

La cuestión: no psiquiatrizar

Hugo Pisa

Médico especialista en psiquiatría
Presidente del Capítulo de Psicogeriatría (APSA)
Director Médico de Integra Más
E-mail: hugo.pisa@gmail.com

*“En realidad, es aquel que llamamos
mentalmente sano el que se aliena,
puesto que consiente vivir en un mundo
definido por la relación entre yo y los otros”*
Claude Lévi-Strauss

Introducción

Un hombre de 48 años consultó por sentirse *muy agobiado por todas las cosas que tenía que enfrentar*. Refirió que su médico clínico le solicitó un chequeo completo que *“dio todo normal”*. Ante esto le sugirió *que tal vez un antidepresivo podría ayudarlo*. *“Así que aquí estoy...”*, dijo.

¿Es el paciente el que busca una solución “biológica” a su malestar o es el psiquiatra el que sólo apela a respuestas “biológicas” para tratar los malestares que presentan los “pacientes”?

Es conocida la situación en la cual una persona asiste a la consulta debido a “quejas” o “síntomas” que le produce el hecho de vivir. En sus propias palabras define lo que le ocurre como *ansiedad, tristeza, demasiadas preocupaciones, miedos, irritabilidad, cansancio, aburrimiento*. Son expresiones que no califican como criterios para diagnosticar un trastorno mental. Y aun así, reciben tratamiento psicofarmacológico (en varios casos por el médico de cabecera). Situación que se produce en el 20% a 30% de los pacientes que concurren a un servicio de

Resumen

Ansiedad, tristeza, preocupaciones, miedos, irritabilidad, cansancio, aburrimiento son situaciones a las que nos enfrenta la vida. No califican como trastornos psiquiátricos y sin embargo son tratados como tales. Hablamos de psiquiatrización de la vida cotidiana. El presente trabajo tiene por objetivo prevenir dicha psiquiatrización. Para ello se desarrollarán diferentes aspectos tendientes a explicar el origen de las demandas por parte de los pacientes y de las respuestas dadas por el psiquiatra. Se propone, además, una reflexión sobre nuestra práctica.

Palabras clave: Psiquiatrización - Sociedad - Ciencia - Cientificismo - Prevención cuaternaria.

THE MATTER: NO PSYCHIATRIZATION

Abstract

Anxiety, sadness, worries, fears, irritability, fatigue, tedium, are situations that life confront us with. They don't qualify as psychiatric disorders, but nevertheless they are treated as though. We refer to the psychiatrization of daily life. The aim of this article is to prevent such psychiatrization. To support this assertion, we are going to develop different aspects tending to explain the origins of the patient's demands and the answers given by the psychiatrist. A critical reflection of our practice is proposed.

Key words: Psychiatrization - Society - Science - Scientism - Quaternary prevention.

salud mental (1). En este contexto, los antidepresivos son los más utilizados (2). Asistimos, como psiquiatras, a un incremento de demandas que tienen que ver con sentimientos de malestar vinculados con los avatares que nos plantea la vida cotidiana. En palabras de Manuel Desviat, tenemos “*un miedo continuo -al fracaso, a la ganancia de peso, a la vejez, al afuera, al adentro, al compromiso, a las emociones- que genera el estilo de vida del que se nos hace responsables [Culpables] y nos lleva a transitar la vida entre el vacío y la ansiedad*” (3).

De la misma manera que los tratamientos psicofarmacológicos son utilizados con eficacia en diferentes trastornos psiquiátricos severos, ¿se podrían utilizar de forma similar para “los males” que nos aquejan todos los días? Se preguntan los autores Charlton y Mckenzie, quienes abogan por una *psicofarmacología paliativa* (4). Plantean que existe una cultura con respecto al alivio sintomático, como es el caso de los medicamentos de venta libre (p. ej., analgésicos). En estos, tanto la decisión como la evaluación de la eficacia, corren por cuenta del paciente. El profesional sólo aconseja sobre los beneficios o riesgos. En esta línea plantean la demanda por parte de los pacientes del uso de fármacos destinados al alivio de síntomas “emocionales”; situación que se ve limitada en la actualidad por el hecho de requerir recetas. En síntesis se preguntan: si el psicofármaco hace bien, ¿por qué no?

