

# Rehabilitación psicosocial, perspectivas en el mundo

*Ricardo Guinea\**

## *Resumen*

La rehabilitación psicosocial es una filosofía de atención a las personas con enfermedad mental grave, que ha ido emergiendo y definiéndose desde la última década del siglo XX. Se describe el consenso actual global sobre sus principios, los retos más importantes para su implementación a nivel global, algunos ejemplos concretos de situación de posibilidad de acceso a servicios de países de diversas características, y finalmente algunas de las principales líneas de debate y desarrollo de la disciplina, como el concepto de “recuperación”, la emergente conciencia de la importancia de los derechos humanos de los pacientes, la orientación comunitaria de los servicios, el problema de la transinstitucionalización, la conexión de la rehabilitación psicosocial con los movimientos civiles, algunas ideas sobre las fronteras actuales del conocimiento, la creciente conciencia de la importancia de los determinantes sociales y las posibilidades de actividades de prevención.

*Palabras clave:* rehabilitación psicosocial, salud mental, enfermedad mental grave, WAPR.

## *Abstract*

Psychosocial rehabilitation is an emerging philosophy of attention for the mentally ill, that has been increasingly defining its fundamentals in since the last decade in the XX century. The paper will describe the current consensus on its principles, the main challenges for its global implementation, some particular examples regarding the practical possibilities of being treated in

\* Psicoterapeuta. Gerente de Programas MSCM. Presidente electo WAPR [[www.wapr.org](http://www.wapr.org)].

different countries, and finally some of the main current lines of discussion and development of the discipline, such as the concept of recovery, the emerging awareness of the importance of the Human Rights of patients, the community orientation of services, the problem of transinstitutionalization, the connection between psychosocial rehabilitation and civil society movements, some ideas about the current frontiers of knowledge, the emerging awareness of the importance of social determinants of health and the possibilities of preventive strategies.

*Key words:* psychosocial rehabilitation, mental health, severe mental illness, WAPR.

## Introducción

Si miramos al mundo en su conjunto para examinar cómo se entiende y se practica la asistencia a las personas con enfermedad mental grave en sus distintas regiones, se percibe que en todas partes los problemas básicos son idénticos. Los enfermos afrontan parecidas dificultades para sacar sus vidas adelante debido a sus síntomas y discapacidades. Dependen de la ayuda disponible para sobrevivir y acceder a los recursos básicos, en condiciones que frecuentemente parecen lesivas para la dignidad personal. Afrontan parecidos procesos de discriminación, segregación social y económica. Son mal comprendidos, incluso por sus allegados. Están en riesgo de no poder acceder al tratamiento o de que, cuando éste se prescribe y se aplica, sea de calidad deficiente para lo que entendemos como estándares de “buenas prácticas”, o incluya medidas de control cuestionablemente necesarias y deficientemente aplicadas.

Con la facilidad para las comunicaciones, la rehabilitación psicosocial (RPS) es hoy una estrategia de atención a las personas con enfermedad mental severa cuyas bases de conocimiento son accesibles por y para todo el mundo. Pero su grado de implementación es relativamente bajo. Cuando se aplica, sus estrategias y sus prioridades necesitan adaptarse a las condiciones culturales y al nivel de recursos disponibles del país. La diversidad de ayudas formales e informales que

pueden usarse, deben ser adecuadas a las particularidades económicas, organizativas, culturales y políticas de cada país y región. El volumen de recursos disponibles para la RPS en cada país tiene una estrecha relación con el nivel de desarrollo económico, pero también con las prioridades, los valores, cultura e ideas dominantes. Y las estrategias de implementación tienen que ver con un eje temporal que depende del punto de partida sobre el que las organizaciones y las ideas aplicadas en el terreno evolucionan en el tiempo.

La RPS fue una reacción organizativa e intelectual al manicomio como estrategia social. El manicomio ha sido un fenómeno prácticamente universal. Su origen se puede rastrear hasta los primeros asilos en el Renacimiento europeo y antes. Se basa en una idea caritativa de atención a los desvalidos, y evolucionó hacia una combinación de formas de exclusión y control, con una atención efectiva frecuentemente pobre. Ha experimentado muchas tentativas de reforma (por ejemplo la de Pinel en París, en siglo XVIII, y la invención del “tratamiento moral”). A lo largo del siglo XX, su filosofía ha sido abandonada en favor de un concepto comunitario de la atención. Sin embargo, su empleo persiste hasta hoy en algunos países como el único recurso.

La implantación de la RPS parece haber seguido una pauta temporal en los países en los que la política manicomial alcanzó un fuerte desarrollo –en realidad, en casi todos los desarrollados. La RPS suele comenzar a percibirse como una prioridad relacionada con la metodología de desinstitucionalización, para bloquear los procesos de institucionalización y para devolver a la comunidad a las personas institucionalizadas. Se sigue la prioridad de desarrollo de recursos comunitarios alternativos al manicomio, y la preocupación consiguiente por sus diferentes aspectos (organizativos, científicos, económicos), y el desarrollo de recursos de ingeniería social para la inclusión social (laboral, ciudadana) de los afectados. En estas secuencias podemos describir fenómenos sociales típicos: la resistencia al cambio de las instituciones, la dificultad de trasladar recursos institucionales a la comunidad, y los prejuicios de las comunidades hacia los enfermos, que se expresan como resistencia a la aceptación de los recursos comunitarios en su barrio: “recursos sí, pero no en mi calle” (“Not in my backyard”).

Finalmente, aparece como prioridad la necesidad de entender y describir la manera en que las personas podrán desarrollar su vida en las diversas formas de enfermedad mental (lo que se denomina el proceso de *recuperación* de los usuarios).

En países con escasa tradición de desarrollo de sistemas sociales, el problema de partida puede ser otro. Si son países con recursos públicos proporcionalmente modestos, en los que el manicomio como institución no ha llegado a desarrollarse, en el sentido de creación de instituciones grandes e importante volumen económico en juego, entonces el problema suele ser: cómo establecer un sistema de atención sanitaria básica y estable que incluya también atención en salud mental. En esta situación, puede ser difícil visualizar una política de salud mental separada de la política sanitaria básica del país. En situaciones así, es necesario comenzar desde el principio, y la lógica temporal de implantación de un sistema de RPS podría describirse comenzando por la sensibilización social y gubernamental, la formación de personal sobre el terreno, el establecimiento de accesibilidad a medios básicos de tratamiento, la definición de intervenciones factibles y adecuadamente sensibles a la particularidad cultural, y la formación de redes comunitarias de apoyo mutuo.

