

La evolución histórica de los paradigmas de atención en psiquiatría

Pablo Miguel Gabay

*Médico Psiquiatra. Centro Psicopatológico Aranguren (Director), CABA
E-mail: info@centroaranguren.com*

Mónica Fernández Bruno

Médica Psiquiatra. Centro Psicopatológico Aranguren (Directora), CABA

Resumen

La rehabilitación y la reintegración del paciente con trastorno mental a la vida comunitaria se relacionan con el progreso histórico. Según la mayor o menor presencia de estigma en los enfermos, menor o mayor ha sido la posibilidad para estos de acceder a su inclusión en la comunidad. Watts y Bennett dividen en tres fases el enfoque de la rehabilitación de los enfermos mentales: Fase 1.- Se hizo poco por los pacientes justificándose en que es poco lo que se puede hacer, sometiéndolos a malos tratos y rechazo. Fase 2.- Se aceptó su vulnerabilidad y se dio protección y privilegios a los discapacitados, con servicios brindados por organizaciones e instituciones caritativas y voluntarias religiosas, siendo confusa la distinción entre pobreza e incapacidad. Fase 3.- La rehabilitación psiquiátrica propiamente dicha comenzó asociada a la rehabilitación física, luego de las dos guerras mundiales del siglo XX, con intentos de modificar y contrarrestar la discapacidad perfeccionando otras aptitudes. Los programas de rehabilitación facilitan a los pacientes la transición hacia la externación, evitan su aislamiento, les ayudan a preservar su inserción familiar, social y comunitaria y aseguran la continuidad de los tratamientos, contribuyendo a evitar las reinternaciones, recaídas y empeoramientos a los que conduce su frecuente suspensión. Todo ello disminuye los costos en salud -tanto para los estados como las familias- y permite lograr la reinserción social del paciente con autogestión (prevención terciaria) y su recuperación, dentro de las posibilidades de cada individuo en particular.

Palabras clave: Rehabilitación psiquiátrica - Recuperación - Enfermedad mental grave - Esquizofrenia - Psicosis - Historia de la psiquiatría - Desmanicomialización.

HISTORIC EVOLUTION OF PSYCHIATRIC CARE PARADIGMS

Abstract

The rehabilitation of severely mentally-ill patients and their return to the community are related to historical progress. Their potential of achieving these goals is higher or lower depending on the presence of more or less stigma attached to their condition. Watts and Bennett have divided psychiatric rehabilitation into three phases: Phase 1: Very little was done because there was not much to be done. Patients were rejected and received mistreatment. Phase 2: Their vulnerability was admitted and protection was given to the disabled; services were provided by charity and voluntary religious institutions; there was no clear distinction between illness and poverty. Phase 3: Modern psychiatric rehabilitation began after the two World Wars in the 20th century, with attempts to modify and to oppose disability with the development of other skills. Psychiatric rehabilitation programs help these patients to resume life in the community and prevent their social isolation. By ensuring continuity of their treatment, rehabilitation programs reduce relapses and hospitalizations, thereby contributing to preserve family life and social inclusion. This reduces treatment costs to both families and communities, while promoting patients' reinsertion and recovery in the community according to their individual needs.

Keywords: Psychiatric rehabilitation - Recovery - Severe mental illness (SMI) - Schizophrenia - Psychosis - History of psychiatry - Deinstitutionalization.

Introducción

Según una de las acepciones del Diccionario de la Real Academia Española, un paradigma es una “teoría o conjunto de teorías cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar y que suministra la base y modelo para resolver problemas y avanzar en el conocimiento” (1).

Resulta más específica para el tema que vamos a tratar la explicación del estadounidense Thomas Samuel Kuhn (1922-1996), físico y filósofo de la ciencia, quien en su libro “La estructura de las revoluciones científicas” definió un paradigma como los “logros científicos que generan modelos que, durante un período más o menos largo, y de modo más o menos explícito, orientan el desarrollo posterior de las investigaciones exclusivamente en la búsqueda de soluciones para los problemas planteados por estas”. El paradigma es, entonces, un principio, una teoría o un conocimiento originado de la investigación en un campo científico. Una referencia inicial que servirá como modelo para futuras investigaciones (2).

Por otro lado, el estigma que acompaña a la enfermedad mental, a quienes la padecen y a sus relaciones cercanas, existe desde que se tienen registros históricos y ha influido de muchas formas en las concepciones sobre la locura, en los tratamientos que las personas afectadas reciben y en su evolución (3). Watts y Bennett (4) dividen en tres fases el enfoque de la rehabilitación de los enfermos mentales:

Fase 1.- Se hizo poco por los pacientes justificándose en que es poco lo que se puede hacer, sometiéndolos a malos tratos y rechazo.

Fase 2.- Se aceptó su vulnerabilidad y se dio protección y privilegios a los discapacitados, con servicios brindados por organizaciones e instituciones caritativas y voluntarias religiosas, siendo confusa la distinción entre pobreza e incapacidad.

Fase 3.- La rehabilitación psiquiátrica propiamente dicha comenzó asociada con la rehabilitación física, luego de las dos guerras mundiales del siglo XX, con intentos de modificar y contrarrestar la discapacidad perfeccionando otras aptitudes.

Pese a que el estigma persiste, también podríamos dividir el trato que han recibido los enfermos mentales en Occidente en un antes y un después de la aparición de la psiquiatría como especialidad médica independiente, luego de la Revolución Francesa y a partir de las nuevas ideas que esta trajo (ver Cuadro 1).

Tratamiento en el medio familiar en la Antigüedad: Grecia y Roma

El tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con patología mental en el seno de la comunidad no son nuevos. Según registros históricos sobre la atención durante la Antigüedad en Grecia y en Roma, el **tratamiento en el medio familiar con aislamiento** fue la norma en este período (5, 6). En la cultura griega la enfermedad mental conllevaba un sentimiento de vergüenza y de humillación para el afectado y su familia, a partir de

la noción de *polución*, la idea de que el loco está contaminado y puede contaminar. Cualquier tipo de enfermo crónico era algo indeseable, a evitar, a encerrar, y no existían instituciones para tratar ni la enfermedad física ni la mental. El paciente quedaba en su casa, a cargo de su familia o de alguien pagado por esta, quienes lo vigilaban y protegían de sí mismo y a los demás (3). Los métodos de tratamiento utilizados incluían el medio ambiente, la dieta, la conversación y la actividad intelectual. Sorano de Efeso, impulsor de estos tratamientos en el siglo II, anticipó las ideas de Pinel y de Tuke en el siglo XVIII (5).