El paciente concurre a la consulta (des)informado: tanto en revistas como en diarios masivos colegas explican de “manera sencilla” cómo una persona puede llevar cabo su propio diagnóstico “precoz”. Se enumeran los síntomas que caracterizan un trastorno psiquiátrico determinado a partir de una explicación “científica”.

El profesional por su parte, objeto de esa demanda, prescribe un tratamiento psicofarmacológico o solicita estudios innecesarios y costosos (como dosajes de diferentes reactivos de probada ineficacia clínica).

Nos encontramos frente al desafío que implica dejar de lado una práctica que nos impone determinados lineamientos técnicos-biológicos tendientes a explicar “lo que nos pasa” y volver al uso de una reflexión que incluya a los valores, aspectos culturales y filosóficos que se encuentran involucrados en la atención de todos los días. “*Uno de los principales debates que tiene hoy la psiquiatría y la psicología es determinar el límite de sus prestaciones*”, sugiere Desviat.

El presente trabajo intenta responder el interrogante planteado al comienzo con el objetivo de *prevenir la psiquiatrización* de aquellas situaciones que se relacionan con las dificultades de la vida y que no deberían ser pasibles de un tratamiento psiquiátrico. Para ello se desarrollarán diferentes aspectos tendientes a explicar el origen de las demandas por parte de los pacientes. Y del mismo modo las respuestas dadas por el psiquiatra, porque de esas demandas se derivan, de manera cada vez más frecuentes, nuestras intervenciones. Se propone (y se impone), además, una reflexión sobre nuestra práctica.

Psiquiatrización y sociedad

Un hombre de 81 años asiste a la consulta con una nota de su médico clínico que dice: “*paciente difícil; solicitud evaluación profunda para inicio de antidepresivo*”.

En el 2002, un artículo de la revista *BMJ* impulsó un debate sobre qué es y qué no es una enfermedad y llamó la atención sobre la creciente tendencia a clasificar los problemas de la gente como enfermedades (5). Si tomamos ese objetivo como propio diremos que *Psiquiatrizar* sería el hecho de definir como *psiquiátrico* a un problema que puede no ser de esta índole o que, siéndolo, no justifica una intervención desde la psiquiatría (6, 7). En esta línea -desde la mirada que implicaría este proceso expansivo- podríamos referir como ejemplos la tentación de psiquiatrizar procesos vitales como la infancia y la vejez o igualar el concepto de factores de riesgo con el de enfermedad (8). Asimismo que se definan y diagnostiquen como enfermedades “síntomas” que no lo son: la tristeza, el miedo, la timidez, la indisciplina infantil, el fracaso escolar, el cansancio, el estrés, la ansiedad, el aburrimiento (9). Es decir que, ni más ni menos, corremos el riesgo de indicar un tratamiento a personas que no lo necesiten.

La medicalización (*Psiquiatrización*) homogeneiza los sufrimientos. Despoja al individuo de su posibilidad de crear y elaborar a partir de sus propios recursos la solución al problema que lo aqueja. Contribuye, por otro lado, a estigmatizar; y puede tener consecuencias económicas en los pacientes, como resultado de realizar un tratamiento y estudios innecesarios de un costo elevado (10). Es un fenómeno cultural moldeado por determinantes socio-históricos, políticos y económicos.

Si tomamos en cuenta a Duchêne -citado por Stagnaro- quien manifiesta que para cada época y lugar la asistencia psiquiátrica resulta del entrecruzamiento estructural de tres formas mayores: las concepciones doctrinales sobre la locura, los recursos terapéuticos existentes y la estructura política y socioeconómica de la sociedad (11); diremos que el proceso de psiquiatrización se desarrolla a expensas de la creación de nuevas categorías diagnósticas que tienen su correlato en el aumento de la prescripción de psicofármacos (12). Dicho de otro modo, si justificamos o explicamos desde la psiquiatría situaciones de displacer cotidianos; podemos “justificar” o “explicar” el tratamiento correspondiente.