## Concepto de rehabilitación psicosocial

La RPS es promovida en todo el mundo por la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR), fundada en 1986 por iniciativa de un grupo de psiquiatras de Estados Unidos, Italia, Reino Unido y Canadá, países donde la RPS ha adquirido cierto cuerpo como entidad intelectual. La WAPR junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) contribuyeron a la configuración del campo de la RPS mediante la *Declaración de Consenso WAPR-OMS de 1996*, misma que presenta una visión claramente “comunitaria” de la RPS en el campo general de la salud mental, orientada de manera focal y específica por el espectro de las patologías graves que se suelen encontrar en los manicomios, fundamentalmente esquizofrenia y trastorno bipolar, aunque con el tiempo esta especialización se está desdibujando y se tiende a considerar

todas las formas no involutivas de enfermedad mental discapacitantes (incluyendo el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y otros trastornos de personalidad discapacitantes) (Javed, 2012).

La *Declaración...* (WAPR/WHO, 1996) propone una manera global de abordar el problema de la enfermedad mental, considerando el problema de su atención como la forma de ayudar a las personas con enfermedad a vivir una vida digna en todos sus aspectos, y tratando de evitar la parcelación de la atención en aspectos disociados entre sí. Considera la tarea de la RPS como una estrategia global para “facilitar oportunidades” de alcanzar el “nivel óptimo de funcionamiento” en la comunidad. Ello implica “mejorar las competencias de la persona”, pero también “producir cambios en el entorno”. Para ello, plantea estrategias a varios niveles.

A nivel individual, las prioridades son: hacer accesible el tratamiento a la persona enferma y prestar el apoyo que necesitan las familias; considerar el problema del acceso a la vivienda, misma que debe parecer más un hogar que una estancia en un hospital; considerar las oportunidades de inclusión en actividades significativas (como el trabajo, el ocio o las relaciones personales).

A nivel institucional, se plantea la necesidad de incluir la RPS como componente de las políticas públicas, evitando la escisión entre el “tratamiento” y la “rehabilitación”, dotando con infraestructuras dignas, personal con adecuada formación y estableciendo criterios de control de calidad en los servicios.

A nivel social, la RPS plantea la necesidad de un marco legislativo adecuado, que regule los derechos de la persona en todas las condiciones, como en las hospitalizaciones involuntarias, y estableciendo modos de protección social por discapacidad; plantea el “empoderamiento” de las personas enfermas para que sean conscientes de su calidad de personas con derechos, y la lucha social contra los estereotipos sociales (el “estigma” asociado al diagnóstico).

Finalmente, plantea la necesidad de una estrategia propia en la investigación, que favorezca la interdisciplinariedad, las investigaciones a largo plazo, y la búsqueda de validación empírica de las metodologías empleadas.

## La situación en el mundo

La Declaración WHO-WAPR precedió en pocos años al *Informe de la OMS 2001* (WHO, 2001) en el que, como importante novedad, se puso por primera vez en primer plano la importancia de la salud mental como elemento del conjunto de la salud. En el Informe se mantiene la visión de que la salud (y la salud mental como parte de ella) tiene una estrecha relación con valores sociales dominantes y los modos de organización social. Se denuncia con datos empíricos la ilógica subestimación de la importancia de la salud mental respecto del conjunto de problemas de la salud y su insuficiente financiación relativa. Como organización representativa de los consensos en salud pública del mundo, la OMS también ratifica el abandono del modelo manicomial (OMS, 2003).

Como filosofía de la atención, el informe de la OMS de 2001, al igual que antes la WAPR, mantiene la recomendación del tratamiento en la comunidad frente al institucional, las medidas de educación de la población, potenciar la organización de la sociedad civil de usuarios y familiares, y la adopción de políticas públicas nacionales. Pone especial énfasis en promover políticas que mejoren la atención en los países en desarrollo. El foco de atención del informe de la OMS de 2001 incluye además de esquizofrenia y trastorno bipolar, epilepsia, demencia, depresión, suicidio, abuso de alcohol y de sustancias, y trastornos de comienzo en la infancia. Algunas de sus recomendaciones, por ejemplo, sus alusiones a la integración de tratamientos desde atención primaria, tienen el sentido de establecer una primera línea de atención básica en salud mental en países donde el acceso a la atención especializada puede ser difícil o inexistente. Sin embargo, otras recomendaciones como la de mejorar la accesibilidad a los tratamientos, tiene una orientación general y debe considerarse dirigida también a los países desarrollados, en muchos de los cuales se observan barreras en la atención a grandes grupos de la población.

Desde el punto de vista de la información, el esfuerzo más sistemático para conocer la situación de las oportunidades de recibir tratamiento psiquiátrico en el mundo es el Proyecto Atlas (2005), dirigido también por la OMS, mismo que ofrece informes individuales

sobre los países del mundo que aportaron voluntariamente datos —la mayoría. Este proyecto se lanzó en 2000 y ha ofrecido informes en 2001 y 2005, mismos que incluyen algunos indicadores (económicos, demográficos, epidemiológicos) e información sobre política sanitaria y legislación en cada país, pensada como base pública de referencia para establecer comparaciones entre países. Los datos del Proyecto Atlas contienen fundamentalmente información aportada por los gobiernos. Ello es asumido como una limitación y en su versión de 2005 se ha tratado de completar con otras fuentes.

Complementariamente, tratando de enfatizar las barreras a la posibilidad de recibir atención, la OMS ha diseñado e impulsado el programa Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) (WHO, 2008), que contiene manuales técnicos y programas de intervención básicos, pensados como factibles de adaptar y aplicar desde el nivel de atención primaria, con el objetivo de estimular a los gobiernos a destinar mayores recursos y a mejorar la accesibilidad a la atención psiquiátrica (reducir la *brecha de la atención*). Por ejemplo, para orientar a los países en la definición de sus prioridades, propone listas de medicamentos esenciales (que incluye clorpromazina, valproato, carbamazepina, fenobarbital, amitriptilina, litio, biperideno...).

Los datos del Proyecto Atlas permiten formarse una idea de la situación global de la atención en salud mental en el mundo. En su edición de 2005 se señala que sólo 61% de los países informaron tener políticas gubernamentales explícitas y específicas de salud mental, que incluyen actividades de atención, promoción, prevención y rehabilitación. Debido a la prioridad de la OMS por los trastornos graves, aunque su foco de atención sea más amplio que el de la WAPR, los datos del Atlas, con algunos matices, describen bien las oportunidades de acceso a la atención de las personas con enfermedades mentales graves.

El informe sostiene que tener políticas expresas de salud mental correlaciona positivamente la asistencia a discapacitados, la formación en salud mental en atención primaria, servicios comunitarios de salud mental o actividad de organizaciones no gubernamentales (ONG) en el territorio. De las distintas regiones de la OMS, en la del sudeste asiático sólo 23% de la población vive en un país con política de salud

mental, por 70% de África subsahariana, 89% de Eurasia y 93% de la región pacífico oriental, que sí cuentan con políticas explícitas.

