí que la respuesta que se debe dar sea holística y multidimensional, atendiendo e incidiendo en esas causas que obviamente están fuera de lo que maneja la medicina.

En algunos países hay legislaciones específicas sobre salud mental, como Argentina, Colombia o México. En 2023 el Parlamento de la comunidad autónoma de La Rioja aprobó una ley, la Ley 6/2023 de las personas con problemas de salud mental y sus familias. Esta ley es bastante avanzada y es la única de su naturaleza que existe por el momento en España. Considera la salud mental como algo integral que debe ser atendido de forma holística y no solo por la medicina, apostando así por el modelo social de la discapacidad, si bien no llevándolo hasta sus últimas consecuencias. Es de destacar que la ley promueve el ingreso voluntario en establecimientos hospitalarios e incide mucho en la información que se debe dar al o la paciente, así como la evaluación de posibles alternativas (art. 17). El artículo 14 establece como principio, que luego el ejecutivo autonómico deberá concretar, unas ratios mínimas de profesionales de salud mental que no deben estar por debajo de “18 psiquiatras, 18 psicólogas o psicólogos clínicos y 23 enfermeros o enfermeras especialistas de salud mental por cada 100.000 habitantes, además de un o una terapeuta ocupacional y una trabajadora o un trabajador social sanitario por unidad de salud mental” (art. 14). Además, se reconocen los derechos de los pacientes de salud mental (art. 6) y se hace especial referencia a colectivos particularmente vulnerables como son las personas mayores y población infantojuvenil (art. 9), las mujeres (art. 10) y las personas en riesgo de exclusión social y personas con (otras) discapacidades (art. 11). Por último, hace referencia a la creación de políticas públicas en colectivos determinados como son aquellas personas que sufren adicciones (art. 22) y establece la creación de planes de prevención del suicidio (art. 21). Esta pionera ley riojana supone una clara apuesta por, no solo el enfoque social, sino también por el tratamiento del malestar mental desde lo comunitario.

Una pregunta que surge es si es necesario desarrollar normas específicas que reconozcan los derechos de las personas con discapacidad psicosocial o si, como hemos visto, esto está ya incluido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. De hecho, la Ley de La Rioja traslada el modelo

social concretándolo para un grupo determinado de personas con discapacidad, aquellas con discapacidad psicosocial.

La concreción o la especificación de los derechos no es, sin embargo, un concepto pacífico. Algunos autores señalan que contribuye a un proceso inflacionista en el reconocimiento de los derechos, lo que en último término los puede devaluar y traducirse en problemas de eficacia como señala Otero Parga³⁶. Por ello, es preciso determinar bien en qué casos la concreción de los derechos atendiendo a sus titulares está justificada. Como señala Peces-Barba “la especificación es un avance del historicismo sobre el racionalismo y parte de la idea de considerar a los derechos más vinculados a las personas concretas de sus titulares. Se juzgan como relevantes algunas situaciones del genérico *hombre* o *ciudadano*, que exigen un tratamiento especial y que no se resuelven desde ese *homo iuridicus*”³⁷. Así, este autor enumera una serie de razones o de circunstancias que justificarían el reconocimiento específico de derechos, como una condición social o cultural que sitúa a determinados grupos de personas en situación de inferioridad, una condición física, una situación que ocupan personas en las relaciones sociales³⁸ siempre que impliquen una situación de debilidad o desigualdad que “impide el pleno desarrollo moral de las personas”³⁹. En definitiva, el reconocimiento específico de derechos para un colectivo estaría justificado cuando ese grupo presenta unas necesidades que no son compartidas por todos, por la generalidad de los seres humanos y esas necesidades crean situaciones de desventaja en comparación con una persona que no las presente.

Creo que esto, siendo una condición necesaria para el reconocimiento específico de derechos, no es una condición suficiente. Además, hay que justificar la importancia de esas necesidades no compartidas y que la vía más adecuada es la de la especificación. Y es que, al final, la especificación no deja de ser una cierta excepción al principio básico de la universalidad de los derechos, esto es, al principio de igualdad que establece que todas las personas tienen los mismos derechos.

