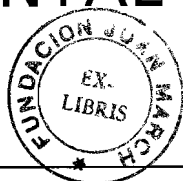


ENFERMEDAD MENTAL Y SOCIEDAD

Por Florencio Jiménez Burillo



El análisis, mínimamente detallado, de la problemática subyacente al título que encabeza este trabajo, es empresa forzosamente decepcionante. En estas pocas páginas son muchísimas las cuestiones que obligadamente quedarán marginadas y, ya lo advertimos, escasas las conclusiones. En este sentido, las líneas que siguen a continuación deberán ser más bien tomadas como repertorio informativo que como examen crítico del problema.

Son tres los fundamentales apartados: en primer lugar, brevísimamente, algunos datos históricos junto a la exposición de unos conceptos elementales. En segundo término, el análisis de las principales áreas de investigación. Finalmente, en tercer lugar, la reseña de la bibliografía en la que, además de los textos utilizados para la redacción de este artículo, se añaden algunas obras originales o traducidas al castellano, así como unas pocas fuentes importantes en cada sector de la investigación.



FLORENCIO JIMENEZ es doctor en Filosofía, Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología y Psicólogo. Profesor de Psicología Social en la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universidad Complutense, ha publicado varios trabajos de su especialidad.

* BAJO la rúbrica de «Ensayo» el Boletín Informativo de la Fundación Juan March publica cada mes una colaboración original y exclusiva de un especialista sobre un aspecto de un tema general. Anteriormente fueron objeto de estos ensayos temas relativos a la Ciencia, el Lenguaje, el Arte, la Historia, la Prensa y la Biología. El tema desarrollado actualmente es la Psicología.

En Boletines anteriores se han publicado: *Lo físico y lo mental*, por José Luis Pinillos, Catedrático de Psicología de la Universidad Complutense; *Piaget y la psicología cognitiva*, por Juan A. Delval, Profesor de Psicología Evolutiva de la Universidad Complutense; *Modelo judicativo de la conducta*, por Carlos Castilla del Pino, Profesor de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de Córdoba; *Tareas actuales de la Psicolingüística*, por Víctor Sánchez de Zavala, Profesor de Psicología del Pensamiento y el Lenguaje de la Universidad Complutense; *Posibilidades y límites de los tests de inteligencia*, por J. A. Forteza, Profesor Agregado de Psicología Diferencial de la Universidad Complutense; *Herencia y ambiente en la Psicología contemporánea*, por Mariano Yela, Catedrático de Psicología General de la Universidad Complu-

1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Un considerable número de textos y manuales de Historia de la Psiquiatría: Alexander (1970), Castilla (1971), Rosen (1974), Nathan y Harris (1975), Blaney (1977), Jervis (1977), etc. (1), han puesto de relieve la diferente conceptualización teórica, formas de tratamiento y actitudes que las distintas sociedades han mantenido hacia la enfermedad mental a lo largo de la historia. En concreto, es a partir del siglo XVIII cuando, a través de la progresiva consolidación de la Psiquiatría, Antropología, Sociología y Psicología científicas, comienzan a investigarse las relaciones entre sociedad y trastornos mentales: Rush, Halliday, Burrows, Comte, Freud, el conductismo, Deas, Park, Fromm, Sullivan, etc., son otros tantos nombres que jalonan, desde sus respectivas áreas, el progresivo acercamiento entre las ciencias sociales y la Psiquiatría, culminando por las numerosas investigaciones realizadas en los últimos treinta años.

Consecuencia de todo ello ha sido la constitución de un conjunto de disciplinas, indudablemente conectadas entre sí, pero con enfoques teóricos y técnicas de investigación particulares. Para expresarlo en términos convencionales, desde un punto de vista teórico, la Psiquiatría Social estudia el comportamiento social «mórbido» de los individuos afectados por trastornos mentales, siendo el método de «casos» el más usualmente utilizado (2).

Por otra parte, existe una Sociología de las enfermedades mentales, cuyos intereses se centrarían, no en el individuo, sino en la conducta de grupos y otras comunidades. Se trata no tanto de buscar cómo los factores socioculturales inciden en la etiología del síndrome, cuanto de establecer correlaciones entre ciertos fenómenos y categorías sociales y determinados tipos de enfermedad mental. Las técnicas estadísticas suelen ser las más generalmente empleadas en la investigación (3).

