

**ALGUNOS OBSTACULOS TEORICOS EN LA PRAXIS DE LA
PSIQUIATRIA COMUNITARIA.
CONSIDERACIONES TRANSCULTURALES**

Por JOSE D. ARANA.

R E S U M E N

Se examinan los principales obstáculos de orden teórico que han limitado el pleno éxito del movimiento de psiquiatría comunitaria en los Estados Unidos de Norteamérica y otras latitudes. Se analizan por ejemplo las desigualdades en la provisión y coordinación de servicios, las dificultades en sugerir planteamientos hermenéuticos, la excesiva racionalidad instrumental y la carencia de genuinas bases de orden moral y de justicia social. Se ilustran varias de estas contradicciones comparando los trasfondos culturales de Estados Unidos y Latinoamérica y se concluye que nuestro subcontinente ofrece condiciones axiológicas sumamente favorables para una praxis exitosa de la psiquiatría comunitaria.

S U M M A R Y

The main theoretical obstacles that have militated against the success of the community psychiatry movement in the United States and other parts of the world are examined. For example, inequities in the provision and coordination of services, difficulties in structuring hermeneutic proposals, excessive instrumental rationality and the scarcity of genuine moral and social justicebased principles are analyzed. Several of these contradictions comparing the cultural backgrounds of the United States and Latin America are illustrated. It is concluded that our subcontinent offers favorable axiologic conditions for a successful praxis of community psychiatry.

PALABRAS - CLAVE: Psiquiatría comunitaria, psiquiatría transcultural.

KEY WORDS: Community psychiatry, cross-cultural psychiatry

Las contribuciones y logros de la psiquiatría comunitaria han sido muchos: las reformas alcanzadas en los hospitales públicos, cierto aumento de la tolerancia ciudadana respecto al enfermo mental, la expansión del espectro de servicios comunitarios, la mayor apreciación de la capacidad funcional del paciente crónico, y en general, de los factores socioculturales de la enfermedad mental. Estos cambios han representado también ganancias en el área clínica, dentro del proyecto a largo plazo de establecer atención de salud mental para todos. (GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY, 1983).

Sin embargo, la psiquiatría comunitaria no ha podido resolver ciertos problemas cruciales respecto al paciente indigente. Más específicamente, los servicios de psiquiatría comunitaria todavía ofrecen considerable falta de equidad y, están basados en lo que se ha llamado un "no-sistema" asistencial (TALBOTT, 1980). Los problemas relacionados a este estado de cosas no están circunscritos a una escasez de recursos (BROWN, N. B., y PARRISH, J., 1987). Otros impedimentos, intangibles pero poderosos, parecieran haber interferido con la implementación de las metas y objetivos de la psiquiatría comunitaria. Entre ellos, ciertas premisas iniciales, que ya se han caracterizado en la literatura como cuestionables o infundadas (GAP, 1983). Otro obstáculo a la praxis de la psiquiatría comunitaria atañe a la contradicción posiblemente existente entre algunos de los principios en los que ella se funda y aquéllos que informan la acción social en los sistemas socioculturales donde se practica.

En este artículo se mencionan primero, brevemente, algunas de las consecuencias de tales obstáculos teóricos. Luego se intenta ilustrar las contradiccio-

nes aludidas, a través de una discusión de los principios de la psiquiatría comunitaria en referencia a dos trasfondos socioculturales, los de Estados Unidos de Norteamérica y de Latinoamérica.

EQUIDAD Y DESCOORDINACION DE SERVICIOS

La psiquiatría comunitaria, es una instancia especial de la "tecnología de los sistemas sociales" (GALBRAITH, 1977), que representa un esfuerzo societario para reordenar la realidad al establecer una "institución" en la comunidad, (CASTORIAS, 1984). La psiquiatría comunitaria intenta canalizar las relaciones entre los servicios y los pacientes, localizando el tratamiento de estos cerca de sus hogares y fuera de los hospitales. La desinstitucionalización, que fue un derivado de la psiquiatría comunitaria, también sirvió para rediseñar las relaciones socioeconómicas entre los pacientes y los servicios asistenciales públicos.