Edad Media: abandono y exclusión social

En la Edad Media, los mil años transcurridos entre los siglos V y XV, los trastornos mentales eran considerados una muestra de la debilidad del hombre y parte del plan de Dios para la humanidad. Si bien esto liberaba al enfermo de responsabilidad, los alienados eran considerados el prototipo del nivel más bajo de la especie humana. La mayoría de los que presentaban síntomas -que hoy definiríamos como psicóticos o como retraso mental- podían vagar por su aldea y se los aceptaba como miembros naturales de la comunidad, o permanecían en su casa al cuidado de su familia extendida o de sus vecinos, siempre que estuvieran tranquilos. También pueden haber existido formas crueles de contención y de abuso: los extranjeros eran expulsados y los inmanejables eran llevados a cárceles y mazmorras, o bien hasta que se calmaban, o de por vida. Sus familias o sus ciudades debían hacerse cargo de los gastos (7, 8).

Internación en instituciones religiosas

También durante este largo período se inició la internación en asilos a cargo de órdenes religiosas. En Europa había pocos médicos (en París había seis médicos y 215.000 habitantes en 1292 y treinta y dos médicos para 300.000 habitantes en 1395) (7). Estos eran cléri-

Cuadro 1. Paradigmas del tratamiento psiquiátrico a lo largo de la historia

Tratamiento en el medio familiar.

Abandono y exclusión social.

Internación en instituciones religiosas.

Internación en asilos prolongada o de por vida.

Revolución francesa: Tratamiento moral.

Tratamiento con antipsicóticos: reducción de síntomas, estabilización del cuadro y prevención de recaídas.

Rehabilitación y reinserción social.

Recuperación y ciudadanía.

El futuro: ¿evolución natural sin tratamiento? ¿Cuidados paliativos?

gos, ubicados en un sitio intermedio entre los laicos y los eclesiásticos. Las peregrinaciones religiosas eran una modalidad de tratamiento. Muchos enfermos eran cuidados por órdenes religiosas en instituciones que eran una combinación de hospital, asilo y penitenciaría (en el sentido de sitio en donde se cumple penitencia por los pecados; sólo luego tomó el significado de cárcel), al principio más por ser pobres que por su enfermedad (3).

El Hospital de Santa María de Bethlehem (nombre cuya deformación dio origen a la palabra *bedlam*, “manicomio, casa de locos” en idioma inglés), en Londres, fue construido originariamente como priorato, en 1247; ya en 1330 era un hospital y, a partir de 1402, alojó en forma exclusiva a individuos con problemas mentales (“lunáticos”). Su propósito era custodiar más que cuidar y el trato era abusivo y humillante, lo que estaba vinculado con la idea de considerar a la culpa individual, al pecado, como origen de la enfermedad (3).

En España, bajo auspicio religioso, se separó a los locos del resto de la población, probablemente sobre bases conceptuales dadas por los árabes, quienes fundaron el primer hospital psiquiátrico en Bagdad, actual Irak, en el año 792. La primera institución de Occidente exclusiva para insanos, el “Hospital de Santa María de Inocentes, Locos y Orates”, se abrió en Valencia en 1409. En los cien años siguientes se crearon en España otras cuatro. Eran dirigidas por órdenes religiosas, ponían el énfasis en los valores tradicionales e iniciaron la rehabilitación laboral de los enfermos mentales (3, 9).

Edad Moderna: Demonología e internación prolongada en asilos o de por vida

A comienzos de la Edad Moderna (1453-1789) surgió una concepción demoníaca de la enfermedad mental (la Demonología), corporeizada en la mujer, en especial luego de la publicación del libro *Hexenhammer* (“*El martillo de los hechiceros*”, 1486) de dos frailes dominicos. Se inició la “caza de brujas”: el tratamiento lo daban clérigos y consistía en el exorcismo. La Santa Inquisición igualó herejía con brujería y sometió a ambas a crueles castigos, fundamentalmente torturas y la muerte en la hoguera. Las ideas demonológicas sobre la enfermedad mental persistieron hasta el siglo XIX y aún hoy se conservan moderadas y modificadas.

En 1539, Juan de Ávila, creó una orden religiosa (que aún persiste), San Juan de Dios, la primera dedicada al cuidado de los alienados y, luego, a las tareas de rehabilitación de toda índole (3, 9).

En los países angloparlantes la actitud social contraria a los enfermos mentales se inició a fines del siglo XVI y continuó desde el nacimiento de los nacionalismos, en el siglo XVII, hasta el siglo XX. Durante en este período surgió la idea de la internación prolongada en asilos de los enfermos mentales, al cuidado de guardianes. Esto comenzó en el siglo XVII y se acentuó en los dos siglos siguientes (la “*era del gran confinamiento*”, según M. Foucault) (8). En estas instituciones asilares, los enfermos psicóticos (y el resto de la población internada, que incluía también a pacientes epilépticos o con retraso mental, delinquentes, prostitutas, pobres y vagabundos)

fueron, mayormente, víctimas de malos tratos.

Sin embargo, pese a eso, no está tan claro cuál fue la situación real, ya que eran “*establecimientos creados (...) por el humanismo y el orden público*” (7) y no existía tanto una actitud punitiva o represiva sino una de segregación, que se llevaba a cabo para bienestar del loco y la seguridad de la sociedad, con la esperanza de que aquel se curara, ya que no se conocían otros tratamientos (8). “*El encierro riguroso de los locos no tuvo la importancia fundamental que le han querido atribuir algunos autores*” (7). La situación de los que no eran internados tampoco era aceptable: “*no puede afirmarse que aquellos que vagaban por el campo o que eran encadenados en el granero o encerrados bajo llave en la buhardilla estuvieran mejor*” (10, 7, 8).

En el Río de la Plata, la psiquiatría colonial derivó directamente de la española. Cuando alborotaban, los locos eran llevados a la cárcel del Cabildo. Por una Cédula Real, se ordenó que en todos los hospitales hubiera salas llamadas “Cuadro de Dementes”, una para hombres y otra para mujeres. El primer hospital de Buenos Aires, y que tuvo el primer Cuadro de Dementes, fue el Hospital Militar de San Martín (1611-1770) (11).