Finalmente, la Etnopsiquiatría trataría de hallar esas correlaciones entre fenómenos étnicos y trastornos mentales; el método comparativo cualificaría a esta disciplina (4).

Es precisamente dentro del marco teórico-empírico de la Sociología de las enfermedades mentales donde es nece-

tense; *La Psicología soviética en contradistinción con la Psicología norteamericana*, por J. L. Fernández Trespalacios, Catedrático de Psicología General de la Universidad a Distancia; *Terapia y modificación de conducta*, por Vicente Pelechano, Catedrático de Psicología Evolutiva y Diferencial de la Universidad de Valencia; y *Psicología y bilingüismo*, por Miguel Siguán, Catedrático de Psicología de la Universidad de Barcelona.

sario situar fundamentalmente cuanto sigue a continuación. Hay que insistir de nuevo en que no se trata de establecer leyes causales, sino tan sólo de detectar unas ciertas regularidades entre dos órdenes de fenómenos: unos, de naturaleza psicológica (sean cuales fueren sus orígenes) y otros, de índole sociológica (5).

Pero antes de entrar en materia conviene dejar sentadas algunas definiciones fundamentales, habituales en ese tipo de investigación.

Se entiende por Porcentaje de Incidencia «la frecuencia de la aparición de nuevos casos de enfermedad... durante un período dado». Su contabilización se lleva generalmente a cabo a través de las primeras admisiones en hospitales, clínicas, etc. El Porcentaje de Prevalencia alude al «conjunto de todos los enfermos mentales durante un cierto período». Finalmente, se llama Porcentaje de Expectación al «número de personas, en una población dada, que se espera caerán enfermos antes de morir» (6).

2. AREAS DE INVESTIGACION

Con vistas a la claridad expositiva, será, creo, especialmente aconsejable ordenar el material disponible. Podrían establecerse tres grandes áreas de investigación, desigualmente estudiadas en cuanto al número de trabajos: en primer lugar, las relaciones entre cultura y enfermedad mental. Después, un conjunto de estudios, con entidad propia, sobre la Ecología de los trastornos mentales. Finalmente, en tercer lugar, aquellas investigaciones que hacen intervenir distintas variables sociológicas con relación a la enfermedad mental.

a) Cultura y enfermedad mental

El enfoque antropológico-cultural parte de un supuesto fundamental: «la enfermedad mental es un fenómeno mayormente debido a la influencia relativa de los factores socioculturales, y sólo en grado menor es causada por agentes genéticos, hereditarios» (7).

Más concretamente, aparte de los estudios epidemiológicos que invaden ámbitos de investigación a los que más tarde se hará referencia, serían dos, en términos muy generales, los problemas incluidos en esta problemática.

En primer lugar, la cultura en tanto que presunto factor generador de trastornos mentales. Y ello mediante dos modos fundamentales: directa e indirectamente.

De forma directa, como, por ejemplo, la actuación

causal de la mosca tse-tse en la enfermedad llamada tripanosomiasis, de sintomatología análoga a la esquizofrenia, posibilitada a partir de ciertas condiciones culturales «materiales» en algunas zonas del norte de Africa (8).

Indirectamente, a través de la existencia, en un contexto cultural determinado, de un conjunto de problemas sociales (frustraciones, represión, conflictos sociales, etc.) que eventualmente favorezcan la aparición de tales desajustes. Las aportaciones de Steinbrook (9), Ruth Benedict (10), Horney y Fromm, etc., de sobra conocidas, ejemplificarían adecuadamente este punto de vista.

En este orden de cosas, ha sido estudiada la variabilidad cultural de los trastornos mentales, poniendo de relieve el mayor o menor porcentaje de incidencia y expectación según distintas culturas. Así, para Weinberg, la esquizofrenia es menos frecuente en culturas homogéneas, con fuertes lazos comunitarios; sin embargo, Demerath ha cuestionado la posibilidad de generalizar la existencia o no de enfermedades mentales entre los primitivos (11). Quizá la más conocida investigación en este sentido es la realizada por Eaton, Kaplan y Plant entre los hutteritas, comunidad religiosa radicada en Norteamérica y presuntamente carente de enfermos mentales. Los principios básicos de su organización social (pacifismo, comunidad de bienes, profundas vivencias religiosas, etc.), actuarían como eficaces salvaguardas de los trastornos psíquicos, convirtiendo a la comunidad en una suerte de oasis de salud mental. Sin embargo, tras su trabajo de campo, Eaton y colaboradores pusieron de manifiesto la existencia, bien que reducida, de un número de casos «con síntomas activos de desorden mental». Los autores concluyen su informe afirmando que «la cultura hutterita no ofrece inmunidad para los desórdenes mentales» (12).