Existe un movimiento internacional que está examinando los fundamentos morales del sistema asistencial de la salud pública (CHURCHILL, 1987). Desde esa perspectiva, la psiquiatría comunitaria podría ser vista como apoyada por una filosofía moral de justicia social. El reclamo normativo presentado por la psiquiatría comunitaria busca subsumir los servicios de salud mental dentro de un principio de justicia social. Sin embargo, lo que se consolidó fue un "sistema de dos niveles asistenciales" (HOLLAND, 1977), así como claras desigualdades en la atención a pacientes.

A este respecto, MOLICA ha señalado recientemente "la contradicción existente entre un apoyo social declinante de los servicios de salud mental y la necesi-

dad real de tenerlos, lo cual sugiere una discontinuidad grave entre las tendencias psiquiátricas y las metas sociales" (MOLLICA, 1987). De esta manera, no sólo ha sido difícil asegurar el acceso del paciente indigente a los servicios de salud mental; las políticas que mantienen la "discontinuidad" aludida entre las necesidades del paciente y las metas sociales, parecen haberse manifestado también en varias otras áreas relacionadas a la noción de justicia, tal como el apoyo fiscal a los programas. Se ha obstaculizado la asistencia adecuada del paciente mental, al restringirse las oportunidades y la duración de los tratamientos, especialmente en el caso de pacientes indigentes, o pertenecientes a grupos minoritarios.

No obstante la intención inicial de homogenizar la asistencia psiquiátrica (BAKER, 1982), lo que ocurrió fue una fragmentación del sistema asistencial público, especialmente bajo la fuerza del movimiento de desinstitucionalización (TALBOTT, 1978). Se estableció una tendencia desarmonizante que encontró expresión a niveles diferentes, todos los cuales han sido discutidos previamente en la literatura y que se podrían representar en casi todos los casos, como pares de opuestos:

Salud Mental/Tratamiento Psiquiátrico:

De alguna manera la protección y la promoción de la salud mental quedaron separadas del tratamiento psiquiátrico, como si enfermedad y salud mental no constituyeran un *continuum* (PERLMUTTER, 1982).

Asistencia Hospitalaria/Asistencia Comunitaria:

El tratamiento hospitalario y el comunitario se representaron como moda-

lidades asistenciales incompatibles, con derogación exagerada de los hospitales (MORRISEY *et al.*, 1980)

Mente/Cuerpo:

El cuidado de la mente quedó drásticamente separado del cuidado somático, al establecerse los centros comunitarios de salud mental aparte del resto de la asistencia médica (MARICLE *et al.*, 1987).

Servicio Médico/Activismo Social:

La misión social primaria promovida inicialmente por la psiquiatría comunitaria se puso en conflicto con el papel médico tradicional, contribuyendo a distanciar a muchos psiquiatras de los programas de psiquiatría comunitaria (SIEGAL *et al.*, 1984)

Psiquiatría Moderna/Anticuada:

Muchos sostienen que los pacientes que asisten a los programas de psiquiatría comunitaria no siempre se benefician de los tratamientos psiquiátricos modernos que sí se utilizan en los establecimientos más adelantados (ZEALBERG, 1988).

"Ghettos" Asistenciales/Comunidad:

La aparición del enfermo mental en la comunidad ha suscitado la emergencia de "ghettos asistenciales" en las urbes, los que excluyen funcionalmente al paciente mental, separándolo del resto de las oportunidades de la vida comunitaria (DEER y WOLCH, 1987).

Vivienda "Segura"/Comunidad:

La respuesta comunitaria a las necesidades del paciente mental han concentrado las viviendas de beneficencia dentro de ciertas áreas de la ciudad solamente (BAYER, 1987), creando así una separación real del espacio urbano entre el paciente mental y el ciudadano "saludable".

Servicios Asistenciales/Descoordinación Económico-Administrativa:

Los servicios asistenciales clínicos y de apoyo que solían ser suministrados conjuntamente dentro de los hospitales han sido escindidos o han desaparecido (TALBOTT, 1988). Consecuentemente los pacientes más vulnerables ven su cronicidad descuidada dentro de la comunidad y muchos de ellos pierden su domicilio fijo (ROPER, 1988).

