

SALUD MENTAL Y PODER

Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad

Mental health and power A strategic approach to mental health activities in the community

Rubén Oscar Ferro¹

1 Médico Cirujano, Especialista en Psiquiatría, Magíster en Salud Pública. Director del Instituto de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública y Coordinador de la Maestría en Salud Mental de las Facultades de Psicología y de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. E-mail: rubenferro@hotmail.com

“La década del salto hacia adelante: por un continente sin manicomios en el 2020”.
OPS/OMS. Panamá, 2010¹

Introducción: Una propuesta surgida de nuestra experiencia

Con el advenimiento de la democracia, surgieron en 1984 las actividades en Salud Mental en la Escuela de Salud Pública de Córdoba, con el fin de realizar la formación en gestión de sistemas de Salud Mental de las conducciones provinciales. Se necesitaba implementar el Informe Final sobre la Asesoría en Salud Mental dado por la OPS/OMS en la persona del Dr. Mauricio Goldenberg, llamado *“Lineamientos para un Plan Nacional de Salud Mental”* (Goldenberg, 1984), que la Dirección Nacional de Salud Mental bajo la conducción del Dr. Vicente Galli (1986), había comenzado a ejecutar. Esas son las bases conceptuales, líneas de acción y recomendaciones que seguimos desde entonces (Ferro, 1989). La recientemente aprobada Maestría en Salud Mental representa un hito de fundamental importancia en ese camino (Levay, 2008).

Los días 7 y 8 del octubre de 2010 se realizó en la ciudad

Trabajo recibido:
15 octubre 2010
Aprobado: 10 nov. 2010

1 Lema del “Consenso de Panamá” documento final de la Conferencia Regional de Salud Mental “20 años después de la Declaración de Caracas”. (OPS/OMS) Panamá, 7 y 8 de octubre de 2010.

de Panamá la *Conferencia Regional de Salud Mental “20 años después de la Declaración de Caracas”* (OPS, Panamá, 2010), con la participación de los representantes de salud mental de todos los gobiernos de las Américas, delegados de organizaciones defensoras de los Derechos Humanos, organizaciones no gubernamentales (ONGs) y centros colaboradores de la OPS/OMS, así como también usuarios de los servicios de salud mental y familiares, con el objeto de establecer las directrices necesarias para implementar la Estrategia y Plan de Acción Regional en Salud Mental (2011-2020), que ofrece claras y viables guías y pautas para enfrentar la problemática de la salud mental. Sus propósitos son fortalecer la respuesta del sector salud mediante la ejecución de intervenciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en el campo de la salud mental en la comunidad con el objeto de eliminar las brechas financieras, de tratamiento, de formación y de información. Se cerraron las deliberaciones con la lectura del documento llamado “*Consenso de Panamá*”, que tiene como lema: “*La década del salto hacia adelante: por un continente sin manicomios en el 2020*”.

La *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental para el decenio 2011-20* fue aprobada en octubre de 2009 por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) -integrado por todos los Ministros de Salud de las Américas-, y comienza con una clara definición de la problemática de la Salud Mental: “*Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento que en los países con ingresos bajos y medio bajos es superior al 75%. El estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación*” (OPS, 2009). Para reducir la brecha en los tratamientos, el estigma, la exclusión social y la violación de los derechos humanos en el campo de la salud mental, hoy se hace más urgente que nunca: “*Desmanicomializar*”.

El que con mayor claridad de síntesis ha planteado las razones por las cuales se hace necesario cerrar los manicomios si se quiere dar una respuesta integral a la problemática de la salud mental en la comunidad ha sido Benedetto Saraceno (OPS, 2007), quien afirma que “*los cuatro argumentos para el enjuiciamiento a la asistencia en el hospital mental son: 1) el ético-jurídico: violación de los derechos humanos; 2) el clínico: se cronifica un desorden; 3) el institucional: relaciones de sumisión y violencia física y afectiva; y 4) el económico: bajísima costo-efectividad*”.

Partiendo de los lineamientos de la *Declaración de Caracas* (OPS, 1991), integramos el cuerpo teórico-operativo de una teoría Estratégico-Genealógica del Poder con dos esquemas operatorios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS): las “*Diez Recomendaciones Generales para la Asistencia en Salud Mental*” (OMS, 2001) -descriptas por Itzhak Levav como una prioridad de la salud pública (Levav, 2003) -, y la “*Pirámide Marco de Servicios de Salud Mental de la OMS*” (OMS, 2005). A partir de ellos elaboramos una matriz para la acción en salud mental en la comunidad que tiene en cuenta la red de poderes que interactúan tanto a nivel estatal, institucional, como de las prácticas, y que va más allá de los servicios asistenciales incluyendo la autoorganización de la comunidad y el autocuidado personal. Todo esto permitiría *Superar las brechas en salud mental* existentes en el campo de la asistencia como lo propuso la OMS (2008). Asimismo, siguiendo a Mario Testa (1995) a Michel Foucault (1990), a uno de sus continuadores, Nikolas Rose (1996), y a la teoría estratégico-genealógica del poder para gobernar el presente, elaboramos un esquema del necesario *Empoderamiento Tecnológico para el Autocuidado en Salud Mental*, a través de las tecnologías de poder, de producción y de construcción de saberes para el fortalecimiento integral de los sujetos.

Con estos aportes teórico-operativos buscamos acompañar a los trabajadores de salud mental y a la comunidad en general para que, involucrando su propia realidad, puedan recrearse como sujetos singulares y creativos, socialmente solidarios, éticos, científicos y

esencialmente prácticos, capaces de adoptar las decisiones estratégicas que la situación de la salud mental de Sí mismo, de los grupos y de las comunidades requiere. Como dice Silvina Malvárez (2002): “Pensar y actuar de esta manera implica posicionarse para la acción sanitaria y social de un modo distinto y esencialmente pro-activo, que considera como categoría central al poder en sus formas cotidianas -tanto política, técnica como administrativa-, en función de las cuales, determinada situación de salud es como es”.