Según el informe, sólo 61% de los países informa tener *servicios comunitarios* (entendidos como *cualquier tipo de supervisión o cuidado de pacientes mentales fuera del hospital, atendido por personal sanitario y de servicios sociales*). En las regiones de África subsahariana, Mediterráneo Oriental y Sudeste de Asia, sólo en la mitad. La distribución de países con servicios comunitarios parece netamente influida por el nivel de renta de los mismos: los países de alta renta disponen de servicios comunitarios en 97%, los de media alta en 90%, y en los de media baja y baja, sólo 50%. Se informa que 77% tiene prestaciones por discapacidad aplicables a salud mental; 100% de los de Europa, por 45% de los de África subsahariana, con parecida relación con el nivel económico de los países: 100% de aquellos de renta alta por 55% de aquellos de renta baja.

El informe señala también que existen problemas de disponibilidad de medicamentos esenciales en muchos países, medido como *disponibilidad en el nivel de atención primaria de amitriptilina, fenitoína y clorpromazina*. La clorpromazina es disponible en 90% de países, el litio sólo en 65% y el biperideno sólo en 45%. También se reporta de grandes variaciones de precios de los mismos según las regiones del mundo: el coste medio de un año de tratamiento con clorpromazina varía de 100 dólares en la región de Eurasia a 28 dólares en el sudeste asiático.

La OMS se ha esforzado en mostrar que la deficiente salud mental de un país representa costes económicos que lastran el desarrollo y que podrían resultar evitables. El informe subraya que a pesar de su importancia como campo de la salud con fuerte impacto sobre la población en forma de carga por la *proporción de años vividos en situación de discapacidad (DALYs)*, la salud mental en el mundo está infradotada. El 30% de países no tiene presupuesto de salud mental separado del presupuesto general de salud, y muchos gastan menos del 1% del presupuesto total de salud en salud mental, a pesar de que ésta aporta 13% de la carga asociada, medida en DALYs (recuérdese que, para la OMS, la carga asociada a salud mental también incluye demencias, epilepsia, etcétera). En Europa se ha calculado el impacto

económico de ese problema, destacando especialmente los costes indirectos en términos de pérdida de productividad.

Normalmente la financiación de los servicios de atención de salud mental procede en cada país de fuentes distintas en diferentes proporciones (Proyecto Atlas, 2005). El método más importante de financiación de servicios de salud mental es a través de *impuestos generales* (en 62% de países), seguido del *pago directo* del usuario (en el modo principal en 17% de países), y sólo en 14% el modo más importante es algún sistema de *seguridad social* (el informe reporta que sistemas de seguridad social existen prácticamente sólo en Europa). A nivel global, la relevancia de los *seguros privados* o de las ONG es escasa. El pago directo del usuario es el método más frecuente en países africanos o del sudeste asiático, con sistemas sanitarios escasamente desarrollados. En países de renta alta y media alta, los servicios se pagan frecuentemente con cargo a impuestos (en poco más del 60%) o por sistemas de seguridad social (sobre 30%). En países de renta baja la proporción reportada de pago directo es la más alta (42%) y no existe prácticamente sistema de seguridad social. Si hablamos específicamente de cómo se financian los servicios especializados en RPS —cuando existen—, la información a nivel global es dispersa y difícil de comparar, pero hay algunas ideas importantes, como que es necesario entender los procesos de desinstitutionalización como un traslado de recursos del hospital a la comunidad.

Al margen de estos datos técnicos, en la última actualización del Proyecto Atlas, el análisis de la OMS indica:

[...] a nivel global, los recursos siguen siendo insuficientes, en términos absolutos y relativos (sólo 3% del gasto medio en salud es para salud mental, que es en cambio responsable del 13% de la carga medida en DALYs). Los recursos no están equitativamente distribuidos en el territorio, no son eficientemente usados (la mayor parte del gasto se sigue localizando en dispositivos institucionales en detrimento de los comunitarios). La mitad de la población tiene menos de un psiquiatra por cada 200 mil habitantes, con 62% de las camas y 67% de los fondos en instituciones psiquiátricas. Además, se detecta que los recursos económicos dedicados a salud mental se están reduciendo ligeramente. La única buena noticia del

informe es que la tendencia a la reducción del gasto viene de la tendencia al cierre de los dispositivos manicomiales (Morris, 2011).

### Algunos ejemplos en el mundo

Sin disponer de un observatorio tan sistemático, los países socios de la WAPR aportan visiones sobre lo que sucede en distintos países y regiones del mundo, específicamente en rehabilitación psicosocial.

Un ejemplo de la situación en países de baja renta puede ser Pakistán (Javed *et al.*, 2011), un país multiétnico que gasta 3.9% del producto nacional bruto (PNB) en salud y de ello, 0.4% en salud mental (España gasta cerca del 7% y Estados Unidos más del 13%). Declara disponer de política en salud mental desde 1997: apostó por un programa para la formación en salud mental de su personal de atención primaria. Informa tener pendiente la creación de recursos para discapacitados psíquicos, unidades de crisis y la reorganización de los psiquiátricos. La atención en salud mental se proporciona desde atención primaria. Informa de la existencia de centros residenciales y de día para personas con trastornos del aprendizaje. Sus esfuerzos de desarrollo de un sistema de salud mental comunitario se plasman en su política de sensibilizar a la población, especialmente a través de líderes sociales (religiosos). La mayoría de los profesionales de salud mental están ubicados en los centros urbanos grandes y atienden en clínicas privadas. Como en otros países en desarrollo, se percibe la dificultad de establecer prioridades políticas específicas en salud mental, en contraste con la claridad y viabilidad de otras políticas, por ejemplo, la vacunación como estrategia de la lucha contra la polio.

En este contexto, un líder local de Lahore, con el apoyo de la WAPR, ha combinado la idea de atención precoz en primeros episodios, con un programa de atención comunitaria de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (el Programa STOP, Supervised Treatment for Patients with Schizophrenia, basado en el tratamiento supervisado en el medio familiar) y un programa de microcréditos (el Programa Akhuwat) para crear un proyecto para 50 personas basado en la perspectiva de recuperación. La idea es primero designar un familiar, de quien se

espera mantenga una relación estable con el paciente, darle “formación” sobre la naturaleza de la enfermedad (en un contexto cultural que tiende a atribuírsela a causas “sobrenaturales”), y “microconceptos” sobre el tratamiento (esencialmente sobre la necesidad de medicación). Tras 6 o 12 meses, si la situación clínica mejora (hasta un GAF de 80) el paciente accede al programa de microcréditos, orientado a que la persona pueda iniciar alguna actividad laboral. Los criterios de evaluación de este proyecto incluyen los datos sobre mantenimiento de la salud global, el alivio de la situación de pobreza y la reducción de las consecuencias del estigma social.

