

UNA HISTORIA DE LOCOS

Análisis de la enfermedad mental desde un punto de vista histórico

Iago Rodríguez Peña - 4º de Ciencias Biomédicas - Universitat Autònoma de Barcelona

Memoria del Trabajo de Fin de Grado – Proyecto de divulgación

Hace un tiempo me descargué una aplicación para aprender idiomas en el móvil. Aún iba por el nivel básico cuando en la lista de adjetivos apareció la palabra *loco*. Me llamó mucho la atención. ¿Realmente era una palabra tan necesaria para aquel nivel? Empecé a fijarme con más detenimiento en las conversaciones cotidianas y obtuve una respuesta. Sí, el *está loco* o *como una loca* estaban más presentes, si cabe, que el *es muy amable* o *qué bonita tu camiseta*. Parecía que saber decirlo en otro idioma era verdaderamente oportuno.

Lo primero que se nos viene a la mente cuando pensamos en un *loco* es una persona cuyo comportamiento se escapa de la norma, nos sorprende o nos cuesta entenderlo. Quizás a algunos les sugiera, incluso, algo más gráfico, seguramente influenciado por la literatura y el cine del siglo pasado: operaciones cerebrales, experimentos con corrientes eléctricas, edificios lúgubres con personas recluidas en su interior, científicos excéntricos..Al final, uno crea en su mente un escenario de película de terror. La cuestión es, ¿por qué esta visión?

Quizás la respuesta esté en que para el ser humano algo que no se entiende, da miedo y transmite inseguridad. Y al final, se estigmatiza como tal. Quizás todos estos escenarios del horror que nos imaginamos deberían entenderse como lo que fueron en realidad: una parte de la

trayectoria de la lucha del ser humano contra las enfermedades mentales.



Los trastornos de la conducta son una realidad que ha acompañado a nuestra especie desde los principios de su existencia, así como las dolencias de tipo somático. Todas las enfermedades tienen, por una parte, un componente biológico (alteraciones fisiológicas del cuerpo); y por la otra, un componente social (repercusión ambiental). El problema viene cuando, debido a su naturaleza, en las enfermedades psiquiátricas el límite entre estos dos componentes está más difuso. A lo largo de la Historia del Mundo Occidental, la comprensión del elemento biológico dependía del nivel de avance científico del momento. El conocimiento sobre los factores biológicos determinaba la percepción del componente social, el cual ha ido variando en función del contexto de cada época.

En las sociedades primitivas, se hablaba de posesión demoníaca y espiritualidad maligna, y se intentaba remediar mediante magia y otros rituales. Esta tendencia de interpretación mágico-religiosa de las enfermedades mentales estuvo presente desde las primeras civilizaciones hasta el Renacimiento. No obstante, durante este período hubo intentos de aproximarse a una interpretación más orgánica y científica de la psicopatología. Es el caso de la *Teoría de los humores* de Hipócrates (Antigua Grecia) y el establecimiento de tres categorías de trastornos: manía, melancolía y frenitis. Las tendencias hipocráticas se expandieron durante la época de Roma y posteriores, y estimularon a otros pensadores del momento a seguir haciendo nuevas aportaciones, tanto a la parte etiológica como al trato social que recibían estas personas.

La emancipación de la Iglesia como organismo de poder durante la Edad Media supuso una vuelta a la visión demonológica de la enfermedad mental. La Iglesia usó sus doctrinas como un arma sociopolítica de control y todo aquel que se desviase de ellas sería perseguido, exorcizado, torturado o condenado a muerte. Los enfermos mentales, pese a considerar que estaban poseídos en contra de su voluntad, no fueron siempre una excepción. El enfoque organicista también fue perseguido y cayó en manos de curanderos que no hicieron más que desvirtuar la realidad. Sólo la cultura árabe continuó el legado grecorromano y cuidó el trato hacia los enfermos mentales, ya que para esta cultura dichas personas habían sido elegidas por Alá para decir la verdad.