Un segundo grupo de problemas gira en torno a la cultura considerada, ella misma, como instancia terapéutica. En este sentido, toda cultura dispondría de sus propios dispositivos, tanto acerca de los niveles «tolerables» de expresión de conductas anormales, como propiciando vías de liberación «catártica» de las tensiones acumuladas en los individuos.

b) Estudios ecológicos

En 1926 Robert Park escribió: «los hechos sociales y psíquicos pueden medirse solamente porque pueden reducirse a, correlacionarse con, hechos espaciales» (13).

De hecho, desde la segunda mitad del XIX, tanto desde un punto de vista especulativo (Tönnies, Simmel, Spengler) como a través de estudios empíricos, diversos autores pusieron de manifiesto la existencia de una serie de problemas «urbanos» derivados del asentamiento de los individuos en las ciudades. Los fenómenos de urbanización, al cabo, determinarían un sistema de comportamiento, valores y actitudes técnicamente englobados bajo la etiqueta de «cultura urbana» (14). En relación a nuestro tema, la vida urbana traería aparejadas un conjunto de exigencias que terminarían por ocasionar el surgimiento de síndromes neuróticos tal y como, por ejemplo, puso de relieve Simmel, y entre nosotros, Pinillos (15).

Los primeros estudios ecológicos de las enfermedades mentales datan del último tercio del XIX. Deas en Inglaterra, Wright en Norteamérica, y posteriormente McDermott, Sutherland, Dawson, Faris y Dunham, Queen, Hafner y Reiman, etc., jalonan la historia de estas investigaciones (16).

Un primer sector de la investigación ha girado en torno al análisis comparativo campo-ciudad. En principio, pareció que la vida rural actuaba como eficaz medio preventivo contra los trastornos psíquicos. Como factores explicativos se citaban características tales como la mayor estabilidad de su organización social, una más nítida definición de roles, así como la existencia de sólidos vínculos comunitarios (17).

Sorokin y Zimmerman, y más tarde Schoroeder, ofrecen datos acerca del mayor porcentaje de enfermos mentales en la ciudad que en el campo. Sin embargo, Deshaies, en Francia, no encuentra diferencias significativas entre medio rural y urbano (18). Lin, en Formosa, estudiando una muestra de 19.913 sujetos, tampoco halla diferencias significativas: tan solo llega a constatar una ligera superioridad de esquizofrénicos en áreas urbanas y de débiles mentales y psicosis seniles en zona rural (19). En tres estudios, realizados por Dayton, Malzberg y Pollack y Nolan, se establece correlación positiva entre incidencia y urbanismo (20). Lemkau y Crocetti, por una parte, y Rose y Stub por otra, coinciden en señalar la menor proporción de esquizofrénicos en medio rural (21). Pero Brenner, en un estudio en áreas rurales noruegas, llega a detectar, sobre una población de 1.325 personas, que uno de cada cinco sujetos presentaban algún síntoma de trastorno psíquico. Y Böök, en Suecia, asimismo en zonas no urbanas, sobre una muestra de 8.931 sujetos, investigando

el período de 1902 a 1949, contabiliza 364 casos de enfermedad mental. En Escocia, Mayer-Gross halla también notables tasas de desórdenes mentales en áreas rurales (22). No existe, como se ve, acuerdo unánime, siendo, por tanto, extraordinariamente problemática cualquier tipo de generalización.

El segundo gran capítulo de investigaciones se ha centrado en los estudios ecológicos de las grandes ciudades. Las primeras investigaciones ecológicas partieron de una división en zonas de la ciudad, tratando de precisar el número de enfermos que, durante un período determinado, residían en ellas. En concreto, Burgess, como es sabido, propuso un modelo concéntrico de la ciudad de Chicago, en principio, con pretensiones de generalización: zona comercial, otra de transición, una tercera residencial de clases modestas, la cuarta de residencia de clases altas, y la última suburbial.