³⁶ Otero Parga, Milagros María; “La inflación de los derechos: un problema de eficacia”, en Martínez Morán, Narciso, Marcos del Cano, Ana María y Junquera de Estefani, Rafael (coord.), *Derechos humanos: problemas actuales. Estudios en homenaje al profesor Benito de Castro Cid*, Madrid: Universitas, 2013, pp. 123-140.

³⁷ Peces-Barba Martínez, Gregorio; *Lecciones de Derechos Fundamentales*, Madrid: Dykinson, 2004, pp. 120-121.

³⁸ Peces-Barba Martínez, Gregorio; *Lecciones de Derechos Fundamentales*, cit., pp. 121-122.

³⁹ Peces-Barba Martínez, Gregorio; *Lecciones de Derechos Fundamentales*, cit., p. 122.

En ocasiones, el reconocimiento de derechos a un determinado grupo puede generar una cierta conflictividad, no en el plano jurídico, que también, sino en el plano social o político. Así Facchi señala que “cuando una necesidad, un interés, una exigencia de un determinado grupo social, no importa su amplitud y definición, se considera socialmente como derecho asume una fuerza difícilmente contestable. Para los mismos sujetos que sostienen y reivindican el reconocimiento de un interés, llamarlo derecho lo hace algo que no debe ser ulteriormente justificado, una pretensión que debe ser garantizada. Si este reconocimiento no se produce se sienten víctimas, sujetos cuyos derechos han sido negados o violados, que han sufrido una injusticia”⁴⁰.

Desde hace ya unos años, las víctimas de las prácticas psiquiátricas se han ido organizando, aunque su organización todavía dista de alcanzar las de otras personas que históricamente habían sido excluidas y que lucharon por sus derechos. No obstante, podemos remontar este movimiento a los años 60 en lo que en aquella época se denominó *antipsiquiatría*, como una reacción ante formas de opresión mucho más agresivas que las actuales⁴¹. Pero la conciencia de que también en la actualidad, las prácticas psiquiátricas vulneran los derechos humanos han hecho que a lo largo y ancho del mundo hayan surgido movimientos que reivindican la dignidad y derechos de las personas con malestar mental, como es el caso del “orgullo loco”, que denuncia precisamente el maltrato presente en la práctica psiquiátrica y la institucionalización que sigue presidiendo esta. Paula Tomé lo resume bien: “mi concepto de salud mental pasa por devolver un lugar digno a estas experiencias mentales. Por redefinirlas y comprenderlas, por hacerlas propias y gestionarlas con mis propios recursos. Por desmedicalizarlas y despatologizarlas”⁴².

Ahora bien, que este colectivo tenga sobradas razones para organizarse no significa que automáticamente haya que reconocérsele un grupo de derechos específicos. En mi opinión, esos derechos de forma genérica, como no puede ser de otra manera, están en la Convención que también responde al proceso de especificación de los derechos. Otra cosa es que se haga una legislación orientada sobre todo al establecimiento de políticas públicas que concrete las necesidades peculiares del colectivo con malestar

⁴⁰ Facchi, Alessandra.; “El uso, el abuso y el no uso de la palabra “Derecho””, *Derechos y Libertades*, 50, 2024, p. 42.

⁴¹ Vid. Pérez-Soto, Carlos; *Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*, Santiago de Chile: Lom, 2012.

⁴² Tomé, Paula; “Pactos de cuidado”, *Mujeres y salud*, 36, 2014, p. 16.

mental y ponga freno a las prácticas institucionalizadoras y al ataque de derechos que sigue presente en la psiquiatría.

La respuesta a todas las violaciones de derechos y la institucionalización, ya sea clásica ya sea en forma de psicofármacos, tiene que darse de forma coordinada y comunitaria, incidiendo en los factores familiares, sociales y económicos que son en la mayoría de los casos la causa del malestar psíquico para lo que hacen falta políticas públicas de amplio espectro. De la Convención se pueden derivar una serie de derechos y de políticas públicas que serían necesarias para la no discriminación por razón del estado mental y el pleno reconocimiento y ejercicio de todos los derechos que les corresponden como personas:

- Derecho a no recibir tratamientos médicos en contra de su voluntad. Y, en caso de recibirlos, que siempre sean limitados en el tiempo y con el consentimiento expreso de la persona con discapacidad psicosocial, a la que se debe informar en detalle y extensamente. Derecho a que se supervise por una comisión mixta de especialistas en psicología, derecho, medicina y representantes de asociaciones, el tratamiento cuando este exceda de 3 meses y cada 3 meses. Esto está relacionado con el artículo 25 d) de la Convención que exige “a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado”.
- Derecho a abandonar el tratamiento en el momento en que se desee y a que no haya presiones médicas para continuar con él. Para ello es importante que esa decisión se comunique de forma escrita a la comisión a la que antes me he referido. Algo también relacionado con el derecho al consentimiento libre e informado que viene recogido en la Convención en el artículo 25 d).
- Derecho a no ser privados de libertad ni sometidos a sujeción, salvo en casos de extrema necesidad donde la vida de las personas pueda estar en peligro. Algo que está muy relacionado con el artículo 14.1 b) de la Convención cuando establece que la existencia de una discapacidad no justifica en ningún caso una privación de libertad. Sería necesario desarrollar protocolos y normas que de forma detallada establezcan esta prohibición y sus excepciones.

- Derecho a no recibir electroshocks, ya que estos pueden considerarse torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes que prohíbe el artículo 15 de la Convención. Esto es algo a lo que explícitamente hace referencia la Observación General número 6 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en su apartado II 7).
- Derecho al reconocimiento de su diversidad en igualdad de condiciones que el resto de diversidades de las personas. Es necesario que se cuente con profesionales que apoyen las decisiones de vida que hacen las personas, profesionales que no pueden ser médicos sino psicólogos, psicólogas, trabajadores y trabajadoras sociales. El respeto a la diversidad de las personas con discapacidad es algo que está muy presente en la Convención ya que entre los principios generales que enumera, en el artículo 3, el d) señala: “el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y condición humanas”. Por otra parte, los apoyos son también un elemento importante en la Convención que aparecen de manera transversal en su redacción⁴³.
- Derecho a eliminar las barreras sociales que han perpetuado su estigmatización y discriminación. Precisamente, en esto se basa el modelo social de la discapacidad por el que apuesta la Convención desde su Preámbulo cuando define la discapacidad como “un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. Para esto es necesario un cambio cultural que debe ser promovido por los poderes públicos.
- Derecho al apoyo comunitario. Que las políticas públicas faciliten este apoyo y cuidado de la comunidad, de personas que estén en la misma situación o hayan pasado por ella. Esto se deriva del artículo 25 c) cuando, sin referirse explícitamente a lo comunitario sí se refiere a proporcionar servicios de proximidad a las comunidades de personas con discapacidad.

En definitiva, si tiene sentido una legislación sobre el malestar mental lo es no tanto para el reconocimiento de nuevos derechos, como para promover el cambio de lo que se viene haciendo hasta ahora presidido por la lógica de la institucionalización. Por el contrario, hay que poner el acento en lo relacional del ser humano y en un cuidado comunitario que se ofrezca a personas que estén en situación

⁴³ Vid. Asís, Rafael de; “Accesibilidad, diseño, ajustes y apoyos”, *Papeles El Tiempo de los Derechos*, 3, 2016, pp. 1-3.

de vulnerabilidad y de enorme estrés. Y terminar con la lógica institucionalizadora de la medicina y de la farmacia.

7. Conclusiones

Este trabajo comenzaba con dos hipótesis que creo que han sido demostradas y argumentadas. La primera es que la extensión de lo que se considera *enfermedades mentales* ha alcanzado cualquier malestar propio de la existencia, como puede ser el duelo, las rupturas amorosas, la angustia por no llegar a fin de mes o haber perdido el trabajo, o la actividad propia de niños y adolescentes. La generalización de enfermedades y diagnósticos desde el DSM-1 hasta el DSM-5 prueba esto porque, además, la razón que está por detrás son los intereses de la industria farmacéutica que ha logrado incrementar el número de psicofármacos prescritos.