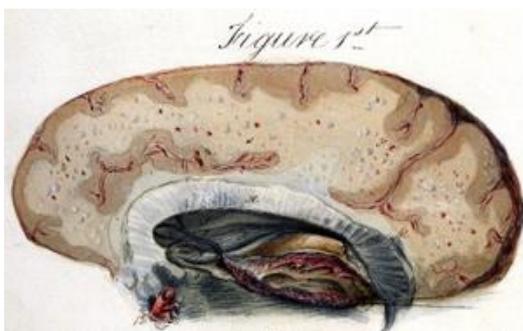
Con la llegada del Renacimiento a Europa, apareció una oleada de corrientes que rechazaban los postulados medievales sobre la brujería y lo demoníaco. Se basaban en teorías que pretendían ser científicas y que no supusieron un gran avance. Se empezó a tomar conciencia de la realidad del enfermo y hubo una creación en masa de espacios habilitados para su cuidado, aunque ya existían antaño. Comenzaba así la época de los manicomios.

No todos los manicomios seguían un mismo formato. En aquellos influenciados por las nuevas tendencias, pese haber sido aceptada su realidad como enfermos y no como seres poseídos, el trato que recibían no era mucho mejor. Chorros de agua fría, aislamiento, cadenas, períodos de hambre y sed... Este comportamiento inhumano hacia el enfermo se realizaba bajo el pretexto de que *eran como animales*, alimentado por el desconocimiento general, el miedo y la creencia de que era algo incurable. Sin embargo, en los centros regentados por órdenes religiosas, en lugares con influencia árabe y/o desconectados de las corrientes animalistas, el trato no poseía ese carácter vejatorio.

Durante el Siglo de las Luces, se retomó el interés por lo científico y lo racional, propiciando la concepción organicista de las todas las enfermedades, incluidas las psiquiátricas. Sería el preámbulo de las primeras corrientes biologicistas. Además, se empezaron a introducir principios humanitarios para tratar a los pacientes, con el fin de buscar un mayor respeto a su dignidad y a sus derechos. Esto implicó leves mejoras en el estado de algunos enfermos, lo que generó un cierto optimismo. Aun así, el ambiente de

los manicomios era caótico e insostenible, debido al poco rigor de la época para regular la entrada de pacientes. Al final, eran pocos los verdaderos enfermos mentales, que acababan compartiendo espacio con vándalos, vagabundos e indigentes.

El siglo XIX trajo consigo grandes cambios, avances y revoluciones a todos los niveles. En Psiquiatría, a medida que el cerebro iba dejando de ser un órgano tan desconocido, germinaba la esperanza de descubrir las estructuras y los mecanismos neurales implicados en la aparición de las enfermedades mentales. Surgió entonces la denominada **Primera Psiquiatría Biológica**, que trataba de asignar una localización precisa en el cerebro para cada tipo de trastorno, basándose en métodos de investigación sistemática. Se integraron las enfermedades mentales en el ámbito médico general, aunque seguía habiendo rechazo al diagnóstico debido a todos los prejuicios asociados.



El descubrimiento de la genética en esta época también dejó su huella en este campo. Mediante la observación de familias afectadas, se establecieron las *teorías hereditarias de la locura*, que expandía el estigma no sólo al enfermo, sino al resto de la familia. Había un componente hereditario en ciertos trastornos y en muchos de ellos se podía ver un fenómeno de anticipación

generacional; es decir, que la dolencia aparecía antes y con más intensidad en los nuevos individuos. Este suceso, que hoy en día se explica mediante la expansión de triplete de DNA y es conocido como anticipación genética, en aquel momento hizo aparecer el concepto de *degeneración*, el cual se extendió rápidamente por toda Europa y llegó a trascender fuera del ámbito psiquiátrico. Se llegaron a aplicar políticas que promovían una *higiene social*, ya que aquellos considerados como degenerados representaban un obstáculo o un peligro para la sociedad (influencia en el antisemitismo de Hitler). La idea de degeneración es un ejemplo de cómo la Psiquiatría se llegó a emplear para darle autoridad científica a unas preferencias culturales.