Cuando se atribuye los problemas y dificultades de la psiquiatría comunitaria a ciertas de sus premisas aduciendo que carecen de fundamento sólido y, a ciertos de sus principios que no habían sido puestos suficientemente a prueba, se está explicando sólo una parte del problema que confronta la praxis de esta disciplina. También debería considerarse la posición filosófica de la sociedad en relación a la justicia social y al bien común, especialmente de parte de aquéllos que son responsables de la formulación de políticas y de la planificación de programas. Las premisas para la acción y la orientación política de los planificadores de servicios se hacen explícitamente tangibles en los tipos de organizaciones asistenciales diseñados por ellos (BIRMAN, 1986). Cuando esos términos se corresponden con las preferencias societarias prevalentes, entonces los sistemas sociales disfrutaban de un apoyo consistente y durable. Para que un sistema florezca, por consiguiente, debe ser insertado dentro de las formas y los parámetros ideológicos de aquellos encargados de formular políticas de salud mental. Más esencialmente, el sistema debe descansar dentro de la esfera de valores, las creencias y la visión del mundo de la sociedad en donde funcione ese sistema. Como consecuencia, la viabilidad de

los programas asistenciales descansa más allá de la consideración de la congruencia interna de sus premisas y principios. El juzgamiento de esa viabilidad debe explorar la compatibilidad filosófica que poseen esos principios y premisas, con las tradiciones de pensamiento, los discursos simbólicos y las preferencias para la acción que prevalecen en la sociedad en sentido lato.

VALORES NORTEAMERICANOS Y PSIQUIATRIA COMUNITARIA

En 1967, FREEDMAN delineó la influencia que habían tenido ciertas características de la personalidad norteamericana sobre el desarrollo del movimiento de salud mental comunitaria. Estas características incluían "pluralismo, pragmatismo, un énfasis sobre metas a corto plazo, tendencia a buscar soluciones construyendo nuevas estructuras, veneración por el cambio y un desarrollo desigual". De esta manera devino la solución pragmática y pluralista de crear una multiplicidad de servicios e instituciones sociales, así como la tendencia histórica de establecer instituciones nuevas (tales como los centros de salud mental comunitaria), en vez de simplemente reorganizar entidades existentes. FREEDMAN también observa una falta tradicional de voluntad para planear a largo plazo, una tendencia al cambio, como quien se adhiere indiscriminadamente a la moda y, plantea que se reconozca esta tendencia disgregante para poder entender el desarrollo desigual de servicios e instituciones. También predijo la proliferación de muchos programas desperdigados que sucumbirían subsecuentemente a corto plazo.

Tal parece pues que el auge de la psiquiatría comunitaria hubiera tenido re-

lación con ciertas tendencias estadounidenses al individualismo y a la adopción de soluciones pragmáticas, junto con una inclinación a enfrentar problemas uno por uno, con menor consideración por inspiraciones doctrinarias para resolverlos. (FREEDMAN, 1976; MARX, 1974; MAYER, 1979). Un efecto positivo de estas tendencias es el florecimiento de programas y servicios que son "singularmente sensibles a las necesidades de sus pacientes" y también la canalización de los recursos existentes "en las formas más elegantes e imaginativas" (BACHRACH, 1988). Empero, esas tendencias también explican el desarrollo desigual de los programas. Si bien ellas dan lugar a la resolución rápida y oportuna de los problemas estructurales, también erosionan la posibilidad de identificar dificultades repetitivas y persistentes. La carencia de doctrina y la poca importancia que se presta a lo teórico, abren oportunidades amplias para el avance inspirado de soluciones e ideas nuevas. Pero también debilitan la solidez de la causa, sujetando movimientos valiosos a vientos políticos y volátiles y a cambios impulsivos.

La psiquiatría comunitaria como modelo nuevo de servicios representó un adelanto tecnológico en la programación de servicios, y, un cambio positivo en los procedimientos administrativos de salud mental. Sin embargo, tales medidas estructurales no fueron suficientes para asegurar la profundidad y la permanencia de los cambios asistenciales que la psiquiatría comunitaria intentaba conseguir. Por el contrario, se reprodujeron en la comunidad varios de los mismos problemas que ya se habían observado en los hospitales psiquiátricos.