Los finales del siglo XVII y los comienzos del XVIII fueron una época de transición, pues la creación de escuelas sistemáticas de medicina y el desarrollo del Iluminismo permitieron una nueva orientación en psiquiatría, que influyó sobre los enfermos mentales y su tratamiento. Se aceptó que la mente es una función del cerebro y que existe una fisiología mental relacionada con la psiquis y con el comportamiento. Pese a esto, aún se consideraba a los alienados incurables y no eran objeto del interés académico de los médicos. Fue la concentración de individuos afectados en pocos lugares lo que llevó a la **aparición de una nueva especialidad médica que se ocupara de ellos, el médico psiquiatra o alienista**, y a la necesidad de contar con técnicas de tratamiento (7).

Lentamente se fueron produciendo algunos cambios. En el pueblo de Ghell, en Bélgica, un antiguo centro de peregrinaje para enfermos, ya se realizaba el pupilaje de los alienados incurables e inofensivos en el seno de familias de agricultores, modalidad que luego se extendió a Alemania y a Francia. En esta última, un movimiento filantrópico, filosófico y pedagógico surgido al calor de las ideas del Enciclopedismo y de la obra de Jean Jacques Rousseau, generó interés por la situación de los locos encerrados en los asilos.

Edad Contemporánea: el Tratamiento Moral

La Revolución Francesa, comienzo de la **Edad Contemporánea**, marcó cambios efectivos también en el tratamiento psiquiátrico, que comenzaron con Philippe Pinel (1745-1826) aplicando las ideas de la Revolución al tratamiento de estos enfermos. Pinel liberó a los alienados encadenados y transformó a los asilos en sitios más dignos, instituyendo el tratamiento moral, y dando nacimiento a la psiquiatría moderna y a la evolución del alienismo. La terapia moral reconocía el valor terapéutico de tener una actividad estructurada y consideraba que el tratamiento de la locura era un tipo de educación.

Pinel también creó la primera escuela de rehabilitación y la primera escuela para retrasados mentales del mundo, marcando el comienzo de la reeducación y la enseñanza diferencial. A partir de la psicopedagogía, nació luego la psiquiatría infantil. Jean P. Falret (1794-1870) creó unas casas de solidaridad para los alienados dados de alta y rechazados por la sociedad. Por esa misma época, en la América del Norte colonial, todo el cuidado de los enfermos mentales graves y crónicos se hacía en la comunidad (7).

La rehabilitación moderna de las enfermedades mentales emergió lentamente al compás de las concepciones sobre la locura y los tratamientos propuestos para ella. Sin duda que influyeron en esa evolución (no desprovista de retrocesos dramáticos, como los que desencadenaron las leyes de eutanasia para los enfermos mentales durante el régimen nazi) factores diversos que provinieron de los recursos técnicos terapéuticos pero también de aspectos políticos, económicos, sociales e ideológicos.

En la Europa de comienzos del siglo XIX se consideraba que el ambiente rural era beneficioso para los enfermos mentales y se los cuidaba en asilos alejados de las ciudades. En Gran Bretaña, el auge del movimiento evangelista y el fabianismo trajeron preocupación moral y social, disminuyendo el rechazo y el abuso generales que sufrían los alienados. John Conolly suprimió la coerción física en el asilo de Hanwell, Londres, creando el *non-restraint system* (1839) y propició el buen trato y el empleo racional de la actividad y del trabajo, a fin de que los pacientes estuvieran tan confortables como fuera posible y de tratarlos hasta donde su estado lo permitiera (12).

La idea de una degeneración reconocible por estigmas fue impulsada por J. J. Moreau de Tours y B. A. Morel. Pese a que ya a fines del siglo XIX comenzó a perder apoyo, esta idea de degeneración persistió en la cultura occidental en algún grado hasta hoy, contribuyendo al estigma y al nihilismo terapéutico.

Relata José Ingenieros (13) que, en nuestro país, en 1852-53, la recientemente reinstalada Sociedad de Beneficencia "*llamó la atención sobre las mujeres dementes alojadas en la cárcel, sujetas con cadenas a la pared o metidas en el cepo, al mismo tiempo que otras muchas mendigaban en los cercos de las quintas*". Nicanor Albarellos describió, en 1863, el Cuadro de Dementes del Hospital de Santa Catalina (ex San Martín y ex General de Hombres):

"Los dementes se alojaban en unos cuartos aislados que daban a un espacioso corralón que estaba al fondo del edificio, corral que aunque grande, estaba muy alambrado y servía también de cementerio. Los dementes vegetaban sin ninguna clase de tratamiento especial".

En ese año de 1863 se construyó el Hospicio de San Buenaventura, administrado por la municipalidad. Los pacientes aptos participaron de su construcción como albañiles (14). Se le cambió el nombre por el de Hospicio de las Mercedes, patrona de los presos y de los alienados.

En 1870 se establecieron hostales para insanos pobres en Gran Bretaña y, en Escocia, se comenzó a utilizar el *open door system*. Se tomaron los conceptos de *tratamiento moral* y *non-restraint* para la asistencia y la rehabilitación de los alienados. Los elementos sociales y las actividades manuales, artísticas y religiosas constituían casi los únicos medios terapéuticos que existían. Se utilizaban también el opio y el alcohol para calmar a los más excitados. En 1879 se creó en Inglaterra la *Mental After Care Association* (12).

En la segunda mitad del siglo XIX, en Alemania, con Wilhelm Griesinger como la figura más sobresaliente, surgió la idea de que los pacientes debían ser cuidados en sus comunidades. Griesinger también diferenció dos tipos de pacientes incurables: los que podían vivir solamente en asilos y los que, pese a sus síntomas, podían vivir en la comunidad, con internaciones breves durante las crisis. Opinaba que la familia debía dar su apoyo al enfermo y que este debía reintegrarse a la misma. En EE.UU., el cuidado de pacientes en familias sustitutas se inició en Massachussets en 1883.

De esta manera, el *tratamiento moral*, los conceptos de *non-restraint*, de *open door* y de medio ambiente del paciente constituyeron una concepción de tratamiento total que reflejó los cambios del punto de vista de la sociedad sobre la enfermedad mental y llevó a intentar la reintegración del paciente a la vida social.