La segunda es que la medicación con psicofármacos es otra forma de institucionalización. Una forma que se muestra mucho más sibilina y desapercibida pero que, en ocasiones, se impone al paciente sin la información mínima y el consentimiento informado exigido por la ley. Los efectos de los psicofármacos alteran la personalidad de sus consumidores, provocándoles una distancia de la realidad y un mayor conformismo con sus condiciones de vida creándoles además la sensación de que solo ellos son responsables de su suerte. Si la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad apuesta por la desinstitucionalización, esta debería llegar a la institucionalización mediante psicofármacos, que pasa más desapercibida.

El bienestar mental debe ser un objetivo de toda sociedad. Para ello ante el malestar, que es propio de nuestra existencia y que puede ser muy doloroso, se requiere una respuesta comunitaria que atienda a las causas de ese malestar, que en muchas ocasiones radican en factores sociales y económicos que son los que determinan la aparición de ese sufrimiento y las respuestas que nuestra mente desarrolla frente a él como mecanismo de pura supervivencia.

8. Bibliografía

- Asís, Rafael de; “Accesibilidad, diseño, ajustes y apoyos”, *Papeles El Tiempo de los Derechos*, 3, 2016, pp. 1-3.
- Asís Roig, Rafael de y Razo Godínez, Laura; “Hacia un modelo de cuidados y apoyos comunitarios: los procesos de desinstitucionalización en España”, *Universitas*, 46, 2025, pp. 5-25.
- Bartolomé Bueno, Marta Teresa; Sánchez Garrigós, Nuria; Bedoya Chocán, Nuria; Miguel Palacios, Beatriz; Loren Valles, Noelia y Bartumeus Bartolomé, Ainhoa; “Consecuencias del estrés en la salud física y mental”, *Revista Sanitaria de Investigación*, 3 (7), 2022.
- Bobbio, Norberto; *El tiempo de los derechos*, Madrid: Sistema, 1991.
- Caponi, Sandra; *Política, psicofármacos y vida cotidiana*, Barcelona: Xoroi Edicions, 2023.
- Colina Pérez, Fernando; “Luces y sombras de la salud mental”, *Norte de Salud Mental*, XIII, 54, 2016, pp. 1-3.
- Colina Pérez, Fernando, Desviat Muñoz, Manuel y Huertas García-Alejo, Rafael; “Derechos Humanos y sufrimiento psíquico”, en Marcos del Cano, Ana María (ed.), *En tiempos de vulnerabilidad. Reflexión desde los derechos humanos*, Madrid: Dykinson, 2020, pp. 65-85.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; *Observación General núm. 6 sobre la igualdad y no discriminación*, Naciones Unidas, 2018.
- Dworkin, Ronald; “What is Equality? Part 1. Equality of Welfare”, *Philosophy and Public Affairs*, 10 (3), 1981, pp. 185-246.
- Dworkin, Ronald; “What is Equality? Part 2. Equality of Resources”, *Philosophy and Public Affairs*, 10 (4), 1981, pp. 283-345.
- Ebaugh, Franklin. G.; “A Review of the Drastic Shock Therapies in the Treatment of the Psychoses”, *Annals of Internal Medicine*, 18 (3), 1943, pp. 279-296.
- Facchi, Alessandra.; “El uso, el abuso y el no uso de la palabra *Derecho*”, *Derechos y Libertades*, 50, 2024, pp. 39-47.
- Fineman, Martha A.; “Equality, Autonomy, and the Vulnerable Subject in Law and Politics”, en Fineman, Martha A. y Grear, Anna (ed.), *Vulnerability. Reflections on a New Ethical Foundation for Law and Politics*, Nueva York y Londres: Routledge, 2016, pp. 13-27.
- Foucault, Michel; *El poder psiquiátrico. Curso del Collège de France (1973-1974)*, Madrid: Akal, 2005.
- Frances, Allen; *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*, Barcelona: Ariel, 2014.
- García, Toni; “Malestar social y salud mental”, *Viento Sur*, 177, 2021, pp. 45-48.
- Gee, Dylan G.; “Early Adversity and Development: Parsing Heterogeneity and Identifying Pathways of Risk and Resilience”, *American Journal of Psychiatry*, 178 (11), 2021, pp. 998-1013.
- Gotszche, Peter C.; *Psicofármacos que matan y denegación organizada*, Barcelona: Los Libros del Lince, 2016.
- Laporte, Joan-Ramon; *Crónica de una sociedad intoxicada*, Barcelona: Península, 2024.
- Lema Añón, Carlos; “Los determinantes sociales en el derecho a la salud”, en Lema Añón, Carlos (ed.), *Los determinantes sociales de la salud: más allá del derecho a la salud*, Madrid: Dykinson, 2021, pp.27-69.
- Merino, Álvaro; “¿Cuántos psicólogos hay en los sistemas de salud públicos de la Unión Europea?”, *El Orden Mundial*. Disponible en: <https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/cuantos-psicologos-hay-en-sistemas-salud-publicos-union-europea/>, 18/3/2021 (última consulta: 10/10/2025).
- Millet, Kate; *Viaje al manicomio*, Barcelona: Seix Barral, 2019.
- Ministerio de Sanidad; *Consumo de antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes*, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadísticas/estadísticas/estMinisterio/SIAP/12_Ansioliticos_antidepresivos_hipnoticos.pdf (última consulta: 11/9/2025).