En la otra cara de la moneda, mientras los doctores y los científicos se centraban en el estudio biológico, los pacientes trataron de crear una escapatoria al yugo de la locura y la degeneración. Bajo el concepto de *enfermedad nerviosa*, justificada por la sobrecarga de trabajo y/o desequilibrios emocionales, uno podía librarse de los horribles prejuicios que el diagnóstico suponía.

La Primera Psiquiatría Biológica acaba sin llegar a entender la relación entre cerebro y comportamiento. Los psiquiatras adquieren una mala reputación, la disciplina abandona la concepción de lo orgánico tras su declive y deja paso a otras tendencias.

Con la llegada del siglo XX, empieza el auge de las corrientes que no defendían las causas somáticas de las enfermedades mentales, sino que creían que eran los

factores psicológicos del individuo y su ambiente los responsables de las cuestiones psicopatológicas. Desarrollaron técnicas como la hipnosis y la terapia verbal introspectiva para explorar a los pacientes. Se creó el sistema del **Psicoanálisis**, basado en gran parte en las teorías de Freud sobre el inconsciente.

El Psicoanálisis representa una pausa en la evolución del enfoque biológico entre el cerebro y la mente. También implica un desplazamiento de la práctica terapéutica desde los asilos psiquiátricos hacia las clínicas privadas. Este sistema de interpretación de los trastornos mentales se alza con el monopolio de la Psiquiatría durante la primera mitad del siglo XX. No obstante, pronto aparecen las críticas, puesto que las teorías freudianas se centraban en el desarrollo sexual durante la infancia, dejando de lado otras etapas y otros aspectos no-sexuales. Muchos de los simpatizantes del Psicoanálisis eran judíos, por lo que, con el estallido de la Segunda Guerra Mundial, comienza la decadencia europea de este sistema y se exilia junto con sus practicantes a América. Si bien hasta entonces la Historia de la Psiquiatría sólo se había focalizado en las psicosis y en los trastornos mayores, durante esta época americana se crea un interés hacia las alteraciones psicopatológicas menores, como las neurosis.

Coetáneamente al Psicoanálisis en Europa (1900-1950), ante la infructuosa batalla entre psiquiatras ineficientes y psicoanalistas no resolutivos para todo, se crea un movimiento que trata de hallar alternativas eficaces, evitando elegir entre el paradigma neurobiológico o el psicosocial. En consecuencia, muchas

terapias aplicadas fueron decisiones desesperadas, que a posteriori suscitaron grandes críticas y estigmatizaron la disciplina psiquiátrica.

De esta época son los intentos de curar la neurosífilis con sangre de enfermos de malaria para provocar altas fiebres, el uso de drogas sedativas que eran eficaces a cambio de generar narcosis y grandes adicciones y el afán por producir shocks en los pacientes que, pese a la ausencia de pruebas empíricas, parecían funcionar. Primero se inyectaba insulina para lograr las convulsiones y el posterior coma en el paciente. Después, el método se sofisticó, induciendo descargas eléctricas en el cerebro del enfermo: el afamado electroshock. Se observó que no curaba la esquizofrenia, pero sí que le otorgaba al paciente un gran alivio y le permitía hacer vida medianamente normal. Los psicoanalistas se posicionaron en contra de esta terapia; los psiquiatras, más a favor. Durante las décadas posteriores, hubo una gran hostilidad hacia el electroshock, ya que se consideraba inútil y peligroso para el cerebro, e incluso se veía como un castigo, por asociación con la silla eléctrica. Lo que al final se consiguió instaurar por su efectividad demostrada fue su aplicación como tratamiento para algunos casos de depresión.