En contraposición a estas ideas, en el Reino Unido existía la *Poor Law Relief*, que ponía el acento en la autoayuda y el autodesenvolvimiento de los sujetos. Esta situación de no compromiso llevaba, en general, a la reinternación de los pacientes para que no molestaran. Los enfermos crónicos se hacinaban, además, por el aumento de la población debido a la migración de masas de trabajadores del campo a la ciudad, provocada por la Revolución Industrial. Así, fue necesario agrandar los manicomios y empeoró la situación en estos (12).

En Buenos Aires, el Hospicio de las Mercedes casi siempre estuvo superpoblado. A fines del siglo XIX, el aumento incesante de la población de Buenos Aires y el aumento de la patología mental por las dificultades de adaptación de una gran masa de inmigrantes llevaron al hacinamiento en los hospitales de alienados. Eliseo Cantón presentó, en 1897, un proyecto al Poder Legislativo solicitando la creación de una colonia-asilo de alienados fuera de la ciudad, tomando como modelo el asilo de Alt-Scherbitz, en Sajonia.

El Dr. Domingo Cabred, ejecutó el proyecto y creó el asilo de *Open Door* en la Provincia de Buenos Aires (1899-1901). Esta fue la primera **colonia rural abierta autosuficiente** que funcionó en el continente americano. Su objetivo era la reintegración social del alienado. Cabred instituyó el *peculio*¹ y la *laborterapia* (14). Estas colonias reflejaron cierta ambivalencia hacia los enfermos, ya que a la conveniencia práctica y material del medio rural para la autosubsistencia se agregaba el aislamiento de los pacientes de la sociedad «normal».

¹ *Peculio*: en la Antigua Roma, bienes que el padre concedía en vida al hijo o al esclavo. / Dinero o bienes que cada uno posee (Gran Diccionario Salvat, Salvat, Editores, Barcelona, 1992). Actualmente se refiere a un pago mensual dado al paciente por las tareas en talleres protegidos llevadas a cabo durante su rehabilitación.

A comienzos del siglo XX hubo varios avances, aunque se diseminaban muy lentamente: el *tratamiento activo* (H. Simon, Alemania), dirigido a contrarrestar la institucionalización y a educar a los pacientes para su reinserción social. Se logró la ocupación del 90% de los pacientes en cinco años, con mejorías notables y modificación del ambiente hospitalario; la *actividad manual* como tratamiento específico (H. Hall y S. Tracy, Harvard, EE.UU.); un *programa de reintegración social y prevención de recaídas* para los pacientes egresados del Hospital Estatal de Manhattan, Nueva York, y las primeras clases de *terapia ocupacional* (E. Clarke Slage). Surgió la idea de la "higiene mental": Clifford W. Beers, (paciente y autor del libro "*La mente que se encontró a sí misma*") creó, junto con W. James y A. Meyer, el *National Committee for Mental Hygiene* (12).

Siglo XX: rehabilitación psiquiátrica moderna

Entre la Primera y la Segunda Guerras Mundiales hubo un gran avance en la rehabilitación física de todo tipo. Watts y Bennett (12) consideran que la **rehabilitación psiquiátrica moderna** comenzó asociada con la rehabilitación física. El énfasis inicial se puso en el funcionamiento vocacional y se centró en los discapacitados físicos, pero esto sirvió para demostrar la eficacia de la rehabilitación y para reafirmar la responsabilidad de la sociedad hacia los minusválidos. Su interés se amplió luego a las necesidades del paciente en todas las áreas de su vida. El informe de la *Royal Commission* sobre lunáticos y trastornados mentales recomendaba abolir la diferencia entre enfermedades físicas y mentales (1926).

El principal interés de la rehabilitación mental pasaba por el tratamiento inicial. Con el auge de la psiquiatría de consultorio a partir de la *Mental Treatment Act* (1930) se crearon en Inglaterra consultorios externos (12). Luego de la aparición y diseminación del psicoanálisis se dio mayor énfasis a la psiquiatría ambulatoria y se produjo un desplazamiento del interés de la psicosis a las neurosis, de lo manicomial a lo individual, de la psiquiatría de asilo a la de consultorio. La aparición de los primeros tratamientos biológicos efectivos en la década de 1930 (los tratamientos convulsivos) aumentó la polarización biológico-psicologismo y las actitudes rehabilitadoras fueron en parte abandonadas. Esto contribuyó a la hipertrofia y al abandono de los grandes hospitales psiquiátricos, con un aumento de la cronicidad y del hacinamiento de los pacientes psicóticos en las instituciones.

Con la Segunda Guerra Mundial finalizó la hegemonía de la escuela alemana en psiquiatría y también hubo que reemplazar a los hombres que partían al frente de combate. En los EE.UU., las Enmiendas de 1943 a la Ley de Rehabilitación Profesional (*Barden-La Follette Vocational Rehabilitation Act*) dieron apoyo financiero y servicios de rehabilitación profesional para los discapacitados psiquiátricos. En Gran Bretaña se creó el Esquema de Anexión (*Annexure Scheme*) para el entrenamiento y la reubicación de los discapacitados como trabajadores, contrarrestando la discapacidad con el perfeccionamiento de otras habilidades. La Ley de Personas Discapacitadas (*Disabled Persons Act*, 1944) trazó un plan general

de rehabilitación que incluía tanto a la discapacidad física como a la mental. Muchos pacientes terminaron mezclados con el resto de la población y pudieron readaptarse a la comunidad (12).

Aparición de los antipsicóticos: deshospitalización

Con el descubrimiento de la función antipsicótica de los neurolepticos por Delay y Deniker, en Francia, en 1952, fue posible dar un nuevo impulso a las técnicas de psicoterapia, rehabilitación y resocialización que se habían utilizado aisladamente en diferentes períodos. Ello cambió el paradigma de la internación crónica al de la **deshospitalización o desmanicomialización, también llamada desinstitucionalización (quizás erróneamente, pues muchos pacientes continuaron su tratamiento en instituciones de otro tipo: consultorios, hospitales de día, casas de medio camino, hostales, etc.)**.

A partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos por la Asamblea General de las Naciones Unidas (10 de diciembre de 1948) (15), reafirmada 60 años después (16), hubo también un progreso importante con respecto a los derechos de las personas afectadas y una revaloración ética de esos individuos.