En 1939, Faris y Dunhan publican su libro, paradigma desde entonces, de otros estudios posteriores. Su principal conclusión fue la constatación de una cierta regularidad de distribución de la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva en Chicago. Las zonas de mayores tasas de esquizofrenia eran las centrales, disminuyendo paulatinamente hacia la periferia. Además, la paranoia y hebefrenia se localizaban en zonas de alta movilidad social, en tanto que las formas catatónicas tendían a concentrarse en barrios de inmigrantes y población de color (23). Las ciclotimias, por su parte, se distribuían aleatoriamente por toda la ciudad.

Tres años más tarde, Mowrer, trabajando también en Chicago, halló que la ley de decrecimiento centro-periferia se cumplía para las psicosis tóxicas y parálisis general progresiva. En la revisión de Queen sobre los resultados extraídos de seis grandes ciudades, apareció que en dos casos, Columbus y Seattle, no se verificaba la distribución de Chicago (24). En 1969, Häfner y colaboradores estudian la ciudad de Mannheim, haciendo válido el modelo de zonas de Burgess así como la ley de decrecimiento (25).

Sin embargo, Dee, en San Luis, no encuentra ninguna ley de distribución ni en cuanto a la esquizofrenia ni para las psicosis maniaco-depresivas. En Milwaukee, según la revisión de Queen ya citada, acontece lo contrario que en Chicago: las psicosis maniaco-depresivas no se distribuían aleatoriamente, sino que se concentraban en áreas bajas de la ciudad (26). Más recientemente, Levy y Rowitz, también en Chicago, han realizado una cuidadosa investi-

gación de la que extraen 28 conclusiones, imposibles de resumir aquí (27).

Los estudios, en fin, de Belknap y Jaco en Austin, y de Chombart de Lauwe en París, si bien no verifican la ley de decrecimiento, no obstante, de alguna manera reafirman las tesis de Faris y Dunhan al localizar específicos trastornos mentales en áreas concretas de las ciudades estudiadas (28).

c) Estructura social y enfermedad mental

Al contrario de lo que sucede con los estudios ecológicos, es relativamente reciente la preocupación sistemática por las relaciones entre diversas variables sociológicas (clase, profesión, movilidad social, etc.) y trastornos mentales.

La mayoría de las investigaciones han centrado su interés, sin duda, en el binomio clase social-enfermedad mental. Desde bien avanzada la década de los treinta, Davis, Braatoy, Tietze, Clark, etc. (29) abordaron el problema, más tarde continuado por Clausen y Kohn, Stein y Hollingshead y Redlich entre otros.

En 1942, Tietze y colaboradores hallaron un mayor número de casos de esquizofrenia en las capas inferiores de la población estudiada. Más tarde, Weinberg encuentra un predominio de la histeria en clases bajas, en tanto las neurosis obsesivo-compulsivas abundaban más en las clases superiores. Por su parte, Rose y Stub hallan una cierta relación positiva, bien que no generalizable, entre neurosis y status ocupacional (30).

Srole y colaboradores, con sofisticada metodología, llegan a concluir en su estudio, entre otras cosas, que la prevalencia de esquizofrénicos estaba en relación inversa al status social; las neurosis se distribuían, en cambio, entre las clases superiores (31).

En un amplio plan de investigación, Hollingshead y Redlich tratan de analizar dos grandes cuestiones: en primer lugar, si existe relación entre enfermedad mental y clase social. En segundo término, si la posición del paciente en el sistema de clases determina el modo de tratamiento de su enfermedad. Los autores formulan cinco hipótesis, de las cuales únicamente tres verifican en su estudio. En efecto:

1. El predominio de enfermedad mental tratada se relaciona significativamente con la posición del individuo en la estructura de clases.

2. Los tipos de trastornos mentales diagnosticados están relacionados significativamente con la estructura de clases.

3. El tipo de tratamiento dado a los pacientes asimismo está en relación con su clase social (32).

Más concretamente, la prevalencia de las psicosis es mayor en las clases inferiores, disminuyendo a medida que se asciende en la pirámide social. La regla es inversa para las neurosis. Asimismo, el tipo y duración del tratamiento, así como la categoría profesional del personal médico es distinta para las diferentes clases sociales.