La noción de psiquiatría comunitaria que sostiene firmemente el valor del

bien común, puede estar en discrepancia con una tradición de pensamiento que siempre ha ubicado la verdad y el bien como residiendo en el encuentro entre individuos (MORSE, 1982). Era entonces esperable que, como sucedió dentro de una perspectiva individualista, florecieran las técnicas individuales de tratamiento, la fenomenología y la psicofarmacología dentro de los programas de psiquiatría comunitaria. Recíprocamente, como también ha sucedido, era de esperar que resultara difícil encontrar apoyo para el estudio sociocultural de las colectividades considerando a estas como entidades de existencia propia. Los programas de psiquiatría comunitaria han tendido a ofrecer a sus pacientes mayormente enfoques de corte conductual, en vez de exploraciones individuales de la psicodinamia subyacente, por ejemplo.

Además, la emergencia de la psiquiatría comunitaria y de la desinstitucionalización fue seguida por el establecimiento de una variedad de servicios descoordinados que han sido marcadamente insuficientes.

De otro lado, el privilegiar exageradamente una racionalidad instrumental como respuesta a los problemas sociales puede favorecer la búsqueda de soluciones sobre bases mayormente administrativas y de procedimiento, en vez de hacerlo en combinación con actos dirigidos a alcanzar una comprensión coherente de la situación.

Podría también suceder que es excesivamente difícil establecer un verdadero sistema asistencial en tanto que permanezcan ciertas estructuras de desigualdad de propiedad, ingreso y relaciones de poder (HABERMAS, 1987). Los sistemas de beneficencia buscan una respuesta administrativa al problema de las desi-

gualdades sociales. Y entonces surgen conflictos, como consecuencia de la densidad y expansión crecientes del complejo monetario-burocrático.

VALORES LATINOAMERICANOS Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Los principios que sostienen los modelos asistenciales en una cultura deben ser contrastados con las direcciones filosóficas del contexto sociocultural en donde se piensa insertar el modelo asistencial. En ese sentido, los principios en los que se sostiene la psiquiatría comunitaria se combinan bien con la tradición humanística que prevalece en Latinoamérica.

Sin embargo, en la práctica, los programas de psiquiatría comunitaria no han florecido en Latinoamérica, aun luego de excelentes experiencias-piloto, (ALARCON, 1976; BUSNELLO, 1976; CLIMENT *et al.*, 1978, 1980, 1983; CALDERÓN, 1971; LEÓN, 1973; MARCONI, 1976). De nuevo, no se podría explicar este fenómeno meramente sobre la base de la escasez de recursos. También habría que examinar la compatibilidad de los supuestos básicos de la psiquiatría comunitaria con la cosmovisión, los valores y las aproximaciones a la verdad que prevalecen en Latinoamérica.

En nuestro continente se arribó históricamente a la preferencia filosófica por un conocimiento teórico, fomentándose la aceptación de principios generales para guiar la evaluación de la realidad. Esto ha favorecido la construcción de doctrinas, así como una tendencia a conformar un sistema tutelar que sabría como garantizar el bien común (MORSE, 1982). La sociedad latinoamericana "gira alrededor del Estado" (GUMUCIO, 1987), y de otras instituciones sociales, incluyendo las familias extendidas. Para que un modelo asisten-

cial mejore sus oportunidades de éxito, tendría que favorecer la edificación explícita de una doctrina estatal de salud que ilumine y guíe la implementación subsecuente de los servicios comunitarios.

Además, en Latinoamérica, la búsqueda de justicia social ha marchado en paralelo con una tendencia a establecer una sociedad jerárquica, el *homo hierarchicus* mencionado por DUMONT (citado en GUMUCIO, 1987), en donde el hombre es una parte indisputada, aunque minúscula, del Estado, y en donde claramente pertenece a una concepción de la familia apoyadora y extendida. Dentro de tal concepción, el poder desigual del Estado y de las instituciones societarias debe ser utilizado para el bien común y para el apoyo social. Consecuentemente, los programas de psiquiatría comunitaria se beneficiarían probablemente de utilizar las redes naturales de apoyo existentes, un recurso que aparentemente contribuye a un pronóstico más favorable de las enfermedades funcionales (LEÓN, 1986).