Rehabilitación y reinserción social

El **movimiento de salud mental comunitaria** de las décadas de 1950 y de 1960 reafirmó como concepto básico que las personas con una enfermedad importante deben ser ayudadas a mantenerse en la comunidad de la mejor forma posible. Esto trajo la necesidad de reubicar a los pacientes y resaltó la importancia de la adaptación mutua de los individuos discapacitados y de los sanos, dentro y fuera de la familia. El lugar primario de cuidado pasó desde las instituciones a la sociedad y el tratamiento cambió de intervenciones basadas en el hospital a otras basadas en la comunidad. El movimiento de desmanicomialización tuvo un gran impulso y cambió «*el objeto de trabajo (...): un ser humano con su cualidad esencial expresada en lo social*». De este modo surgió «*una intención de reforma del paradigma alienista en términos de un desplazamiento desde la figura central del alienista soberano en el manicomio (...) hacia los efectos de la institución como sistema*» (10).

Se impulsó el desarrollo de los psicofármacos, los que permitieron tratar la agitación y la peligrosidad de los enfermos e hicieron que los pacientes fueran más capaces de ocuparse de sí mismos. Se revalorizaron el concepto de externación precoz y la rehabilitación laboral para contrarrestar la pérdida de la autonomía. También se popularizaron terapéuticas más movilizadoras: terapias grupales, psicodrama, psicología social, el psicoanálisis con orientación sociológica y culturalista, comunidades terapéuticas y psicoterapia institucional. Se abrieron centros comunitarios y enfermos y no profesionales instalaron clubes de autoayuda psicossocial; a partir de ellos nacieron centros de rehabilitación psicossocial.

Se dio valor al adiestramiento ocupacional para adaptar al paciente -con sus capacidades e incapacidades- al mundo real. Los programas de trabajo industrial demostraron la posibilidad de dar empleo a los enfermos men-

tales, se crearon programas para la inserción laboral y se enfatizó el tratar a los pacientes cerca de sus familias y de sus trabajos. La *Mental Health Act* británica (1959) aconsejaba dar a los enfermos mentales un trato similar al de los enfermos físicos (12).

Erving Goffman estudió los efectos incapacitantes del hospital psiquiátrico de modelo tradicional sobre los pacientes en su libro *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (1961) (17) y los prejuicios sociales en *Estigma: La identidad deteriorada* (1963) (18). Se crearon nuevos programas para la resocialización: la legislación promovida por J. F. Kennedy (1963) propició el desarrollo de la psiquiatría comunitaria, subrayando los aspectos epidemiológicos y sanitarios. Gerald Caplan desarrolló el concepto de tres niveles de prevención (la rehabilitación en el tercer nivel) en su libro *Principios de psiquiatría preventiva*.

En la Francia de la post-guerra se creó el sistema de salud mental que se popularizó con la denominación de "política del sector" (*politique du secteur*). Está constituido por una red de instituciones de diversos niveles de complejidad que van desde el hospital psiquiátrico hasta los hogares de convalecencia y las casa de medio camino (*foyers de post-cure*), pasando por los hospitales de día, los dispensarios y los clubes socio-terapéuticos. Esta red de instituciones hospitalarias e intermedias atiende a un sector de la población geográficamente determinado (de allí su nombre) en todas las fases del tratamiento hasta la **reinserción comunitaria y su mantenimiento** en la misma, objetivo último del sistema (19).

Todos estos enfoques limitaron la importancia del hospital como asilo, el que se fue transformando en un hospital especializado en salud mental (9).

En la década de 1980 hubo importantes cambios económicos: la creación del Mercado Común Europeo, el inicio de la globalización y la disminución de los presupuestos estatales. Como consecuencia, hubo una descentralización del estado, que pasó a compartir los costos y las responsabilidades de la atención. El concepto en boga fue la "concertación", en la cual el individuo afectado es tanto víctima como responsable de lo que le ocurre. Desde el punto de vista de la atención psiquiátrica, se impuso una aproximación holística, multidisciplinaria.

Hollenstein (20) hace un parangón muy interesante entre lo que ocurrió a nivel del mercado laboral y lo que se produjo a nivel de la atención de la salud mental. Surgió el concepto de "cliente/usuario", colocado éste en el centro de las intervenciones. Este concepto le reconoce capacidades al sujeto, haciéndolo operativo, respetando sus derechos y participando en su propia reconstrucción ("responsabilización") pero, como contrapartida, se disminuyó la asistencia, se uniformaron los servicios y hubo menor inversión estatal en el cuidado. Apareció luego el concepto de "cliente/consumidor" y el reconocimiento del derecho a la diferencia llevó a la exigencia de servicios personalizados y a la militancia de pacientes y familias por sus derechos (movilización e implicación personal) (20).

El objetivo primario del tratamiento pasó a ser **prevenir el deterioro**, evitando la exposición a riesgos, el

aumento de síntomas, el trauma y la sobrecarga que implican para el sujeto y sus allegados una recaída, evitando la humillación que generan los intentos infructuosos de recuperar la función. En este contexto, mantenerse estable aún con algunos síntomas se considera un buen resultado y, en consecuencia, la función principal del médico y los objetivos principales a lograr del tratamiento son **no poner en riesgo la estabilidad lograda, reducir los síntomas y prevenir las recaídas**. Este es el llamado "**modelo de mantenimiento**" del tratamiento de la esquizofrenia (21). Para esta visión, el diagnóstico de esquizofrenia implica un deterioro de por vida y la posibilidad para los sujetos afectados de tener un papel sólo como receptor de servicios / cliente / paciente. El DSM-III "*reforzó está atmósfera de nihilismo terapéutico*" (22) porque consideró que el retorno completo a los niveles premórbidos en individuos con diagnóstico de esquizofrenia pone en duda un diagnóstico correcto de la misma (23, 4).

Recuperación y ciudadanía

Los nuevos conceptos sobre derechos humanos y ciudadanía posteriores a la IIa Guerra Mundial llevaron a la reforma de la atención de la salud mental en Italia, impulsada por Franco Basaglia. Utiliza un abordaje basado en la comunidad terapéutica y la fenomenología, coloca "entre paréntesis" a la enfermedad y ubica al paciente -no a la patología- en el centro de interés, sin por ello dejar de ocuparse de la enfermedad (24).