No obstante, tampoco puede decirse en esta ocasión que el acuerdo sea absoluto. Otros estudios como, por ejemplo, el de Grahman en Pensylvania y Laughton en Ontario han cuestionado las conclusiones de Hollingshead y Redlich (33). Además, certeras críticas metodológicas han llevado a hacer intervenir en este problema un conjunto de variables que hacen aún más compleja la cuestión. Concretamente, se atribuye al tipo de organización de la familia la clave explicativa del fenómeno. En esta dirección apunta el estudio de Myers y Roberts al analizar las pautas de interacción familiar supuestamente determinantes en la aparición de los trastornos mentales; los autores, encuentran en las mentadas pautas, según las distintas clases, un conjunto de condiciones que podrían favorecer la aparición de la esquizofrenia (34). Parece razonable pensar, como señala Sewell, que las distintas clases sociales «socializan» de modo diferente a sus individuos integrantes (35).

En este orden de consideraciones habría que incluir asimismo un amplio número de estudios que han puesto de relieve las relaciones entre enfermedad mental y diversas variables sociológicas: movilidad social, sexo, raza, edad (36), así como profesión y creencias religiosas.

En síntesis, existe alguna evidencia empírica de cómo distintas profesiones se ven afectadas por específicos cuadros nosológicos. Mira y López, hace ya cuarenta años, examinando 6.000 casos, llegó a atribuir a los intelectuales y artistas un mayor número de toxicomanías, delirios de persecución a los policías, síndromes epilépticos a las «empleadas de hogar», neurosis a las institutrices, enfermeras y asistentes sociales, etc. (37).

Frunkin halla mayores tasas de incidencias de esquizofrenia entre obreros no cualificados que entre profesiones liberales (38). Y en su estudio realizado en Zaragoza, Seva y Vázquez señalan que «la calidad del trabajo que

se realiza está sumamente correlacionada con los niveles de depresión» (39).

En cuanto a la religión, algunos autores han subrayado el valor preventivo e incluso terapéutico que las creencias religiosas tienen respecto a la enfermedad mental. Es factor importante, sin duda, el caso de los hutteritas antes citado; sin embargo, la escasez de estudios de suficiente fiabilidad hace difícil cualquier generalización. Un especialista en el tema, Oates, señala como factores importantes de consideración tanto la forma en que el individuo ha adquirido las creencias religiosas en su medio familiar, como su íntimo modo de vivirlas (40).

Quedarían, en fin, otros muchos problemas que analizar dentro de esta amplia temática: desde las específicas relaciones médico-enfermo en términos de roles (41), hasta todo el vasto conjunto de cuestiones ligadas a la hospitalización, relaciones entre enfermos, actitudes hacia la enfermedad mental, etc., sin olvidar, naturalmente, el vigoroso despliegue de la corriente «antipsiquiátrica». Pero es necesario terminar. Y ciertamente, muy pocas, podría decirse que prácticamente ninguna, son las conclusiones que cabe extraer de las consideraciones anteriores. La evidente complejidad y diversificación del campo de estudio, la ausencia de modelos teóricos, la carencia de conceptos claros de clasificación de los síndromes mentales, etc., no permiten por ahora establecer generalizaciones válidas.

Incuestionablemente, hay que reconocer la interdependencia entre variables socioculturales y enfermedades mentales. Pero la naturaleza de tal relación —y en esto sí parece que hay algún *consensus*— continúa siendo incierta.

NOTAS

- (1) Cfr. Bibliografía.
- (2) Bastide, 1967, p. 14.
- (3) Bastide, 1967, p. 15.
- (4) Bastide, 1967, p. 16.
- (5) Bastide, 1967, p. 15.
- (6) Bastide, 1967, p. 57-58.
- (7) Esteva Fabregat, 1961, p. 289.
- (8) Wallace, 1963, p. 216.
- (9) Seva y Vázquez, 1977, p. 19.
- (10) Bastide, o.c., p. 283.
- (11) Hunt, 1963.
- (12) Eaton, 1976, p. 271.
- (13) Apud Del Campo, 1973, p. 46.
- (14) Castells, 1974, p. 15.
- (15) Cfr. Simmel, 1976, y Pinillos, 1977.
- (16) Cfr. Levy y Rowitz, 1973, p. 2 y ss.
- (17) Freeman y Giovanoni, 1969, p. 673.
- (18) Bastide, o.c., p. 132.
- (19) Bastide, o.c., p. 135.