Tomemos ahora un ejemplo de país con economía media baja. Ghana es un país centroafricano emergente, con régimen democrático desde 1993, y relaciones exteriores políticas y comerciales estables. Según la OMS (Proyecto Atlas, 2005), el país formuló políticas de salud mental en 1994 y tiene acceso comunitario a los medicamentos psiquiátricos básicos de la lista de la OMS. Se pueden conseguir en el mercado medicamentos modernos como olanzapina o fluoxetina, pero resultan demasiado caros para la población media. Gasta en salud 5% de su producto interno bruto (PIB) y en salud mental 0.5% del presupuesto total de salud.

En 2008, el Global Forum for Mental Health (organización creada al amparo de la OMS y de la WAPR) convocó una conferencia (Entebbe, Uganda 2008) con el objetivo de apoyar en la región las bases del sistema de salud mental. Esta iniciativa fue seguida por otra conferencia internacional celebrada en 2011 en Accra (Ghana) y apoyada por la ONG Basic Needs (Eaton, 2010). Esta nueva conferencia pone ahora un énfasis especial en construir un movimiento social comunitario para mejorar la situación de las personas con enfermedad mental (incluida aquí la epilepsia). Algunos de los objetivos estratégicos propuestos fueron: potenciar la capacidad técnica de los grupos de usuarios para influir en el proceso, incrementar el trabajo en red y establecer criterios de buenas prácticas profesionales acordes a la situación de la región. Ahí se presentó la Asociación por la Salud Mental de Ghana, fundada en 2009. Ghana cuenta con un corresponsal de la WAPR que trabaja para el naciente sistema público de salud mental y lidera algunos procesos de reforma civil a nivel local, fundamentalmente

mediante un equipo móvil que aporta información a la comunidad en el territorio.

Lo que observamos en ambos casos es que, en el contexto de sistemas sociales y sanitarios en estado de creación o de desarrollo, y donde existe desigualdad territorial en el acceso a los servicios, las ideas y propuestas sostenidas por la OMS o la WAPR llegan y se establecen, a manera de cabezas de puente en colaboración con los gobiernos, ONG y liderazgos locales que pueden mantenerlas y desarrollarlas a partir de la creación de grupos civiles.

Si consideramos el caso de países de economía más desarrollada (media-alta), podemos usar como referencia a Brasil. Su constitución actual viene de 1988. Gasta en salud 7.6% del PNB, de lo que 2.5% va a salud mental. La Reforma de Brasil (Ministerio da Saúde do Brasil, 2005) comenzó a finales de la década de 1970 como un movimiento centrado en los derechos de los pacientes psiquiátricos a imagen del italiano (Franco Basaglia visitó Salvador de Bahía en 1978); incluye a múltiples interlocutores y actores, así como a un potente grupo de usuarios de servicios de salud mental, a la que el Ministerio de Salud se adhirió por encima de las diversas alternativas políticas. Brasil aprobó una Ley de Salud mental en 2001 que se está implementando a buen ritmo (en 50-75% según la OMS). El plan se basa en una reforma del sistema institucional, la integración de la salud mental en atención primaria y la creación de una red de servicios especializados, los Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para la atención de los trastornos severos. La reforma de Brasil es un proyecto potente de cambio hacia un modelo comunitario, partiendo de un modelo institucional previo con gran peso de la prestación privada de servicios hospitalarios no controlada por el Estado. En los últimos 15 años ha logrado reducir a la mitad las camas de larga estancia en hospitales psiquiátricos. Ha emprendido una evaluación de la calidad de la atención en los centros psiquiátricos, que incluye la posibilidad de su clausura administrativa si no es aceptable, programas para la reducción gradual de tamaño de los psiquiátricos de más de 200 camas. Se han creado más de mil CAPS por todo el territorio. La desinstitucionalización de los pacientes se apoya con el Programa Volta a Casa, que crea un estímulo para que las familias acepten a las

personas que salen del hospital prestando apoyo económico directo, muchas veces tras muy largas estancias. Hay recursos residenciales como los Serviços Residenciais Terapêuticos que con el apoyo de un CAPS ayudan a vivir en la comunidad a los enfermos con pleno respeto a su libertad de circulación y a sus elecciones personales.

Los CAPS son centros comunitarios especializados en atención a personas con trastornos graves, atendidos por equipos interdisciplinarios de entre 9 y 16 personas, responsables de la atención en un territorio y financiados por la transferencia de gasto hospitalario a extrahospitalario, mediante acuerdos con los gobiernos local, nacional y federal. Hay varios tipos de CAPS y algunos cuentan con camas (pero no más de cinco). Son el centro de la estrategia comunitaria de Brasil. En la reforma brasileña, centrada en la desinstitucionalización, “salud mental” casi equivale a rehabilitación psicosocial, incluyendo también a personas con adicciones. Parte de la atención se hace desde los centros de atención primaria, en coordinación con los CAPS. Hay otros programas de integración laboral y cultural. Aunque inconclusa y con problemas para dar todos los servicios necesarios para la población, y trabajando en condiciones difíciles por la situación de pobreza extrema y exclusión social de segmentos enteros de población (los *meninos da rua*, los habitantes de las *favelas*), cosa habitual en muchos países de su nivel de desarrollo económico y social, la reforma de Brasil numerosas veces ha sido puesta como ejemplo de un proceso exitoso.

Comparativamente, los países desarrollados disponen de más medios económicos y posibilidades para crear recursos sociales y sanitarios. Lo interesante en ellos es observar cómo organizan sus recursos, cómo definen sus prioridades.

Arabia Saudí, por ejemplo, es un país de ingresos altos. Los datos aportados por la OMS (13) refieren que hasta 1983 estaba claramente en una política hospitalaria: un solo hospital psiquiátrico saturado con más de 1 800 pacientes. Con ese sistema, muchos pacientes y familias necesitaban largos desplazamientos para conseguir atención. Como en otros países, su reforma hacia el modelo comunitario consistió en establecer un sistema descentralizado por todo el país, con unidades de entre 20 y 120 camas que se ocupaban también de la asistencia ambulatoria, y en formar en salud mental al personal

de atención primaria. Sin embargo mantiene un gran sector de asistencia privada. Informa de la existencia de servicios comunitarios y asistencia a personas con discapacidad, y que se planearon servicios de rehabilitación, pero no han sido aún suficientemente desarrollados. Hay ONG y grupos de autoayuda de usuarios que operan en la medida de sus posibilidades. Los informantes refieren un curioso problema idiomático: muchos profesionales médicos o enfermeros de atención primaria no hablan árabe y necesitan traductores para atender. Otro tema de naturaleza cultural se refiere a la pertinencia de la estrategia comunitaria de pactar con personas notables de la comunidad (como los *sheiks*, sanadores tradicionales) ya que, en la práctica, éstos son consultados y se hacen cargo de la atención de muchas personas con cuadros leves y menos leves.