El tema podríamos resumirlo de la siguiente manera: si ciertas situaciones vitales son definidas como trastornos las personas consultarán por los mismos. Al respecto, los psicólogos Francesc Sáinz, Antoni Talarn refieren: “*Es evidente que cuando se nos presenta un paciente con una demanda basada en su supuesta incapacidad para hacer frente a la vida cotidiana es por algo. (...) nos está diciendo que algo falla y que deben de existir razones para que este fallo se produzca*” (13). Pero como está obligado a seguir, no puede perder el tiempo. “Si no lo soluciona es porque no quiere”; porque solución hay y es médica (psiquiátrica). En este sentido, los mismos autores son categóricos cuando afirman: Las personas respondemos a los mensa-

jes que recibimos. Y los mensajes de hoy día nos dicen: “si estás mal es que tienes un problema; si tienes un problema seguro que se puede resolver; hay expertos que te pueden ayudar; la ciencia tiene respuesta para todo; la felicidad es no tener problemas; la salud es un estado de bienestar físico, psíquico y social”.

Ciencia y cientificismo

Una mujer de 37 años consulta por sugerencia de su médico clínico: “*me hizo un análisis y salió que tengo la serotonina baja. Dice que me tienen que dar un antidepresivo para nivelarla*”. A la evaluación no presenta sintomatología de ningún trastorno psiquiátrico.

De un lado las expectativas de los pacientes; del otro, la de los profesionales. En ambos casos, al parecer, se han incrementado. La psiquiatría borró sus límites tradicionales al mostrarse disponible para el tratamiento de situaciones relacionadas a problemas de otras esferas como sociales, laborales, económicas e incluso personales. A propósito, nos interpela el psiquiatra Philip Thomas: “*Comenzaré -dice- con una afirmación: la buena praxis en psiquiatría implica necesariamente un compromiso con la parte no-técnica de nuestro trabajo, como los significados, valores y relaciones. (Surge un problema): la psiquiatría está dominada por un paradigma científico o tecnológico que considera estos elementos secundarios. Una muestra de esto es la importancia que se da a las clasificaciones, los modelos de enfermedad “causales”, y, a través de la medicina basada en la evidencia, la concepción del cuidado como una serie de intervenciones separadas, que se analizan y miden independientemente de su contexto*” (14, 15).

Profundizaremos sobre “el problema” con la intención de iniciar un debate (necesario) respecto de lo científico versus lo científico. Y las consecuencias que terminan por vislumbrarse en la práctica.

¿En qué consiste el paradigma biológico? En pocas palabras consiste en entender (o pretender entender) nuestros problemas, sentimientos, pensamientos, conductas o relaciones mediante el mismo método científico que usamos para investigar los problemas de hígado, corazón o pulmones. Situación que presenta un contrapunto innegable: el límite de la ciencia. Cuando ésta contempla lo humano se produce un choque entre un método y teorías científicas esencialistas con lo singular existencial. Frente a un determinismo biológico científico, se defiende la libertad humana ensombrecida por un determinismo no biológico sino biográfico e inconsciente, no alcanzable por la ciencia (16). Nuestro trabajo, aquí, será el de establecer puentes entre la biología y la biografía (17).

Si tenemos en cuenta que el autor es un científico quedará sin efecto una de las críticas que se realizan con frecuencia: la de tildar de “humanistas”, “falsos psiquiatras” o “psicoanalistas” (utilizado de manera peyorativa para dejar entrever que el profesional tiende a buscar una explicación sin basamento científico). Sin ánimo de polemizar en ese sentido, pondremos el acento en la siguiente situación por considerarla de riesgo para el paciente. Esta es la de llevar a cabo una crítica (y práctica)

a partir de una postura *cientificista*. Que no sería otra cosa que una exageración basada en creer que la ciencia es la única posibilidad de conocimiento (18). Desde esta posición la subjetividad de la persona se torna accesible a la ciencia; se puede observar, medir y sobre todo modificar con el consecuente riesgo de psiquiatrizar y/o medicalizar.