Se ha observado en Latinoamérica también, una tendencia fuerte a mantener la integración de los servicios de salud mental con los servicios de salud general (LIMA, 1986). Buena parte de la sobrevivencia en la comunidad está garantizada no por disposiciones oficiales o por alojamientos sufragados por programas de beneficencia, sino por el apoyo solidario de las familias extendidas y de los lazos de amistad.

En suma, pareciera que los programas de psiquiatría comunitaria en Latinoamérica deberían combinarse bien con las tendencias unificantes de esta región (MORSE, 1982), y con su inclinación a encontrar en su historia y en su tradición pautas de referencia para sus problemas presentes (GUMUCIO, 1987).

CONCLUSIONES

En esta atmósfera axiológica conflictiva, los programas piloto de psiquiatría comunitaria que tuvieron éxito fueron los que eligieron depender poco de las tecnologías concebidas en otras partes del mundo e hicieron uso de las "estructuras existentes de salud" (CLIMENT, 1978). Sin embargo, esos programas no fueron adoptados por sus gobiernos. La falta de generalización de esos programas exitosos parece haberse debido a la hegemonía de una estructura socioeconómica que no ha permitido su adopción a pesar de un clima favorable suministrado por el entorno sociocultural. De otro lado, cuando el Estado ha aceptado su responsabilidad en relación a la asistencia de salud, donde se ha hecho un esfuerzo explícito para integrar todos los aspectos asistenciales, y en donde se ha instituido una verdadera participación comunitaria, la psiquiatría para la comunidad ha logrado resultados más positivos (CAMARGO, 1982; GARCÍA, 1988; KATS, 1987; LANGER, 1986; WEINSTEIN, 1986).

El futuro de la psiquiatría comunitaria no reside solamente en la disponibilidad de más y mejor tecnología, aún con el éxito de estrategias administrativas nuevas y creativas. Mas bien, una práctica más exitosa de la psiquiatría comunitaria parece necesitar de la adopción por parte de los gobiernos y de los responsables de la formulación de políticas de salud mental, de una orientación auténtica y operante de justicia social.

En los Estados Unidos se viene ensayando varias soluciones creativas a

fin de ofrecer servicios más adecuados y continuos, especialmente para el paciente mental crónico en la comunidad. Por ejemplo, la consolidación de fuentes diversas de fondos bajo una sola autoridad, el establecimiento de equipos de tratamiento continuo, la identificación de varios elementos asistenciales mínimos para sobrevivir en la comunidad, y la función integradora del "conductor de casos" (*case manager*). De otro lado, en Latinoamérica se tiene una sólida tendencia integradora, una tradición de tolerancia al padecimiento, una disposición compasiva para aceptar y soportar al que sufre. Todo ello parece haber facilitado enfoques integradores, una incorporación más fácil de profesionales y para-profesionales a los servicios de salud mental, y mejores pronósticos para los desórdenes funcionales. La medida en que la racionalidad instrumental de los unos pueda influenciar la moralidad de solidaridad de los otros y viceversa, será probablemente aminorada por intensos factores políticos. Sin embargo, estas son experiencias y realidades activas alrededor de la misma preocupación, conducidas por profesionales que practican la misma especialidad. Ellos deberán estar en la posición de asumir responsabilidades como intelectuales "orgánicos", como lo propusiera GRAMSCI (GRAMSCI, 1953). Esto es, no necesariamente como "activistas" en la comunidad, sino como actores reflexivos y lúcidos de su campo, y como articuladores de los logros y de las contradicciones que emergen en la tarea universal de asistir a aquellos que sufren la doble carga de su enfermedad mental y de su indigencia.