Otro ejemplo interesante de países de alta renta es el de Estados Unidos, que tiene uno de los presupuestos de salud más importantes del mundo, 13.9% del PNB y que, si embargo, al menos hasta el momento, no tiene cobertura sanitaria universal (en el momento de escribir este artículo está en desarrollo la reforma Obama). De hecho, un sexto de la población carece de algún tipo de cobertura. Gasta en salud mental 6% del presupuesto general de salud. Los métodos de financiación más importantes son, por orden de volumen, los seguros privados, los impuestos generales y el pago directo de los usuarios. Dispone de servicios comunitarios de distintos tipos. Las oportunidades de financiación para el usuario a lo largo de un proceso de tratamiento suelen alternar entre los públicos y los privados. Desde la década de 1950 su sistema ha pasado por fases donde las prioridades han evolucionado: la introducción de la atención en hospitales generales, la aparición de centros de inserción social, la preocupación por la evaluación de servicios y costes, la aparición del *case management* (como modo de ganar eficiencia en el gasto), del *tratamiento asertivo comunitario* por el problema de las recaídas en el ámbito de la atención comunitaria, y los enfermos mentales sin hogar. El último gran tema es el de los *servicios orientados a la recuperación*.

Hay una gran presencia de organizaciones civiles en el país, más de 4 300. Hay un gran desarrollo de programas específicos: para minorías, refugiados, afectados por desastres, población indígena,

mayores o niños. Como todo territorio con gran extensión y zonas rurales extensas, hay grandes inequidades en el acceso a los servicios. Desde 1999 se ha reactivado un debate sobre salud mental y en 2003 el presidente emitió una orden ejecutiva para crear la Freedom New Commission for Mental Health, que debe estudiar las barreras a la atención y modos de afrontar el problema. Un nuevo plan estratégico 2011-2014 ha sido elaborado por la Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) y ha recibido el apoyo de la Asociación Americana de Rehabilitación Psiquiátrica (USPRA) (2010), que valora positivamente la creciente preocupación preventiva sobre infancia y atención a jóvenes, y la intervención en prisiones. No obstante, expresa su preocupación por varios de sus aspectos: aun comprendiendo que *la limitación de recursos no puede cubrir todas las áreas importantes*, el nuevo plan no contempla financiación para programas de empleo; le parece que la RPS es subestimada en los avances hacia cierta integración de redes de drogodependencias y de RPS (asumiendo el dato local que halla hasta 60% de comorbilidad entre enfermedad mental y abuso de sustancias); encuentra decepcionante que no se considere una prioridad favorecer las redes de apoyo mutuo; se preocupa por la importancia de los trastornos postraumáticos de militares, critica la falta de iniciativas para mejorar la discontinuidad de la atención inducida por modos de financiación de programas (si un usuario logra trabajar, pierde sus beneficios sociales pero normalmente, al menos hasta la reforma Obama, no podía acceder a un seguro privado), encarece mejorar los programas para personas sin hogar, como medio probadamente eficaz de evitar la encarcelación y acceder a oportunidades de empleo.

Otra interesante visión sobre la situación en países desarrollados es la que ofrecieron durante algunos años los informes de la Comisión de Seguimiento de la Mental Health Act británica. Las alternativas del sistema de atención, tanto en el aspecto de su desinstitucionalización y desarrollo del modelo comunitario como en la reforma sanitaria de la década de 1990, han sido una referencia para otros países.

La Mental Health Act Commission siguió, hasta su disolución en 2009, la aplicación de poderes de detención y tratamiento coercitivo para personas con enfermedad mental que otorga la Ley de Salud

Mental Británica. En un extenso y minucioso informe (Mental Health Act Commission, 2009), la Comisión formuló muchas observaciones sobre la situación de los últimos años. El incremento de uso de modalidades coercitivas en el tratamiento es notorio desde 1991, así como el creciente papel del *sector independiente* (privado) como lugar para los ingresos coercitivos. La interpretación de este dato por la OMS (recogida por los autores del informe) es que la desinstitucionalización y el modelo comunitario hacen que las decisiones de ingreso tiendan a tomarse más tarde que antes, cuando las personas ya no están en condiciones de dar su consentimiento. Pero el informe también hace notar que muchas personas que lo necesitarían no están en contacto con servicios comunitarios y que, de hecho, crece el número de personas cuyo primer contacto con el sistema de salud mental es un ingreso coercitivo. Pero como en otros países de Europa, también se puede interpretar como signo del balanceo de los valores dominantes hacia formas más autoritarias. Esa tendencia podría estar relacionada con los cambios del modelo de atención: se informa que algunos servicios privados “prefieren” selectivamente usuarios internados bajo autoridad judicial. Entre otras muchas cosas, señala que muchas unidades de agudos son deficitarias desde el punto de vista de su calidad humana, la tendencia al incremento de unidades de agudos cerradas, su habitual sobreocupación (entre 100 y 110%), con políticas de mantenimiento, seguridad y personal mejorables. El informe destaca su interés por el *modelo de recuperación* y, desde él, emite críticas sobre estilos de atención institucional basados en la repetición rutinaria de estándares (con normas arbitrarias o el uso punitivo de medidas como la restricción de tabaco). Entre los trabajadores de programas específicos de rehabilitación observamos interés en la aplicación de algunas de las ideas del modelo de recuperación, buscando maneras creativas y eficaces de activar y hacer posible la participación de los usuarios en la mejora de los servicios, definiendo tareas participativas factibles y significativas para grupos de usuarios, identificando y aportando apoyo y formación a usuarios con habilidades para actuar como líderes sociales emergentes.

Un reciente informe sobre Dinamarca (Runciman *et al.*, 2011) retrata algunos de los problemas comunes a muchos países con

políticas desarrolladas de desinstitucionalización: el riesgo de que las nuevas instituciones centradas en esquemas de “cuidado” (las “casas a medio camino”) reproduzcan en pequeño las situaciones de abandono de las viejas; y propone la activación de estrategias preventivas del deterioro y orientadas por el modelo de recuperación; señala la falta de apoyos psicoterapéuticos (se critica que para muchos usuarios, la única forma de apoyo accesible es la medicación); se critica también la fragmentación de la atención en situaciones de cambio por mejoría (al conseguir trabajo o independizarse, se cambia de red de apoyo y se interrumpe la continuidad), se critica que la rigidez administrativa dificulta la posibilidad de investigar nuevas maneras de resolver los problemas, la necesidad de mejora de acceso a la información sobre recursos, y expresa su preocupación por el estigma.

### **Algunos aspectos relevantes de la RPS en el mundo.**

#### **El reto de la accesibilidad a los servicios**

Para terminar vale la pena repasar algunos temas que se perciben hoy globalmente como importantes o como retos pendientes.