De la misma manera, nuestro autor nos plantea que es tan legítimo aspirar al conocimiento científico del ser humano como absurda la interpretación científico de su psique. Llegando -según sus palabras- al ridículo cuando se utilizan técnicas de imagen funcional para explicar cualquier cosa y hacerlo, si es posible, en relación con genes, neurotransmisores y modelos animales (16).

Esta situación podría pasar inadvertida si sólo se realizara en laboratorios encargados de investigar con el objetivo claro de incrementar un conocimiento determinado. Pero, ¿qué ocurre si ese afán científico con pretensión de explicarlo todo desde una mirada reduccionista se traslada a la clínica? Se someterá al paciente a estudios innecesarios o, lo que es peor, será el mismo paciente el que lo solicite.

La postura científico se asienta en la “Fe” de que la ciencia es la única y verdadera fuente de esperanza para el ser humano, a partir de pensarla como “la” posibilidad de arribar a una explicación. Esto, sin duda, tiene una buena recepción y eco en un mundo fascinado por la tecnología que, al mismo tiempo que nos facilita algunas cosas, nos aliena.

La sociedad actual: una explicación que explique

Hombre de 79 años, dijo: “*Tengo dos problemas: no quiero trabajar más y me siento solo... ¿Debo seguir tomando la medicación?*”

Si el título fue categórico -“*El auge de la enfermedad imaginaria*”-, la línea que resumió el artículo lo fue aún más: *Los intereses económicos y profesionales inducen a medicalizar procesos que no son patológicos* (19). Dice, entre otras cosas, que la medicina hizo suyos numerosos problemas que antes no eran asunto médico y para los que a menudo no existe una solución eficaz. Cita el estrés, la fobia social, la impotencia sexual, el colon irritable, las adicciones (al juego, a Internet o al sexo), e incluso la menopausia, la calvicie, la soledad o el trabajo.

Ahora bien, trataremos de analizar los motivos por los cuales existe un campo fértil para que esto ocurra. Si bien la intención será abarcativa, persigue -principalmente- dos objetivos: continuar con la reflexión que venimos haciendo y profundizar sobre los determinantes que se encuentran involucrados en la *psiquiatrización*.

En *Los malestares psicológicos en la sociedad del bienestar*, los autores concluyen que *las personas experimentan como enfermedades las contradicciones propias del sistema social* (20). Veamos. La búsqueda de la felicidad. El ansia de felicidad. Ser feliz se convirtió en un imperativo de época. Al extremo de pensarla como un derecho y obligación; llegando al punto de confundir su falta con enfermedad (21). Salimos en su búsqueda a partir del

consumo y el individualismo. Pero a poco de andar, su marcha se detiene y aparece el malestar por no cumplir con lo que se le impone. El sociólogo Alain Ehrenberg en su libro *La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad* sostiene que las reglas sociales le exigen al individuo que se haga cargo de su responsabilidad e iniciativa, y éste se descubre con un sentimiento de insuficiencia frente a exigencias que lo sobrepasan. De la misma manera se refiere al *paciente ideal* como un interlocutor activo; es decir, responsable, alguien que sabe reconocer por sí mismo sus síntomas de recaída y se hace cargo de consultar con el psiquiatra. El paciente queda así, involucrado tanto en su éxito como en su fracaso. El ideal de la alianza terapéutica pasa, entonces, por transferir la responsabilidad médica al paciente (22).

Toda época tiene sus enfermedades emblemáticas -dice el filósofo Byung-Chul Han al comienzo de su libro *La sociedad del cansancio-* (23). Y prosigue, más adelante, *“El comienzo del siglo XXI, desde un punto de vista patológico, no sería ni bacterial, ni viral [como lo fue anteriormente], sino neuronal”* (23). Se refiere, entre otras, a la depresión, el trastorno límite de la personalidad o por déficit de atención. Para este autor la sociedad actual no es *disciplinaria* (como lo desarrollara Foucault), sino una *sociedad de rendimiento*. En la primera, donde rige el “no”, genera locos y criminales; en la segunda, en cambio, depresivos y fracasados. Esta sociedad se relaciona con los verbos *hacer y poder*, a su vez, vinculados con el incremento de la productividad. Se desplaza, así, el imperativo del deber disciplinar a una presión por el rendimiento, por el “producir”. Y esto es lo que termina por enfermar. La persona se encuentra sometida a sí misma. Este contexto convierete a la actualidad en un terreno fértil para el uso de medicamentos relacionados -fácil y falsamente- con el incremento de la producción y eliminación del cansancio.