- Moncrieff, Joanna; *The Myth of the Chemical Cure. A Critique of Psychiatric Drug Treatment*, Nueva York: Palgrave MacMillan, 2008.
- Nocete Navarro, Luis, López de Loma Osorio, Víctor, Bravo Ortiz, María Fe y Fernández Liria, Alberto; “Salud mental y derechos humanos: La experiencia de los profesionales en formación en el uso de sujeciones mecánicas en Madrid, España”, *Salud colectiva*, 17, 2021, pp. 1-26.
- Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas; *Mental health, human rights and legislation. Guidance and practice*, Ginebra: OMS & ONU, 2023.
- Otero Parga, Milagros María; “La inflación de los derechos: un problema de eficacia”, en Martínez Morán, Narciso, Marcos del Cano, Ana María y Junquera de Estefanía, Rafael (coord.), *Derechos humanos: problemas actuales. Estudios en homenaje al profesor Benito de Castro Cid*, Madrid: Universitas, 2013, pp. 123-140.
- Palacios, Agustina y Bariffi, Francisco José; *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos: una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid: Cinca, 2007.
- Palacios, Agustina; *El modelo social de la discapacidad. Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid: Cinca, 2008.
- Park, Caroline, Rosenblat, Joshua D., Brietzke, Elisa, Pan, Zihang, Lee, Yena, Cao, Bing, Zuckerman, Hannah, Kalantarova, Anastasia y McIntyre, Roger S.; “Stress, epigenetics and depression: a systematic review”, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 102, 2018, pp. 139-152.
- Peces-Barba Martínez, Gregorio; *Curso de derechos fundamentales. Teoría general*, Madrid: BOE, 1999.
- Peces-Barba Martínez, Gregorio; *Lecciones de Derechos Fundamentales*, Madrid: Dykinson, 2004
- Pérez-Soto, Carlos; *Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*, Santiago de Chile: Lom, 2012.
- Roldán Bejarano, Alejandra; *Estimulación cerebral profunda en esquizofrenia resistente*, Tesis Doctoral, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2021. Disponible en <http://hdl.handle.net/10803/672029> (última consulta: 28/9/2025).
- Singer, Judy; *NeuroDiversity: The Birth of an Idea*, Lexington: Judy Singer Editor, 2017.
- Subdirección General de Información Sanitaria; *Defunciones por suicidio en España 2022-2024*, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2024. Disponible en: anidad.gob.es/fr/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/DefunSuicidio2022-2024_NOTA__TEC.pdf (última consulta: 11/9/2025).
- Susín Beltrán, Raúl; *Fronteras y retos de la ciudadanía. El gobierno democrático de la diversidad*, La Rioja: Perla ed., 2012.
- Tomé, Paula; “Pactos de cuidado”, *Mujeres y salud*, 36, 2014, pp. 16-18.
- VV.AA.; *Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios*, Madrid: Proyecto EDI, 2023.
- Wang, Rujia, Lifelines Cohort Study, Hartman, Catharina A. y Snieder, Harold, “Stress-related exposures amplify the effects of genetic susceptibility on depression and anxiety”, *Translational Psychiatry*, 2023, 13 (27), pp. 1-10.