Desde una perspectiva mundial de salud pública, reiterar que, sin duda, el reto más llamativo es la *inequidad y las barreras en la accesibilidad a los elementos básicos del tratamiento* (Proyecto Atlas, 2005). La accesibilidad a servicios está vedada a muchas personas en el mundo, y no sólo en los países en desarrollo. Existen regiones enteras que carecen de personal con la formación básica. El acceso a medicamentos esenciales es también un problema para los enfermos. Ello tiene que ver con el nivel de desarrollo económico y social de los países, con la sensibilidad de sus sociedades y gobiernos, y también con factores comerciales. En algunos países de baja renta, a pesar de la diligencia y la formación de sus gestores de salud, la dificultad tiene que ver con la escasa rentabilidad comercial que la industria encuentra al colocar medicamentos “baratos” en el territorio. Los responsables tratan de afrontar este último problema promoviendo centros de compra conjunta a mayor escala, pero hasta con eso la disponibilidad es intermitente.

## El concepto de recuperación

La *perspectiva de la recuperación* (recovery) (Farkas, 2007:4-10) ha sido el último de los conceptos en hacerse sitio en las bibliografías sobre RPS. La emergencia de movimientos civiles de usuarios puso enseguida de relieve el hecho de que los profesionales, los familiares y los usuarios no veían de la misma manera las prioridades en RPS. Definida como *meta*, como *proceso* o como *estado*, y construida en buena medida por contribución de los testimonios de personas enfermas *recuperadas*, en los últimos años ha captado el interés de clínicos e investigadores. Su referencia recorre todo el mundo, pero en muchos países con sistemas desarrollados –Estados Unidos y Europa– se estimula a los servicios de RPS a organizarse para estar *orientados a la recuperación*; se analizan los procesos de atención en función de cómo contribuyen o no a ello. La orientación ha sido recogida en los manuales gubernamentales de buenas prácticas. La organización estadounidense de RPS propone que la adopción de prácticas institucionales orientadas a la recuperación (como por ejemplo, incluir formalmente *usuarios expertos* en los equipos de evaluación de los servicios) sea condición para obtener fondos públicos. Se desarrollan instrumentos psicométricos para evaluar la recuperación. Pero el tema también es objeto de debate. Slade y Hayward editorializan (2007:81-83) que las prácticas orientadas a la recuperación aún no han superado la prueba de la investigación empírica, y proponen un plan de investigación antes de implementar los cambios a nivel general.

El concepto de recuperación parte de varios puntos distintos (Farkas, 2007:4-10). Primero, de la necesidad de visualizar el éxito de un proceso de rehabilitación. Se debe subrayar aquí que recuperación no equivale a curación, sino a una manera de vivir una vida aceptable con la enfermedad. Segundo, se enfatiza que el pesimismo kraepeliniano de la enfermedad mental como un proceso progresivamente deteriorante es desmentido por la investigación empírica. Y tercero, la aportación de la perspectiva de los usuarios ha sido progresivamente incorporada al conocimiento profesional como información relevante.

La perspectiva de recuperación conlleva poner de relieve un aspecto frecuentemente descuidado: el de entender y describir el *recorrido*

*subjetivo de la persona en el proceso de recuperación.* Por alguna razón relacionada seguramente con la complejidad del campo de la RPS y sus dificultades de validación empírica, las perspectivas precedentes del campo de la psicoterapia, que hubieran podido y debido también influir y aportar su contribución al cambio de filosofía, a nivel global, no lo hicieron significativamente (salvo quizás en Francia con Tosquelles). El modelo dominante de comprensión de los procesos de enfermedad y restablecimiento resultantes ha emanado principalmente del modelo médico-biológico, en detrimento de los aspectos psicosociales. Muchas técnicas de atención psicológica han derivado de investigaciones de tipo académico y han mostrado problemas de traslación a contextos comunitarios. Ello hace que otros puntos de vista se vuelvan interesantes. La vía del *empoderamiento* de los usuarios que les sirvió para reafirmarse, ha contribuido a establecer una identidad de colectivo que les ha permitido definir sus problemas desde su perspectiva de usuarios, en primera persona; a veces también para criticar a la psiquiatría y la manera en que se ha dejado sin atender a su propia visión de los problemas. Había que recuperar el contexto subjetivo, las *narrativas* del proceso de enfermar y sanar, y la perspectiva de la *recuperación* parece una vía prometedora para que esta recuperación (personal, pero también de la identidad social) se pueda analizar y describir de una manera más cercana cómo las personas viven y sienten los problemas.

## Ciudadanía y derechos humanos

El tema de ciudadanía y derechos humanos está hoy en primer plano, habida cuenta de que cuando se estudia de cerca, en todos los países del mundo se reportan toda clase de problemas en este campo (Vasak, 1977). Si se considera aisladamente el derecho a la atención, el problema más importante es la dificultad de implementar ese derecho a obtener atención y que ésta exista y sea adecuada (Rosental y Sundran, 2004). Por supuesto, en la mayoría de países existen limitaciones en los recursos disponibles, que deben ser usados para atender toda la gama de problemas sociales y sanitarios. Si se contempla desde esta

perspectiva, el problema es el ya mencionado de la inequidad en el acceso a los recursos. Pero en el terreno de los derechos hay otros problemas, como el de los controles y salvaguardas en el uso de la autoridad en el internamiento coercitivo o el tratamiento ambulatorio involuntario. Es un tema que alarma a las organizaciones de usuarios, pero que también preocupa a los profesionales, ya que se ha acreditado que, frecuentemente, determinadas medidas que afectan a los derechos fundamentales de la persona (como la contención mecánica) carecen a menudo de suficiente protocolización, muestran variaciones en su uso que no se pueden explicar por las circunstancias clínicas, y orientan la atención sobre su frecuencia en el uso de la idiosincrasia y los hábitos de determinados equipos, turnos, hospitales o de áreas geográficas (Fiorillo *et al.*, 2010).

### **Orientación comunitaria**

Aunque haya organizaciones científicas que se centran de manera exclusiva en los aspectos biomédicos de la enfermedad, la visión de los principales organismos internacionales que se ocupan de la salud mental es claramente de *orientación comunitaria* (WARP/WHO, 1996) (WHO, 2001) (Proyecto Atlas, 2005). Pero la noción de comunidad no es la misma en todas partes. En los países desarrollados, *comunidad* se suele entender como equivalente a *servicios comunitarios*, esto es, a servicios profesionales formales accesibles para las personas que los necesitan y cofinanciados por algún procedimiento de solidaridad (impuestos, seguridad social, ONG, filántropos). Ello no es del todo exacto, ya que dependiendo de factores culturales, la familia es muchas veces el elemento comunitario esencial. Pero en países de baja renta, en los que no se han establecido recursos formales, comunidad es *los modos de solidaridad espontánea que hay en la cultura social*, y los pacientes y profesionales es casi lo único con lo que pueden contar. En muchas ocasiones, por ejemplo, no es habitual que sea un profesional sanitario la primera persona que ve a un enfermo, ni la persona que va a estar más en contacto con ella. De manera que se hace conveniente encontrar formas de tender puentes entre los técnicos y los líderes

comunitarios civiles, religiosos o culturales. Esto no es un exotismo, se percibe también en países desarrollados multiétnicos, a veces a gran escala o con poblaciones en situaciones severas de exclusión, como las personas *sin hogar*.