Lo que sigue podría ser considerado de ciencia ficción pero está publicado. ¿Qué puede hacer la psicofarmacología para mejorar la condición humana?, se pregunta el artículo en cuestión. Para empezar, dice, puede ayudar a curar enfermedades, aliviar y mejorar nuestros síntomas y funciones para que podamos seguir adelante con la vida. Muchas personas utilizan drogas para adaptarse a sí mismos a los ritmos y exigencias de la sociedad industrial. Esto puede ser necesario para hacer frente a las largas horas de trabajo, cuando nos sentimos mal o cansados, y cuando se espera una alta eficiencia. La evidencia demuestra que una gran proporción de personas que no muestran ningún síntoma detectable se puede beneficiar con un antidepresivo. Son medicamentos que elevan el potencial de gratificación. Por este motivo la prescripción de antidepresivos debería estar disponible a petición (24).

Este pensamiento no desapareció. Circula. Se puede, como vimos, leer. Y también escuchar, escondidos detrás del ropaje que brinda, por ejemplo, la sugerencia de “diagnosticar de forma precoz”. De esta manera, un malestar cotidiano puede convertirse en un potencial trastorno depresivo y como sabemos, la depresión es uno de los factores de riesgo suicida más importantes. Así, tratando a tiempo, prevenimos nada más y nada menos que

un potencial suicidio. Esta ecuación lineal que podría ser tildada, sin duda, de simplista -o, incluso, de extremista- no hace otra cosa que confrontarnos con una realidad donde este tipo de razonamientos se convirtieron más en la regla que en la excepción. En tal sentido, como sugiere la psicoanalista Ana María Fernández, nuestra profesión tiene siempre una dimensión ético-política (25).

La psiquiatría: una reflexión final

Una mujer de 38 años consulta para una evaluación por referir que la medicación *“la duerme mucho”*. Explica que su médico de cabecera se la prescribió al verla angustiada. Relata como motivo de la misma lo siguiente: *“Pensé que estaba embarazada; pero sólo tenía un atraso... Hace tres años que estamos buscando”*.

En ocasiones las reflexiones más sencillas son las que generan los debates más profundos. Por ejemplo, ante la afirmación de que el avance de la psiquiatría en las últimas décadas se ha basado en un modelo biomédico que fomenta los tratamientos psicofarmacológicos como verdaderas *“panaceas”* para múltiples problemas, el psiquiatra Duncan Double manifestó su escepticismo respecto de este enfoque y sugirió que la psiquiatría debe moderar y complementar el punto de vista biológico con la comprensión psicológica y social, reconociendo así las incertidumbres de la práctica clínica (26). Ahora bien, el artículo en cuestión se encuentra fechado en el 2002. ¿Tanto la afirmación como el comentario son anacrónicos o siguen manteniendo una actualidad indiscutible?

Escuchamos y repetimos preceptos sin pensarlos ni cuestionarlos; y, lo que es peor, pensamos a partir de ellos. En general, las argumentaciones suelen ser pobres, pero la eficacia de las mismas se encuentra, justamente, en el hecho de que no se las discute. Como dijimos: se repite. Dejamos así de lado nuestro *“sentido”*, nuestra capacidad de análisis.

Sin duda el debate continúa abierto. En estas circunstancias, se hace imprescindible reivindicar una psiquiatría crítica, para esto es necesario formar psiquiatras críticos que sean capaces de cuestionarse sus prácticas por el bien de los pacientes y de la especialidad.

Partimos de la base que las intervenciones que realizamos, entre ellas el diagnóstico y el tratamiento, son hechas con la mejor intención. Aún en aquellas situaciones que podríamos definir como vitales y para cuya resolución podría haber bastado sólo *“un tiempo”*.