Su postura contra el asilo dio lugar a la sanción de la Ley 180 (1978), con la prohibición de internar pacientes psiquiátricos por motivos de salud mental. Fue exitosa cuando se hizo gradualmente y se desarrollaron simultáneamente servicios comunitarios y hospitalarios. En el caso de Venecia, por ejemplo, luego del cierre de los asilos el 62% de los pacientes volvió a vivir con sus familias, a una vivienda propia o a una residencia comunitaria con otros ex-pacientes (25).

Esta postura ha sido muy difundida, ha recibido amplio apoyo y aceptación y ha sido tomada como modelo a seguir, pese a que no hay datos precisos sobre sus resultados ni siquiera en Italia, debido a las marcadas diferencias regionales en la atención (24).

Según señalan Luigi Ferannini y Paolo F. Peloso (24), las principales características de la reforma italiana han sido:

- 1) cierre del hospital psiquiátrico,
- 2) nuevos servicios psiquiátricos dirigidos a la rehabilitación psicosocial como parte del sistema general de salud,
- 3) el papel de las familias en el sistema,
- 4) la falta de uniformidad en la implementación de los servicios y en la calidad de la atención, especialmente en el área de rehabilitación y
- 5) la poca atención al desarrollo de experiencias de autoayuda y asociaciones de pacientes y sus familias a causa de la cultura paternalista dominante en las prestaciones sociales y de la desaparición de la cultura solidaria existente al momento de la promulgación de la Ley 180.

En opinión de estos autores, este último punto ha

provocado dificultades para reconocer el papel de los pacientes en la toma de decisiones como un aspecto central de la rehabilitación psicosocial y la prevención de la cronicidad. En su opinión, ni la sociedad italiana ni los profesionales han respondido completamente al desafío de la Ley 180 para la creación de un nuevo tipo de psiquiatra que trabaje en un nuevo tipo de contexto. Así, existe una discordancia entre la educación universitaria en rehabilitación y la práctica de la psiquiatría en el mundo real, en la que los profesionales deben hacerse cargo de todo el sufrimiento del paciente a nivel médico, psicológico y social y no sólo desde lo biológico.

En gran parte del siglo XX se ha acumulado una vasta experiencia en la rehabilitación de los enfermos mentales. Sin embargo, ese movimiento no fue homogéneo en todo el planeta. Los países periféricos, en su gran mayoría, no desarrollaron las mismas políticas que los centrales y permanecieron más ligados al viejo sistema manicomial de asistencia. En las últimas décadas se observó que, con la caída de los presupuestos sociales en los países centrales -que abandonaron en gran medida el modelo de Estado Benefactor para virar hacia políticas neoliberales- los beneficios de la corriente basada en la psiquiatría social y la rehabilitación se han visto severamente retardados.

Robert Liberman, un pionero en rehabilitación psiquiátrica primero y en recuperación después, discute con agudeza los términos “políticamente correctos” que se utilizan en psiquiatría: “La ‘rehabilitación psiquiátrica’ y la ‘rehabilitación psicosocial’ están superpuestas en gran medida”, pero la “rehabilitación psiquiátrica incluye procedimientos de evaluación relativos al diagnóstico psiquiátrico, gravedad y rango de síntomas y deterioros cognitivos”. También “incluye tratamientos psicosociales que ponen el foco en la reducción o la eliminación de síntomas y conductas disruptiva de los trastornos mentales como la terapia de aprendizaje social (token economy) y la terapia cognitivo-conductual. Así, ‘rehabilitación psiquiátrica’ es un término más inclusivo que ‘rehabilitación psicosocial’” (26).

Por otro lado, evita el término “proveedor”, “emanado de un modelo económico”. “Utilizar términos como ‘proveedor’ o ‘consumidor’ reduce las características humanísticas del arte de curar a una transacción de mercado (...) con el riesgo de deshumanizar la relación médico-paciente o terapeuta-paciente”; “connotan una relación comercial impersonal (...) que apareció en los años 1990 (...) cuando la jerga comercial se volvió un lugar común”. También prefiere usar “servicios de” y “especialistas en apoyo personal” en lugar de ‘case manager’ (gerente de caso) (26). Para él “la relación médico-paciente es crítica para la integridad del sistema de cuidados de salud. No es descartable. Convertir a los médicos en comerciantes que miran al paciente como un cliente es inaceptable”. “Paciente se refiere a una persona que está en tratamiento, que es cuidado y que recibe los servicios que necesita para reducir los síntomas y mejorar la capacidad funcional. Usar el término ‘consumidor’ para los individuos que reciben servicios psiquiátricos pero no para aquellos que reciben otros tipos de servicios médicos y quirúrgicos refleja el problemático y ambiguo papel de la psiquiatría en el cuidado de la salud en los EE.UU.”. “Un cambio de nombre es una forma no efectiva de lograr el objetivo [de aumentar la

participación y de responsabilidad en la toma de decisiones de los pacientes en su relación con sus médicos]”. “Cuando se usa ‘sobreviviente’ para implicar que los lugares y el personal de tratamiento son dañinos, ambos, los pacientes y sus tratantes, son estigmatizados” (26).

A partir de la observación de los resultados del trabajo de rehabilitación con personas que fueron externadas de los hospitales psiquiátricos, cambiaron los objetivos del tratamiento, que pasaron de ser mantener un *status quo* relativo, sin mayores metas, a tratar de **mantener la función, promover la rehabilitación y mejorar la calidad de vida** de los individuos afectados, conservando su lugar en la comunidad como sujetos de pleno derecho. El **concepto de remisión y recuperación** en la esquizofrenia (Figura 1) supone aceptar también la presencia de síntomas leves, que se evidencian en escalas como la PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*), independientemente del funcionamiento del sujeto (22).

También se observó que existen subgrupos de pacientes con largos períodos de recuperación y subgrupos de pacientes que no muestran un deterioro progresivo (27). En estudios longitudinales de 22 a 37 años de duración, llevados a cabo en diferentes países, se vio que de la mitad a dos tercios de los grupos se recuperaron. Estos hallazgos trajeron una perspectiva diferente en cuanto al pronóstico (28, 26). Las personas afectadas por una enfermedad mental quieren y cumplen diferentes roles: esposo /a, ama de casa, estudiante, trabajador, etc., y no deberían ser encasilladas en el papel de “enfermo mental”. El objetivo final del tratamiento ya no es únicamente la estabilización del cuadro ni la sola remisión de los síntomas, sino la **recuperación** de la persona, “utilizando el conjunto de tratamientos efectivos disponibles” para “facultar a los pacientes para que vivan vidas razonablemente normales en sus comunidades: trabajando, aprendiendo, relacionándose con amigos y familiares y disfrutando períodos más largos de bienestar” (29).