BIBLIOGRAFIA

1. ALARCÓN, R. (1976): "La psiquiatría de la comunidad en América Latina", *Acta Psiquiat. Psicolog. Amer. Lat.* 22: 46-55.—
2. ARCINIEGAS, G. A. (1967): *Latin America: A cultural history*, Alfred A. Knoph, New York.—
3. BACHRACH, L. L. (1988): "On exporting and importing model programs", *Hosp. Commun. Psychiatry*, 39: 1257-1258.—
- BARRETT, D. N. (ed.) (1961) *Values in America*. University of Notre Dame Press, Notre Dame.—
5. BIRMAN, J. (1986): "Psiquiatría e institucao", *Revista ABP-APAC*, 8: 56-64.—
6. BLEDON, R. J., AIKEN, L., FREEMAN, H. E. & COREY, C. R. (1989): "Access to medical care for black and Americans. A matter of continuing concern", *JAMA*, 251: 278-281.—
7. BOYER, C. A. (1987): "Obstacles in housing policy for the chronically mentally ill". In *Improving mental health services: What the social sciences can tell us*. D. Mechanic, (ed.) New Directors for Mental Health Services, Jossey-Bass, San Francisco.—
8. BROWN, N. B., & PARRISH, J. (1987): "Community support and rehabilitation of the mentally disabled in the United States", *Int. J. Ment. Health*, 15: 16-25.—
4. BUSNELLO, E. (1976): *A Integracao de Saude Mental num Sistema de Saude Comunitario*. Univerdidade Federal do Rio Grande Do Sul, Porte Alegre.—
10. CALDERÓN, G. (1971): "Psiquiatría de la Comunidad en América Latina. Necesidades y obstaculos para lograrla. Experiencia de México". En *Psiquiatría Social e América Latina*. Anais dos VI Congreso Latino-Americano de Psiquiatría. C. Martins, & L. Marques de Assis (eds), Editora Referencia, Sao Paulo.—
11. CAMARGO, R. J. (1982): "Community mental health programs and social history: An inter-american comparison", *Int. J. Part. Hosp.* 1: 301-390.—
12. CASTORIADIS, C. A. (1984): *Crossroads in the Labyrinth*, MIT Press, Cambridge.—
13. CHURCHILL, L. R. (1987): *Rationing Health Care in America: Perceptions and principles of justice*. University of Notre Dame Press, Notre Dame.—
14. CLIMENT, C. E, DE ARANGO, M. V., PLUTCHIK, R. & LEÓN, C. A. (1978): "Development of an alternative, efficient, low cost mental health delivery system in Cali, Colombia-Part I: The auxiliary nurse", *Soc. Psychiatry*, 13: 29-35.—
15. CLIMENT, C. E. y DE ARANGO, M. V. (1980): "Estrategias para la extensión de los servicios de salud mental en países en desarrollo. 1. Descripción del proyecto", *Acta Psiquiat. Psicolog. Amer. Lat.* 26: 48-53.—
16. CLIMENT, C. E., DE ARANGO, M. V., & PLUTCHIK, R. (1983): "Development of an alternative, efficient, low-cost mental health delivery system in Cali, Colombia - Part II: The urban health center", *Soc. Psychiatry*, 18: 95-102.—
17. FLAHERTY, J. A., & MEAGHER, R. (1980): "Measuring racial bias in inpatient treatment", *Am. J. Psychiatry*, 137: 679-682.—
18. FREEDMAN, A. M. (1967): "Historical and political roots of the community mental health centers Act", *Am. J. Orthopsychiatry*, 37: 487-494.—
19. GALBRAITH, J. K. (1977): *The new industrial state*, New America Library, New York.—
20. GARCIA, L. (1988): "Psychosocial factors and health: The Cuban model". In *Health and cross-cultural psychology toward application*, P. R. Dasen, J. W. Berry, & N. Sartorius (eds.), Sage Publications, Newbury Park.—
21. GOLDMAN, H. H., & MORRISSEY, J. P. (1988): "The alchemy of Mental health policy: Homelessness and the fourth cycle of reform", *Am. J. Pub. Health*, 75: 727-731.—
22. GRAMSCI, A. (1953): *Materialismo storico e la filosofia di Benedetto Croce*, Einaudi, Roma.—
23. GUMUCIO, M. B. (1987): *Latinoamericanos y Norteamericanos. Cinco siglos de dos culturas*. Ed. Artística, La Paz.—
24. HABERMAS, J. (1987): *The theory of communicative action, lifeworld and system: A critique of functionalist reason*, Vol. II, Beacon Press, Boston.—
25. HOLLAND, B. C. (1977): "An evaluation of the criticism of the community mental health movement". In *An assessment of the community mental health movement*, W. E. Barton, & C. J. Sanborn, (ed). Lexington Books, Lexington.—
- 26.