También es de esta época la tan sonada lobotomía. Esta operación de psicocirugía

consistía en seccionar algún lóbulo del cerebro, supuesto causante de la enfermedad. Generaba un alivio en el paciente, pero le privaba de juicio y de habilidades sociales. Además, se estipuló que aquellos que realmente se curaban, podrían hacerlo en la clínica con un poco más de tiempo y sin sufrir cambios irreversibles en la personalidad. Pese a su insostenibilidad por razones éticas, fueron muchos los pacientes que se sometieron a estas prácticas durante esta época. Para acabar, otra de las propuestas fue la Psicología Social y Comunitaria. Ésta defendía que eran el ambiente y las malas relaciones entre las personas las que tenían un papel relevante en la causa de las enfermedades. Esta corriente psicológica trató de desestigmatizar, de promover los cuidados comunitarios y de organizar terapias en grupo. Representaba una alternativa tanto al psicoanálisis de los ricos y como al custodialismo institucional de los pobres.

A partir de mediados de siglo, el Psicoanálisis pierde fuerza, entra en decadencia y se ve desplazado como paradigma dominante por la **Segunda Psiquiatría Biológica**. Esta corriente retoma el legado de la Primera Psiquiatría Biológica con el respaldo de una ciencia mucho más avanzada; vuelve al enfoque médico y biológico y argumenta que las enfermedades psiquiátricas mayores son el resultado de un desorden en la química cerebral. Defiende la psicoterapia desde el punto de vista de la relación médico-paciente, no desde el trabajar el inconsciente.

Toda la labor de los expertos durante este tiempo fue buscar evidencias que demostrasen sus teorías. La primera de

ellas se basó en los estudios genéticos, alejados de aquel error de sus antepasados sobre la degeneración. Con la genética mucho más avanzada, se hicieron estudios de gemelos que proporcionaron resultados sorprendentes: más de un 50% de concordancia para la esquizofrenia en gemelos monocigóticos y un 15% en dicigóticos. Estas evidencias sirvieron para dar soporte a la existencia de un sustrato orgánico detrás de enfermedades como la esquizofrenia y el trastorno bipolar. En el 1995 se localizaron cromosómicamente algunos de los genes implicados en estas alteraciones.

Tras el descubrimiento en 1921 de la acetilcolina como primer neurotransmisor, la psicofarmacología comenzó a avanzar a pasos agigantados. En 1954 se comercializó la clorpromazina, primer fármaco realmente eficaz contra la psicosis. Los pacientes perdían su agitación pero no su consciencia, a diferencia de las sustancias previamente administradas. A la larga se observaron efectos secundarios que afectaban a las capacidades motoras de los pacientes. Este fármaco, clasificado como neuroléptico o antipsicótico, supuso una gran revolución en la Psiquiatría, así como lo fue la penicilina para la Medicina General en su momento. No curaba, pero apaciguaba los principales síntomas psicóticos y permitía a los enfermos llevar vidas relativamente normales. Para los pacientes maniacodepresivos, se descubrió que el litio conseguía reducir los síntomas.

La revolución psicofarmacológica inevitablemente también trajo consigo problemas. Gente que consumía sin padecer ninguna enfermedad, fármacos

que resultaron presentar alta toxicidad y otros que se acabaron convirtiendo en drogas de abuso. Durante este tiempo, las nuevas sustancias se iban testando directamente con pacientes; a algunos les hacía efecto, pero otros sufrían graves secuelas.

Todo este avance no hubiera sido posible sin el desarrollo de las neurociencias. Conocer las bases moleculares de cada enfermedad era crucial para diseñar el mecanismo de acción de los fármacos. Así pues, las psicosis se relacionaron con la dopamina, la depresión con la serotonina y la demencia con la acetilcolina. La neuropatología propuso los daños en el tejido neural como otro aspecto a tener en cuenta; las lesiones sufridas durante el desarrollo intrauterino del individuo podían provocar cierta susceptibilidad a sufrir una enfermedad mental. Por tanto, no sólo habría un componente genético en los trastornos, sino que también podrían influir otros factores no genéticos.