### **El problema de la transinstitucionalización**

En cualquier lugar, la comunidad está expuesta a múltiples situaciones de estrés. Incluso en los países con procesos avanzados de desinstitucionalización una parte de los pacientes en la comunidad no está perfectamente estabilizada, y la comunidad que los acoge sufre y se resiente de ello. Lo anterior, combinado con las dificultades de accesibilidad y las de integración, se expresa como tendencia a la exclusión, de manera que hay una permanente tentación a recurrir a formas más o menos novedosas de exclusión institucional, lo que se ha denominado *la transinstitucionalización* (Vargas, 2005). Cuando fracasan las medidas comunitarias de estabilización, los pacientes desinstitucionalizados se reinstitucionalizan en otro sitio. Una forma de ello, quizás la más frecuente, es el encarcelamiento: en todo el mundo se detecta una importante presencia de personas con enfermedad mental en las prisiones.

### **Rehabilitación psicosocial y movimientos civiles**

A nivel global, el *asociacionismo de usuarios* (familiares y pacientes) es una herramienta de gran importancia en el empoderamiento civil de los afectados. Espontánea y autoorganizada (se dice que en Estados Unidos las actividades de ayuda mutua fueron la vanguardia de la RPS), o promovida por otras organizaciones civiles, las organizaciones de usuarios se han extendido por todo el mundo y forman hoy parte de la estrategia civil de la RPS desde la misma implantación de los servicios. Ha aportado líderes sociales influyentes (como Judy Chamberlain o Pat Deegan, ambas en Estados Unidos), hay asociaciones internacionales de usuarios que funcionan a gran nivel, cooperando con

la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la definición de políticas sobre derechos humanos. Aunque algunas de ellas son bastante críticas con la psiquiatría tradicional (WNUSP: Red Mundial de Usuarios y *Supervivientes* de la Psiquiatría), su aportación ha sido muy significativa, no sólo en términos de representación política del colectivo, sino contribuyendo en la construcción de conceptos (recovery) o en el desarrollo de instrumentos de evaluación.

En la base de la RPS hay fuertes argumentos éticos. La estrategia de RPS no se adopta porque sea más barata que la institucional, o más eficiente. Se hace así porque es como se debe hacer, y porque lo anterior era intolerable. Basaglia comentó que su principal aportación fue *demostrar que las cosas se podían hacer de otra manera*. Sin embargo, desde la OMS, Saraceno señala que aún hay que *documentar la desinstitutionalización*: así como hay un fuerte cuerpo de evidencia científica en los aspectos biomédicos de la enfermedad, los aspectos relacionados con la parte de ingeniería social de la RPS, que tradicionalmente se han descrito en términos narrativos y promovido con argumentos ideológicos, necesitan una mayor investigación, que hasta ahora no se ha producido a la escala necesaria, ya que existe un sesgo en la financiación que favorece la inversión en investigación farmacológica en detrimento de la social.

Hay un factor político que influye en la configuración de las prácticas profesionales en psiquiatría y RPS. En fechas no muy lejanas se destacaban referencias sobre el uso de la psiquiatría como medio para dominar disidencias políticas en países totalitarios. En la visión de Tomov (2005), la ideología del socialismo totalitario condujo a prácticas que asociaban una versión particular de la psiquiatría biológica, a un desprestigio de lo individual que conducía a la falta de interés por las necesidades particulares, y a la negación del papel desempeñado por el contexto humano (familia, relación médico-paciente). El prestigio soviético de la planificación central arriba-abajo, que negaba representatividad a los delegados locales, no condujo a la equidad en el acceso a los servicios. Tomov señala que en los países ex soviéticos, esta influencia se percibe claramente todavía hoy en el encuentro médico-paciente, en una especie de desprestigio por ocuparse de los aspectos relativos a la individualidad de la persona.

Pero tampoco el pensamiento liberal, que pone el acento en la economía de la salud buscando la eficiencia y la rentabilidad en los procesos, ha probado hasta ahora a nivel global ser capaz de resolver el problema de la equidad y la accesibilidad.

### **Nuevas fronteras en el conocimiento de la enfermedad mental**

En el albor del siglo XXI, podemos considerar algunas líneas emergentes que previsiblemente tomarán cuerpo en el futuro inmediato. Una de las ideas importantes es la de intervenciones precoces en la enfermedad mental. En la consideración clásica, la RPS se consideraba como una estrategia de prevención terciaria, que se activaba tras la constatación de la limitación de los esfuerzos terapéuticos. Pero en los últimos años, con la ampliación del foco de interés en el estudio de las enfermedades mentales más allá del estudio clínico de las situaciones con fenomenología psicopatológica positiva, se ha incluido el estudio de las etapas precoces de desarrollo de la enfermedad, y se ha encontrado que el proceso de enfermedad comienza mucho antes de lo que se pensaba, y mucho antes la aparición de los fenómenos clínicos positivos. Se ha descrito un proceso que comienza años antes de la eclosión de la enfermedad, con síntomas inespecíficos pero dificultades reales que ponen a la persona en situación de desventaja social. Se ha encontrado que suele existir regularmente un tiempo en el que la persona sufre fenómenos psicóticos pero éstos no son detectados ni tratados, y que la duración de ese periodo determina la aparición de un daño psicosocial potencialmente evitable con adecuadas estrategias de atención precoz. En la actualidad se evalúan distintas tácticas posibles de intervención precoz que, como todas las estrategias preventivas en medicina, tienen un gran potencial de coste-efectividad y de evitación de sufrimiento (Departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias de la OMS, 2004).

Paralelamente, estamos en el umbral de un tiempo en que nuestros conceptos sobre la enfermedad mental pueden cambiar notablemente. En las últimas revisiones de los manuales de criterios diagnósticos

DSM (Darrel, Regier *et al.*, 2009:645-650) se constata un progresivo agotamiento del modelo kraepeliniano sobre el que se basa. El proyecto DSM de encontrar “verdaderas” entidades nosológicas se desdibuja. La realidad muestra que los criterios diagnósticos se han comportado como descriptores clínicos que no han logrado revelar la relación buscada con criterios etiológicos o fisiopatológicos de las supuestas enfermedades. Para muchos, la evaluación del uso del DSM revela escasa consistencia y alta variabilidad de diagnósticos en el tiempo, multiplicidad de la comorbilidad, proliferación de subtipos de escaso interés (Burce *et al.*, 2013). Se ha producido una reificación de los diagnósticos; olvidando su dimensión de hipótesis de trabajo, éstos se han convertido en entidades cosificantes de quien los recibe, que aportan baja especificidad terapéutica. En Japón se ha abandonado el nombre esquizofrenia, por considerar que es estigmatizante, en favor de denominarlo “trastorno de la integración”.