- INSTITUTE OF MEDICINE. (1988): *Homelessness, health and human needs*, National Academy Press, Washington, DC.— 27. LANGER, M. (1986): "Soberanía de Salud Mental", *Casa de las Américas* 155-156: 78-83.— 28. LIMA, B. (1986): "La Atención Primaria de Salud en las Américas", *Arch. Psiquiatría Hosp. Sto. Tomas*, 1: 15-21.— 29. LEÓN, C. (1986): "Curso clínico y evolución de la esquizofrenia en Cali. Un estudio de seguimiento de diez años", *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat.* 32: 95-136.— 30. MARCONI, T. J. (1976): "Política de salud mental en América Latina", *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat.* 22: 112-120.— 31. MARICLE, R. A., HOFFMAN, W. F., BLOOM, J. D., *et al.* (1987): "The prevalence and significance of medical illness among chronically mentally ill outpatients", *Comm. Men. Health J.* 23: 81-90.— 32. MAYER, R. R. (1979): "Social Science and institutional change. US Department of Health, Education and Welfare", *DHHEW Publications (ADM) 78-627*, Rockville.— 33. MOLLIKA, R. F., BLUM, J. D., & REDLICH, F. C. (1980): "Equity and the psychiatric care of the black patient: 1950-1975", *J. Nerv. Ment. Dis.* 168: 279-286.— 34. MOLLIKA, R. F. (1985): "Resisting reform acknowledging the effects of good psychiatry/bad psychiatry", *Int. J. Ment. Health*, 14: 10.— 35. MOLLIKA, R. S., & MILIS, M. (1986): "Social class and psychiatric inpatient care: a twenty-five year perspective", *Soc. Psychiatry*, 21: 106-112.— 36. MORRISEY, J. P., GOLDMAN, H. H., & KLEIMAN, L. V. (1980): *The enduring asylum*, Grune and Stratton, New York.— 37. PERLMUTTER, F. D. (1982): *Mental Health Prevention and Primary Prevention*, Jossey-Bass, San Francisco.— 38. REDLICH, F. C., & KELLEST, S. R. (1978): "Trends in American Mental Health", *Am J. Psychiatry*, 135: 22-28.— 39. RIBEIRO, D. A. (1972): *The Americas and Civilization*, E. P. Dutton & Co. Inc., New York.— 40. ROPER, R. H. (1988): *The invisible homeless*, Human Sciences Press, New York.— 41. ROSTOW, W. W. (1958): "The American national style", *Daedalus*, 87: 111-131.— 42. SIEGAL, A. P., ASTRACHAN, B. M., & VINE, R. S. (1984): "Reevaluating the work of a community health center: The case of chronic patients", *Hosp. and Comm. Psychiatry*, 35: 1129-1132.— 43. SZALAY, L. B., RUIZ, P., STROHL, J. B., LOPEZ, R., & TURBYVILLE, L. (1978): *The Hispanic American cultural frame of reference*, Institute of Cooperative Social and Cultural Studies, Inc., Washington, D. C.— 44. TALBOTT, J. A. (ed) (1978): *The chronic mental patient*, American Psychiatric Association, Washington, D. C.— 45. TALBOTT, J. A. (1980): "Toward a public policy on the chronically mentally ill", *Am. J. Orthopsychiatry*, 50.— 46. TALBOTT, J. A. (1988): "The fate of the public psychiatric system". In *The perspective of John Talbott*, J. A. Talbott (ed), New Directions for Mental Health Services. Nº 37, Jossey-Bass, San Francisco.— 47. TROPMAN, E. (1989): *American Values and Social Welfare: Cultural contradictions in the Welfare State*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.— 48. WAGLEY (1968): *The Latin American Tradition*, Columbia University Press, New York.— 49. WEINSTEIN, L. (1985): *Salud Mental y proceso de cambio. Hacia una ideología de trabajo y prevención primaria*. Buenos Aires, Ecro (Citado en LANGER, M.).— 50. WILKINSON, C. B. (ed) (1986): *Ethnic Psychiatry*, Plenum Medical Book Co., New York.— 51. WOOLF, E. R. & HANSEN, E. C. (1972): *The Human Condition in Latin America*, Oxford University Press, New York.— 52. ZPALBERG, J. (1988): "Letter to the Editor", *N. Engl. J. Med.* 318: 1544.