Un avance importante en este campo fue el **modelo conceptual de estrés-vulnerabilidad-afrentamiento-competencia**, un modelo multifactorial para entender los trastornos mentales crónicos (30). Es un modelo biológico-social y conductual que permite entender cómo se generan los resultados en la conducta por la interacción entre las vulnerabilidades que la enfermedad provoca en el individuo (biología) y los estresores del ambiente (medio social). Explica también la heterogeneidad de los cuadros clínicos y de la evolución de cada individuo -siendo la variabilidad interindividual la regla (31)-, resaltando la importancia del factor resiliencia de cada persona (28, 26).

Siguiendo esta línea de pensamiento y apuntando a la recuperación, una orden ejecutiva del presidente de los EE.UU. creó, en 2001, la “Nueva Comisión de Libertad en Salud Mental” a fin de iniciar la transformación de la asistencia en salud mental, articulada por medio de una Agencia Federal de Salud Mental (32, 33).

Qué es la **recuperación** aún está en discusión. Para algunos es una *meta* que implica la reducción o la completa remisión de los síntomas psicóticos y un retorno

Figura 1. Jerarquía de resultados terapéuticos en la esquizofrenia (Tomado de Weiden PJ, 2008)



al funcionamiento laboral y social pre-mórbido. Para otros es un *proceso*, significa tener en cuenta la experiencia subjetiva del individuo y buscar los objetivos vitales valiosos para él, definidos por él mismo, que tenga un propósito en la vida y viva una vida satisfactoria y productiva pese a la discapacidad, independientemente de la existencia o no de síntomas o de su nivel de funcionamiento (21, 34, 35, 26, 4, 22). Esto implica tomar nuevos riesgos de recaída en aras de lograr los objetivos propuestos. No desatiende el mantenimiento de la estabilización, sino que no se conforma con esto y, a partir de allí, busca nuevos objetivos. No es un proceso lineal: los reveses y equivocaciones son oportunidades de aprendizaje, que lo reubican en su camino. La recuperación implica transformar la impotencia en capacidad de hacer (*empowerment*).

Para lograr la recuperación se debe asegurar la continuidad del tratamiento. Sólo del 30% al 40% de los pacientes regresa a la consulta de control luego de un alta de internación y, sin un tratamiento adecuado, el 50% recae en el término de seis meses. *“La principal diferencia en la tasa de recuperación entre los diferentes sitios está dada por el alcance, la continuidad, la coherencia y la inclusión de los usuarios en el tratamiento y la rehabilitación, disponibles a lo largo de muchos años”* (34, 35, 26).

Para L. Bachrach, *“la controversia sobre los hospitales [psiquiátricos] del Estado no ha muerto (...), los expertos aprecian aún su valor para los pacientes, su pertenencia al seno del sistema más grande de cuidados y su viabilidad en general. Continúan ocupando, en general, como resultado de su multifuncionalidad, un lugar crítico en los sistemas de cuidados. Se deben llevar a cabo renovados esfuerzos para integrarlos como socios completos dentro de aquellos sistemas [comunitarios]”* (36). Por lo tanto, *“desmanicomializar”* no consiste en cerrar intempestivamente los hospitales psiquiátricos y obligar impunemente a los pacientes a sobrevivir en la comunidad sin los medios necesarios. Ciertas actitudes, tomadas en forma aislada y sin un contexto que las sostenga, conducen al fracaso de las mejores intenciones. Como denunciaron C. Volmer *et al.* en 1996: *“La libertad que poseen es la de vivir y morir en la miseria total y en la soledad más absoluta”* (37).

El riesgo de un incorrecto proceso de deshospitalización está siempre presente. Los enfermos mentales graves

presentan una disfunción neuropsicológica que les impide vivir por sus propios medios en la comunidad si no reciben una rehabilitación previa que aproveche sus capacidades remanentes y compense sus déficits. El mayor problema que plantea la externación es que, muchas veces, el deterioro provocado por la enfermedad no les permite a los pacientes la vida en la comunidad y sus lazos sociales se han roto, han perdido su lugar y no pueden procurarse uno nuevo *per se*. Las instituciones intermedias les permiten ir adquiriendo las destrezas necesarias para recuperar su condición de autoválidos. Para Liberman, *“la rehabilitación es el camino a la recuperación”* (26).

La carencia de una red de instituciones intermedias empuja hacia el hospital psiquiátrico a los pacientes que no tienen las capacidades mínimas necesarias para valerse por sus propios medios en la comunidad. El resultado es que muchos pacientes deben permanecer en los grandes hospitales psiquiátricos, los que pasan a ocupar un lugar de contención social en detrimento de su función de instituciones sanitarias de tratamiento y rehabilitación.

El futuro: ¿evolución natural sin tratamiento? ¿Cuidados paliativos?

Pese a los avances, muchos autores advierten los riesgos que ya se presentan desde el cambio del modelo del Estado Benefactor hacia políticas neoliberales, con políticas de salud mental y un sistema de servicios determinados, principalmente, por incentivos económicos (38). Así como también hubo una fuerte motivación económica subyacente en el impulso a la deshospitalización en la década de 1950, la *“recuperación cada vez se usa más como una justificación para no ofrecer apoyo y servicios comunitarios”*, observándose *“un cambio de paradigma más amplio -del abuso psiquiátrico al abandono psiquiátrico”* (39).

En los EE.UU. los servicios para el subgrupo relativamente pequeño de pacientes muy discapacitados y que necesitan un amplio espectro de prestaciones, fundamentales para una calidad de vida digna, son malos. El cuidado está fragmentado y desordenado y muchos pacientes viven en la calle o están encarcelados, prácticamente sin tratamiento (38).

La exageración puesta sobre el *“abuso psiquiátrico”* -y contra la opinión generalizada- hace que *“no [sea] tan fácil ser psiquiatrizado hoy en día”*, especialmente en forma voluntaria. El diagnóstico psiquiátrico se ha convertido en una condición necesaria pero no suficiente para lograr ser internado, obligando muchas veces a ingresar en *“la perversa situación en la que las personas puedan tener que exagerar su locura y hacer hincapié en su peligrosidad para poder acceder y mantener servicios de Salud Mental”*, en un sistema mal financiado y rígido. Se da la paradoja de que *“grupos de usuarios se encuentran luchando para mantener servicios psiquiátricos abiertos e incluso solicitando ingresos y tratamientos”* (39).