El progreso de la Psicofarmacología proporcionó una mejora de la calidad de vida de las personas enfermas. Sin embargo, también acarrió la pérdida de cuidado al paciente y la sobremedicación; esto motivó la aparición del **Movimiento Antipsiquiátrico** a partir de los años 60, que mitificó en gran parte la Psiquiatría. No fue sólo una reivindicación por cuestiones médicas, sino que también adquirió un carácter político y social. Defendían que la Psiquiatría se había convertido en un arma autoritaria de control de la sociedad y que había grupos de intereses detrás. Sus argumentos decían que las enfermedades psiquiátricas no eran de naturaleza médica, sino que eran un constructo

social, político y legal. Es decir, se le colgaba la etiqueta de paciente psiquiátrico a todos aquellos que se desviaban de la norma que marcaba la sociedad, ya que el sistema era incapaz de hacer frente a esta desviación. Al igual que la Psicología Comunitaria, la corriente antipsiquiátrica también buscaba la destrucción del manicomio como institución y la inclusión de los pacientes en la comunidad, hecho factible gracias a la aparición de los psicofármacos.

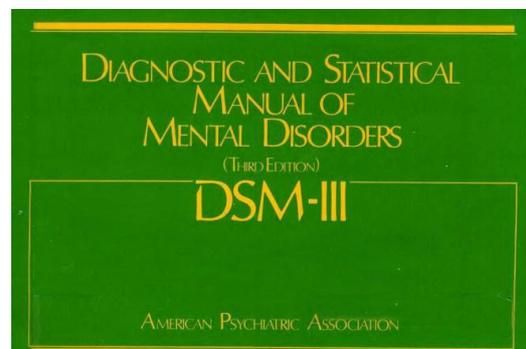
Se podría decir que el pensamiento biologicista consiguió que la Psiquiatría fuese considerada como una especialidad más en la Medicina, aun sin olvidarnos de los matices culturales de los que va acompañada, además de la desconfianza en torno al diagnóstico y las reticencias a los desastres del pasado. Lo que sí que ha quedado claro es que se pueden establecer diferencias entre las enfermedades *mayores* y las *menores*. Las primeras tienen una base teórica asentada y son interpretadas a través de la neurociencia, como la esquizofrenia. Las segundas son las relacionadas con la aflicción cotidiana, forman parte de los rasgos de personalidad de mucha gente y en las que hay un importante componente cultural y social más allá de lo biológico, que también está presente. Es decir, sus causas etiológicas están mucho más difusas. Serían, por ejemplo, los trastornos de ansiedad.

A partir de los años 70, la angustia anímica empezó a definirse en términos psicológicos, no médicos. Este cambio fomentó la búsqueda de terapias para las alteraciones menores, implicando que la Psicología le ganase mucho terreno a la

Psiquiatría. En consecuencia, la Psiquiatría expandió los límites de su diagnóstico al máximo: si a los problemas que antes se consideraban del día a día les colocaban la etiqueta de *patológico*, se otorgaban a ellos mismos el derecho de poder tratarlo y competir contra los psicólogos. El descenso del umbral de diagnóstico implicó directamente un aumento de la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y, por ende, un aumento de la demanda de necesidades terapéuticas. Bajo este contexto se creó el concepto de "cuidado de la salud mental", donde ya no sólo ejercían los psiquiatras, si no también otros profesionales, como los psicólogos y los trabajadores sociales.

En toda enfermedad el diagnóstico es un elemento necesario para decidir si algo es patológico o no. El diagnóstico en Psiquiatría difiere del resto de especialidades porque está basado en síntomas y no en causas. Éste ha evolucionado a medida que lo hacía la Psiquiatría. En los años 50, había diferentes nombres para las mismas realidades en función de localización geográfica. Esta falta de sincronización originó la necesidad de establecer un diagnóstico orgánico. En el 1952 aparece la primera versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I) de la *American Psychiatry Association*, que presenta gran influencia de los psicoanalistas y es sometido a críticas por su falta de especificidad. El DSM-II (1968) también sigue siendo bastante rudimentario. En 1980, se publican el DSM-III y, posteriormente, su revisión (DSM-III-R, 1987), que incluyen un total de 297 trastornos. La información está mucho más detallada, es acorde al avance de las neurociencias del momento