Cuando asiste a la consulta una persona porque no sabe manejar a sus hijos, porque se está por jubilar, porque tiene problemas económicos, porque no sabe si tiene que separarse o seguir, no debemos diagnosticarlo. Así de simple. Limitar el uso de *“diagnósticos”* para las demandas que nos depara la vida puede ser beneficioso para el paciente, para el psiquiatra y para el sistema de salud.

Por último, tener en cuenta (en estos casos) que la indicación de no-tratamiento es una intervención terapéutica de gran valor (27).

“No estoy deprimido, estoy solo”, dijo el paciente ■

Referencias bibliográficas

1. Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria* 2006 Dec; 38 (10): 563-9.
2. Ortiz Lobo A, Lozano Serrano C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Aten Primaria* 2005 Feb 28; 35 (3): 152-5.
3. Desviat M. Prólogo. En: Retolaza A, coordinador. Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. p. 9-12.
4. Charlton BG. Treating unhappiness-society needs palliative psychopharmacology. *Br J Psychiatry* 2004 Sep; 185: 194-5.
5. Smith R. In search of "non-disease". *BMJ* 2002 Apr 13; 324 (7342): 883-5.
6. Natella G. La creciente medicalización contemporánea. Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental. En: Cannellotto A, Luchtenberg E, coordinadores. Medicalización y sociedad: Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades. San Martín: Universidad Nacional de Gral. San Martín UNSAM EDITA; 2010. p. 17-52.
7. Rose N. Beyond medicalisation. *Lancet* 2007 Feb 24; 369(9562): 700-2.
8. Levín SA. Suicidio, palabra maldita (muerte, palabra prohibida). *Vertex* 2014 May-Jun; 25 (115): 225-30.
9. Gérvas, J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit* 2006; 20 (Supl 1): 127-34.
10. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002 Apr 13; 324 (7342): 886-91.
11. Bertran, GF. Hospital de día: particularidades de la clínica. Buenos Aires: Minerva; 2004. p. 15.
12. Mayes R, Horwitz AV. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci* 2005 Summer; 41 (3): 249-67.
13. Sáinz F, Talarn A. Prevención cuaternaria en salud mental [Internet]. *Intercanvis* 2009; 23: 59-67. Disponible en: http://intercanvis.es/articulos/23/art_n023_08R.html.
14. Thomas P. La psiquiatría más allá del paradigma actual: el rol de la narrativa psiquiátrica [Internet]. *postPsiquiatría*; 2014. Disponible en: <http://postpsiquiatria.blogspot.com.ar/2014/01/la-psiquiatria-mas-alla-del-paradigma.html>.
15. Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. *BMJ* 2001 Mar 24; 322 (7288): 724-7.
16. Peteiro Cartelle J. La ciencia y la dominación autoritaria del sujeto [Internet]. *Intercanvis* 2014; 32: 93-104. Disponible en: http://intercanvis.es/articulos/32/art_n032_13R.html.
17. Maglio F. La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2011.
18. Peteiro Cartelle J. El autoritarismo científico. Málaga: Ediciones Miguel Gómez; 2010. p. 50-7.
19. El auge de la enfermedad imaginaria [Internet]. Diario El País. 02 julio 2002; Disponible en: http://elpais.com/diario/2002/07/02/salud/1025560801_850215.html.
20. Talarn A, Rigat A, Carbonell X. Los malestares psicológicos en la sociedad del bienestar. *Aloma*. 2011; 29: 325-340. Disponible en: <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/118>.
21. Peteiro Cartelle J. El autoritarismo científico. Málaga: Ediciones Miguel Gómez; 2010. p. 100-4.
22. Ehrenberg A. La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2000. p. 218-43.
23. Han BCh. La sociedad del cansancio. Barcelona: Herder Editorial; 2012. p. 11-33.
24. Charlton BG. Psychopharmacology and the human condition. *J R Soc Med* 1998 Nov; 91 (11): 599-601.
25. Fernández AM. Jóvenes de vidas grises: psicoanálisis y biopolíticas. Buenos Aires: Nueva Visión; 2013. p. 92.
26. Double D. The limits of psychiatry. *BMJ* 2002 Apr 13; 324 (7342): 900-4.
27. Ortiz Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Publica* 2011 Nov-Dic; 85(6): 513-25.