- (20) Freeman y Giovanoni, o.c., p. 673.
- (21) Ibid.
- (22) Bastide, o.c., p. 136-139.
- (23) Bastide, o.c., p. 149.
- (24) Bastide, o.c., p. 151.
- (25) García Marcos, s.f.
- (26) Bastide, o.c., p. 151.
- (27) Levy y Rowitz, o.c., p. 147-156.
- (28) Bastide, o.c., p. 154 y ss. Poco puede decirse al respecto de nuestro país. Que yo sepa, el único dato disponible es la investigación de Seva y Vázquez en Zaragoza. Los autores encuentran precisamente en las «áreas suburbanas» de esta ciudad el mayor número de casos de depresión. Cfr. Seva y Vázquez, 1977.
- (29) Cfr. Hollingshead y Redlich, 1966, p. 7-8.
- (30) Hunt, o.c., p. 206.
- (31) Freeman y Giovanoni, o.c., p. 680.
- (32) O.c., p. 11. En España, en su ya mencionada investigación, Seva y Vázquez hallan, para ambos sexos, en las clases bajas, los más altos porcentajes de depresión (O.c., p. 30).
- (33) Bastide, o.c., p. 190-191.
- (34) Freeman y Giovanoni, o.c., p. 681. Y Orford, 1976.
- (35) Sewell, 1976.
- (36) Hunt, 1963; Seva y Vázquez, 1977, p. 36.
- (37) Bastide, o.c., p. 175.
- (38) Bastide, o.c., p. 177.
- (39) O.c., p. 30.
- (40) Bastide, o.c., p. 266 y ss.
- (41) Orford, o.c., p. 164-195.
- (42) Cfr. Rof, 1971; Freeman y Giovanoni, o.c., p. 692 y ss.; Zander, 1957; Delacampagne, 1975; Basaglia, 1975; Levinson, 1971.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, F. G. y SELESNICK, S. T.: «Historia de la Psiquiatría». Ed. Espaxs, Barcelona, 1970.
- BASAGLIA, F. y otros: «Psiquiatría, Antipsiquiatría y orden manicomial». Barral Editores, Barcelona, 1975.
- BLANEY, P. H.: «Contemporary theories of Depression: Critic and Comparison». *Journal of Abnormal Psychology*, 1977, 86, 3, 203-223.
- CASTILLA DEL PINO, C.: «Vieja y nueva Psiquiatría». Seminarios y Ediciones, S. A. Madrid, 1971.
- DELACAMPAGNE, Ch.: «Antipsiquiatría». Ed. Madrágora. Barcelona, 1975.
- DE MIGUEL, A.: «Psiquiatría y sociedad». *Papers*, vol. 1, Barral Editores. Barcelona, 1973, 11-36.
- DEVEREUX, G.: «Ensayos de Etnopsiquiatría general». Barral, 1973.
- DÖRNER, K.: «Ciudadanos y locos». Taurus. Madrid, 1974.
- GARCIA MARCOS, J. A.: «Condiciones para una asistencia psiquiátrica más igualitaria». *Psicodeia*, 13, s.f.
- GONZALEZ DE CHAVEZ, M.: «La salud mental en Madrid». *Rev. Triunfo*, n.º 778, 24-12-77, 36-39.
- JERVIS, G.: «Manual crítico de Psiquiatría». Anagrama, Barcelona, 1977.
- LEVINSON, D. G. y GALLAGHER, E. B.: «Sociología del enfermo mental». Amorrortu, Buenos Aires, 1971.
- NATHAN, P. F. y HARRIS, S. L.: «Psychopathology and Society». McGraw-Hill, New York, 1975.
- PAZ, J. G. y GALENDE, E.: «Psiquiatría y sociedad». Granica Editor, Buenos Aires, 1975.
- ROF CARBALLO, J.: «Ideal del hombre, Medicina y Sociedad». *Rev. de la Universidad de Madrid*, vol. X, 37, 1961, 155-206.
- ROSEN, G.: «Locura y sociedad». Alianza Editorial, Madrid, 1974.
- SCHEFF, Th.: «El rol del enfermo mental». Amorrortu, Buenos Aires, 1973.