Esporádicamente aparecen propuestas que dejan a los pacientes expuestos a la evolución natural de su enfermedad porque se niegan a tratarse, disfrazadas de una supuesta libertad de elección de personas cuya propia enfermedad dificulta la comprensión de la realidad.

Como advierte agudamente Spandler (39): “Quizás estamos ahora en una fase de cuidado ‘post-comunitario’. Si la era manicomial significaba abuso psiquiátrico, ¿será la era de la recuperación sinónimo de abandono psiquiátrico?”. La

importancia vital del tema para los pacientes y sus familias obliga a una autocrítica permanente para no caer ingenuamente en modas o ideologías terapéuticas idealizadas, alejadas de la realidad científica. ■

Referencias bibliográficas

- Diccionario de la Real Academia Española. [Internet] [Consultado el 29/05/2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>.
- Significados [Internet] [Consultado el 22/06/2017]. Disponible en: <https://www.significados.com/paradigma/>.
- Gabay PM, Fernández Bruno MD, Stagnaro JC (2003). El estigma de la locura y la rehabilitación psiquiátrica. Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Weiden PJ (2008). Psychopharmacology of recovery: reducing burden of disease. Is recovery attainable in schizophrenia? Biological, pharmacological and psychological perspectives, *APA Meeting*, pp.29-38.
- Gerditz J (1994). Mental illness and the Roman Physician: The Legacy of Soranus of Ephesus. *Hosp Comm Psychiatry*; 45:485-487.
- Simon B (1992). Shame, stigma and mental illness in Ancient Greece, en Fink PJ y Tasman A (Eds.), *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press.
- Postel J, Quérel C (comps) (1993). Historia de la psiquiatría. 1ª reimpresión. México: Fondo de Cultura Económica.
- Porter R (1989). Historia Social de la Locura. Barcelona: Editorial Crítica.
- Martinez Ferretti JM (2014). Manicomios, hospitales e instituciones de salud mental. Rehabilitación psiquiátrica. Asignatura pendiente. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Gabay PM, Fernández Bruno MD (2014). Alternativas residenciales a la hospitalización crónica. Rehabilitación psiquiátrica. Asignatura pendiente. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Gabay PM (1997). Antecedentes e importancia del estigma. 4º Congreso Internacional de Psiquiatría, Buenos Aires. Libro de Resúmenes; p 35.
- Watts FN, Bennett DH (comps) (1990). Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica. México DF: Editorial, Limusa.
- Ingenieros J (1920). La locura en la Argentina. Buenos Aires: Cooperativa Editorial “Buenos Aires”.
- Vezzetti H (1991). Domingo Cabred y el asilo de puertas abiertas. *Vertex*; 2(3):59-61.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Declaración de los Derechos del Hombre (10 de diciembre de 1948). [Internet] [Consultado 23/07/2011]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 63/116. Sexagésimo aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos. 65ª sesión plenaria 10 de diciembre de 2008. [Internet] [Consultado 23/07/2011]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/comun/docs/?symbol=A/RES/63/116>.
- Goffman E (1998). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 6ª Reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Goffman E (1993). Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1993.
- Secteur de Psychiatrie Générale. *Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie* 37-908A20.
- Hollenstein C (1999). Le féminin pluriel. De l'autonomie de qui s'agit-il? Tesis de Doctorado, Université Marc Bloch, Strasbourg.
- Kopelowicz A (2008). Psychopharmacology of recovery: reducing burden of disease. Is recovery attainable in schizophrenia? Biologic, pharmacologic and psychological perspectives, 161st APA Meeting.
- Weiden PJ. Is recovery attainable in schizophrenia? *Medscape Psychiatry and Mental Health*. [Internet] [Consultado 13/10/2010]. Disponible en: <http://www.medscape.com>.
- American Psychiatric Association (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. First Edition, Washington DC.
- Ferannini L, Peloso PF (2016). Introduction. The closure of the psychiatric hospital as an original feature of rehabilitation in Italy. *IJMH*; 45(1):1-6.
- Fiore M, Galante S, Harter M (1991). Die Dehospitalisierung des psychiatrischen Krankenhauses San Clemente in Venedig. *Psychiat. Prax*; 18:30-35.
- Liberman RP (2008). Recovery from disability. Manual of psychiatric rehabilitation. Washington DC: American Psychiatry Publishing Inc.
- Farkas M (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*; 6:68-74.
- Jobe TH, Harrow M (2005). Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Can J Psychiatry*; 50(14):892-900.
- Talbott JA (2008). Foreword, en Liberman RP *op. cit.*
- Liberman RP (1982). Social factors in schizophrenia, en Grinspoon L (ed.), *American Psychiatric Association Annual Review* (vol. 1). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Liberman RP (1993). *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- The President's New Freedom Commission on Mental Health: Transforming the Vision. The Nineteenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy, November 5-6, 2003. [Internet] [Consultado 5/8/2011]. Disponible en: <http://www.cartercenter.org/documents/1701.pdf>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US Department of Health and Human Services. Transforming Mental Health Care in America. Federal Action Agenda: First Steps. DHHS Pub. No. SMA-05-4060, Rockville, MD, 2005.
- Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*; 14:256-72.
- Liberman RP, Kopelowicz A (2005). Recovery from schizophrenia: A concept in search of research. *Psychiatric Services*; 56:735-742.
- Bachrach LL (1997). L'état des hôpitaux psychiatriques publics aux États-Unis en 1996. *Santé Mentale au Québec*; 22(2):33-52.
- Volmer C, Portas A, Tórtora G (1996). El paciente psicótico. Su integración a la comunidad. Evaluación de las experiencias europeas y norteamericanas. Posible aplicación en la ciudad de Buenos Aires. *Alcmeón*; 5(18):158-169.
- Frank RG, Glied SA (2006). Better but Not Well: Mental Health Policy in the United States since 1950. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Spandler H. ¿Del abuso psiquiátrico al abandono psiquiátrico? [Internet] [Consultado 22/06/2017]. Disponible en: <https://amsm.es/2017/06/22/del-abuso-psiquiatrico-al-abandono-psiquiatrico/>