y ocasiona una gran influencia a nivel mundial. Pero, ¿es realmente válido para considerarse universal? Es aquí donde entra el factor sociológico de la Psiquiatría. Hay tener presente el contexto en el cual se redacta el DSM: mayoría de hombres blancos heterosexuales del primer mundo. El DSM es un manual útil pero etnocéntrico. Por ejemplo, hablar de anorexia en África no tiene cabida. En India, el DSM debería constar de un apartado especial que hablase de la posesión demoníaca. Aquí se manifiesta la dualidad del diagnóstico psiquiátrico: por una parte, una necesidad médica cuyas intenciones son definir las enfermedades mentales y garantizar un tratamiento a sus pacientes; por otra, un arma social que trata de cubrir preocupaciones culturales, determinando lo que es aceptable por la sociedad y lo que se puede tachar de patológico.



No es de extrañar que el DSM y el consenso psiquiátrico se hayan visto cuestionados por diferentes grupos de interés que, mediante organización política y legal, han reivindicado modificaciones del manual para lograr cambios a nivel social. Así como la homosexualidad estaba incluida en el DSM-II, las grandes protestas por parte del colectivo lograron que en 1973 dejase de considerarse un trastorno mental, aunque la Organización Mundial de la Salud no la retiró de su Clasificación

Internacional de Enfermedades hasta 1990. Los grupos feministas lucharon para que el trastorno de personalidad autodestructiva, asociado sobre todo a mujeres, fuese retirado del DSM en 1994. Los veteranos americanos de la guerra de Vietnam se vieron desamparados de vuelta en su país y reclamaron que sus síntomas se introdujesen en el manual, para poder ser así atendidos bajo una justificación médica. En el 1978 se incluyó en el DSM el trastorno por estrés post-traumático. ¿Quería eso decir que el miedo que sufrían los niños con las historias o las películas debería a partir de ahora considerarse como PTSD?

También aparece conflicto social con la psicofarmacología, sobre todo en el campo de los fármacos para trastornos menores. En los años 50 aparecieron los primeros tranquilizantes, conocidos como *pastillas de la felicidad* ya que reducían los síntomas de la ansiedad y del estrés, algo a lo que la población occidental se veía expuesta frecuentemente. Las empresas farmacéuticas intuyeron el beneficio subyacente y comenzaron *la carrera de los sedantes*. En 1958 apareció la primera benzodiazepina; y en 1963 el diazepam, comercializado como *Valium*. Éste no generaba una sedación profunda y permitía hacer llevar una vida corriente, por lo que se empezó a utilizar como fármaco de rutina y ganó mucha popularidad en muy poco tiempo. Como ya hemos visto en otros casos, ante la disponibilidad de un tratamiento efectivo, se propició un mayor reconocimiento de la enfermedad, que a su vez retroalimentaba los beneficios en el mercado. Pronto aparecieron los problemas derivados de la obsesión por recetar y consumir *Valium*: adicción y

agravamiento de síntomas. Algo parecido le ocurrió al alprazolam, usado también para el pánico y la ansiedad.

En el caso de la depresión, su incidencia y su prevalencia se incrementaron tanto que se llegó a elucubrar que el primer fármaco efectivo tendría un impacto similar al que tuvo la aspirina en su momento. Éste llegó en 1958: la imipramina, un antidepresivo tricíclico que provocaba ciertos efectos secundarios. Posteriormente, la industria farmacéutica desarrolló los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que aparte de no tener efectos adversos, se asociaban también con la pérdida de peso. La fluoxetina se comercializó en 1990 bajo el nombre de *Prozac* y fue un éxito absoluto en el mercado.



Poco a poco, tras todas estas circunstancias históricas, las condiciones psiquiátricas comenzaron a ser aceptadas por el público. La posibilidad de tratamiento trajo consigo los inicios de la desestigmatización y la normalización como otro tipo de enfermedad más. La cuestión no fue que la gente se volviese más transigente, sino que los síntomas estaban menos visibles: la psicofarmacología había triunfado, así como la psicoterapia y la reinserción social. Ahora, el objetivo que debemos lograr como sociedad es la otra parte: tolerancia, visibilidad, aceptación e inclusión en sí mismas,

independientemente de los síntomas que se puedan manifestar.