### Determinantes sociales y prevención

Desde la Declaración de Río de Janeiro en 2003 (OMS, 2003) se alerta de la importancia sobre la salud de los *determinantes sociales* (y se exhorta a intervenir sobre ellos). Por determinantes sociales se entienden *las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen*; y se llama la atención sobre los diversos factores de ese entorno que determinan la salud. La OMS (2003) propone considerar dos áreas: la de *condiciones de vida* (que incluye entornos físicos saludables, trabajo decente, protección social a lo largo del ciclo vital, y acceso a atención sanitaria) y la *distribución del poder, dinero y recursos* (incluyendo la equidad en el acceso a los servicios, la equidad de género, el empoderamiento político y otros factores).

Al margen de que las consideraciones de este enfoque se superponen con muchas de las aspiraciones que se defienden desde nuestros tradicionales planteamientos de protección a las personas con enfermedad mental, el interés de mencionar los determinantes sociales sobre la salud mental y la RPS deriva del hecho de que no se trata de abstractas aspiraciones humanísticas, sino que se enfocan como

variables con impacto sobre la salud empíricamente demostrables y con consecuencias económicas evaluables. Se afirma que actuar sobre los determinantes sociales sería la forma más efectiva de promover la salud mental y prevenir las enfermedades mentales (Satcher *et al.*, 2013). Se proponen blancos estratégicos en ese sentido específico: invertir en programas para mejorar las condiciones de la gestación y el neurodesarrollo, combatir el uso de drogas durante el embarazo, promover hábitos saludables en la crianza como la lactancia materna, apoyar a las embarazadas adolescentes o limitar la exposición de los niños a la violencia.

## Bibliografía

- Burce, N. *et al.* (2013), “New directions in Diagnosis Research Domain Criteria and global mental health”, en Sorel E. (comp.), *21st Global Mental Health*, Washington, Jones&Bartlet.
- Darrel A., Regier *et al.* (2009), “The Conceptual Development of DSM-V”, *The American Journal of Psychiatry*, vol. 166, pp. 645-650.
- Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastrich (2004), “Prevención de los trastornos mentales”, Informe compendiado, Ginebra [[www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)].
- Eaton, J. (2010), “Report on GFCMH Mental Health Service Users Conference for West Africa”, *WAPR Bulletin*, vol. 28, diciembre [[www.wapr.org](http://www.wapr.org)].
- Farkas, M. (2007), “The vision of recovery today: what it is and what it means for services”, *World Psychiatry*, vol. 6, pp. 4-10.
- Fiorillo *et al.* (2010), “How to improve clinical practice on involuntary psychiatric admissions: suggestions from the EUNOMIA study”, *European Psychiatry*.
- Javed, A. (2012), “Trends in Psychosocial Rehabilitation in the World”, ponencia de clausura, XII Congreso Mundial WAPR, Milan.
- Organización Mundial de la Salud (2003), “La salud en el mundo”, informe [[www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf)].

- Javed, A., S. Farooq y N. Sayyed (2011), "Maintaining Recovery with the help of Microfinance in First Episode Psychosis: a Pilot Episode in Pakistan", *WAPR Bulletin*, vol 29, diciembre [www.wapr.org].
- Mental Health Act Commission (2009), "Coercion and Consent: monitoring the mental Health Act 2007-2009", Londres, The Stationery Office.
- Ministerio da Saúde do Brasil (2005), "Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil", Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília.
- Morris, J. (2011), Presentación de la revisión del Proyecto Atlas en la conferencia GAPmh para ONG en Ginebra, octubre, reseña en *WAPR Bulletin*, núm. 29, diciembre [www.wapr.info].
- OMS (2001), "Country profile: Arabia Saudi", Información aportada por la OMS el Día de la Salud Mental [www.emro.who.int/mnh/whd/CountryProfile-Saa.htm].
- (2003), "Declaración de Río de Janeiro sobre determinantes sociales de la salud [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\_political\_declaration\_spanish.pdf].
- Proyecto Atlas (2005) [www.who.int/mental\_health/evidence/atlas/en/].
- Rosental, E., C. Sundran (2004), "La importancia de los derechos humanos internacionales en la legislación nacional sobre salud mental", Ginebra, OMS [www.who.int/mental\_health/policy/legislation/en/WHO\_chapter\_hr\_spanish.pdf].
- Runciman, O., M. Seider y P. Jensen (2011), "Denmark: on the bumpy road to recovery orientation", *WAPR Bulletin*, vol. 29 [www.wapr.org].
- Satcher, D. *et al.* (2013), "The social Determinants of mental Health", en Sorel, E. (coord.), *21th Century Global Mental Health*, Washington, Jones and Bartlet Learning Ed.
- Slade, M. y M. Hayward (2007), "Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 116, pp. 81-83.
- Tomov, T. (2005), "Países del Centro y Este de Europa", en G. Thornicroft y M. Tansella (coord.), *La matriz de la salud mental*, Madrid, Tricastella.
- USPRA (2010), Carta de toma de posición de US Psychiatric Rehabilitation Association (USPRA) hacia el Plan Estratégico de la Substance, Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) [http://uspra.ipower.com/PublicPolicy/Position\_USPRA\_SAMHSA\_Strategic\_Plan.pdf].
- Vasak, K. (1977), "Human Rights: A Thirty-Year Struggle: the Sustained Efforts to give Force of law to the Universal Declaration of Human

- Rights”, *UNESCO Courier*, 30:11, París, United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization.
- Vargas, M.L. (2005), “Inserción residencial y enfermedad mental: un reto sociosanitario”, *Rehabilitación psicosocial*, FEARP [<http://www.fearp.org/revista/publicados/2/1.pdf>].
- Wagner, R. (2005), “Estados Unidos”, en G. Thornicroft y M. Tansella (coords.), *La matriz de la salud mental*, Madrid, Tricastella.
- WAPR, WHO (1996), *Psychosocial Rehabilitation, a Consensus Statement*, Ginebra, Division of Mental Health and Substance abuse, World Health Organisation [[www.wapr.info/WAPR\\_Documents\\_and\\_Statements\\_archivos/WHO\\_WAPR\\_ConsensusStatement\\_96.pdf](http://www.wapr.info/WAPR_Documents_and_Statements_archivos/WHO_WAPR_ConsensusStatement_96.pdf)].
- Wilkins R. y M. Marmot (ed.) (2003), *The Social Determinants of Health: The Solid Facts*, OMS-Europe.
- WHO, Report Mental Health (2001) [[www.who.int/whr/2001/en/](http://www.who.int/whr/2001/en/)].
- WHO Programa GAPmh version en español (2008) [[www.who.int/publications/list/9789242596205/es/index.html](http://www.who.int/publications/list/9789242596205/es/index.html)].
- World Association For Psychosocial Rehabilitation [[www.wapr.info](http://www.wapr.info)].