En resumidas cuentas, la Historia de la Psiquiatría ha sido una sucesión de diferentes corrientes y formas de interpretar y gestionar una misma realidad. No debemos tomarlo como una batalla, una antítesis, un blanco y un negro; sino como una evolución, donde cada una de las partes ha contribuido. Y al final, organizando todas estas aportaciones bajo un sentido crítico, deberíamos estar más cerca de entender las enfermedades mentales y considerar todos sus múltiples factores: el componente biológico explicado orgánicamente, la psicología personal de cada individuo y el ambiente social que le rodea.

La Historia muestra la relevancia del progreso científico: cómo a medida que se entendía mejor el cerebro y su funcionamiento, más respuestas se podían obtener. A día de hoy, aún hay mucho por hacer por parte de la ciencia, además de combatir cierto cientifismo

creado en torno a los trastornos mentales. Las neurociencias necesitan seguir avanzando, para aumentar el conocimiento y proporcionarle a la Psiquiatría mejores herramientas de prevención y tratamiento.

Pero también a la sociedad le queda mucho camino por andar, y para ello debe poner en marcha todos sus instrumentos: medios de comunicación, campañas de salud pública y políticas sociales sobre concienciación. Hay que eliminar los estigmas. Que padecer una enfermedad de esta índole no tenga que ser en secreto. Que las personas que con estos trastornos no están poseídas ni son seres agresivos fuera de control. Que las estadísticas apuntan a que cada vez son más personas las afectadas: es una realidad que vive entre nosotros, que existe y no podemos dejar de lado. Al final, como ya sabemos, las circunstancias sociales también repercuten directamente en el enfermo. Y si el ambiente muestra hostilidad hacia él, de ninguna de las maneras eso será un punto a favor.

ACCIONES DE DIVULGACIÓN

- Charla con Powerpoint en 3 clases de Biología de 3º de la ESO en el IES Pere Calders de Cerdanyola.
- Entrada en el Blog sobre Salud Mental de la UAB. Enlace [aquí](#).

BIBLIOGRAFÍA

1. Shorter E. A History of Psychiatry: from the Era of the Asylum to the Age of Prozac. New York: John Wiley & Sons; 1997.
2. Wallace E, Gach J. History of psychiatry and medical psychology: with an epilogue on psychiatry and the mind-body relation. New York: Springer; 2008.
3. Micale M, Porter R. Discovering the history of psychiatry. New York: Oxford University Press; 1994.
4. Bastide R, Suárez A. Sociología de las enfermedades mentales. México, D.F.: Siglo Veintiuno; 2005.
5. Avison W, McLeod J, Pescosolido B. Mental health, social mirror. New York: Springer; 2007.
6. Novella E. Cinco variaciones y una coda sobre la historia cultural de la psiquiatría. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2014;34(121):97-114.
7. Sarin A, Jain S, Murthy P. Turning the pages, or why history is important to psychiatry. Indian J Psychiatry 2018;60:174-6.
8. Home | psychiatry.org [Internet]. Psychiatry.org. 2018 [cited 26 February 2018]. Available from: <https://www.psychiatry.org/>
9. Duffin, J. History of Medicine: A Scandalously Short Introduction. 2nd ed. Toronto, Buffalo, London: University of Toronto Press; 2010.
10. McNally, R. What is mental illness?. Cambridge, Massachusetts, and London, England: The Belknap Press of Harvard University Press; 2011.
11. Miles, A. The Mentally Ill in Contemporary Society: A Sociological Introduction. Oxford: Martin Robertson; 1981.
12. Davies, M. The Oxford handbook of philosophy and psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2013.
13. Barquín C., M. Historia ilustrada de las Ciencias de la Salud. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1989.
14. Sandín, B. DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2013;18(3):255-286.
15. Drescher J. Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. Behavioral Sciences. 2015;5(4):565-575.

Las imágenes que aparecen en este artículo han sido obtenidas de *Google Images*.