En nuestro trabajo *Formación de Recursos Humanos en Salud Mental en la Comunidad*, (Ferro, 2009) formulamos una propuesta conceptual y operativa -basada en el Pensamiento Estratégico sobre el Poder-, que busca no sólo sustituir el paradigma asistencial-biologicista, sino también aportar una propuesta de acción integral que vaya más allá de los servicios asistenciales formales y permita la actuación en los servicios informales (organizaciones solidarias) y el autocuidado en salud mental. En ese texto decimos que: “La inclusión de la categoría poder en el análisis de la situación sanitaria, de las concepciones y de las prácticas de salud mental se originó a partir de los aportes teóricos del Pensamiento Estratégico de Mario Testa (Testa, 1989). Este autor planteó que la salud es una cuestión social y, en cuanto tal, política; en consecuencia, estructurada, condicionada y dinamizada por relaciones de poder, tanto entre sujetos, grupos, comunidades y países como en sus interiores. Este enfoque pragmático permite al trabajador de salud mental actuar en la comunidad desestimando acciones que involucren al hospital psiquiátrico tradicional, con su característica e histórica ineficiencia, alto costo y habitual violación de los derechos humanos”.

Marco conceptual y operativo estratégico

La célebre “Declaración de Caracas” (OPS/OMS. Caracas, 1991); la investigación *Salud Mental en el Mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajo ingreso* (Desjarlais et al, 1997); la Resolución de la ONU, *Principios para la Protección de las Personas con Trastornos Mentales y la mejora de la atención en Salud Mental* (ONU, 1991); la *Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas*. (OPS/OMS. Brasilia, 2005) y la *Conferencia Regional de Salud Mental “20 años después de la Declaración de Caracas”* (OPS/OMS. Panamá, 2010), fueron algunos de los documentos, investigaciones y encuentros que trataron de dar respuesta al gran desafío de la Salud Mental en la Comunidad.

Los textos *Temas de salud mental en la comunidad* (Levav, 1992); *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos* (Caldas de Almeida-Torres González, OPS, 2005), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (Rodríguez, Kohn, Aguilar-Gaxiola, edits. OPS, 2009) y el recientemente publicado *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda edición. (Rodríguez, Malvárez, González y Levav, edits. OPS, 2009), son todos escritos de necesaria consulta actual.

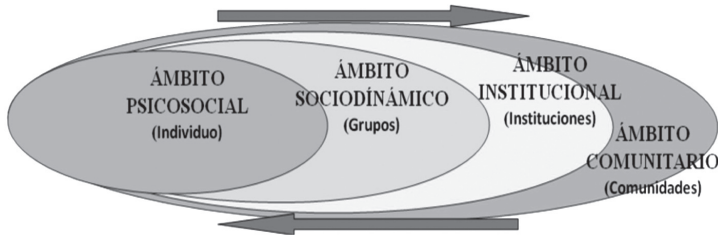
La Organización Mundial de la Salud produjo el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas* (OMS, 2001), donde llama la atención sobre la creciente carga mundial de los trastornos mentales y establece las “Diez Recomendaciones Generales” para la Atención en Salud Mental, y muy recientemente, ha lanzado el *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. mhGAP*. (OMS, 2008). A estos documentos de la OPS/OMS tenemos que agregar el amplio y diverso material e informes producidos por las instituciones nacionales, provinciales y municipales en salud mental en diversas regiones de Latinoamérica, en especial el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de Chile y el Plan Nacional de Salud Mental de la República Federativa de Brasil y su gran Movimiento Nacional de Lucha Antimanicomial, cuyas metodologías y estrategias para el abordaje de la salud mental en la comunidad son referencias ineludibles.

Notas teóricas para la acción en salud mental en la comunidad

Pensar la salud mental en la comunidad requiere integrar el pensamiento individual con el social, el clínico con el epidemiológico, pasando del pensamiento lineal al pensamiento

complejo. Como ya lo hemos dicho, el desafío más importante es revisar los paradigmas y las conceptualizaciones universales y devolver la salud mental al seno de la sociedad.

En el campo de la salud mental, el cambio de paradigma fue enfrentado en la Argentina por autores como Enrique Pichon Rivière en *Psicología Social* (1974) y Mario Bleger en *Psicología Institucional* (1969). Estos autores realizaron una división cuatripartita de los ámbitos del desarrollo humano: campo psico-social (Individuo); campo socio-dinámico (Grupo); campo institucional (Instituciones) y campo comunitario (Comunidad). Esta clasificación continúa siendo de utilización corriente en todos los desarrollos de Psicología y Psiquiatría Social y Comunitaria.



Sin lugar a dudas, a esta división de los ámbitos del desarrollo humano hoy habría que agregar uno nuevo y de surgimiento reciente que, según Pierre Lévy (2004) es el Ciberespacio.

Otro texto pionero sobre el abordaje diferenciado de los problemas de salud mental fue *Enfermedad mental en la comunidad* (Goldberg y Huxley, 1980), donde los autores analizan la problemática de la enfermedad mental a través de cinco niveles y filtros según la prevalencia: Nivel 1: la comunidad, con una morbilidad de 25% - 35%; Nivel 2: los estudios de morbilidad psiquiátrica en los pacientes que asisten a los médicos de atención primaria, que es del 22%; Nivel 3: pacientes que asisten a los médicos de atención primaria identificados como “psiquiátricamente enfermos”, con una morbilidad del 10%; Nivel 4: pacientes que asisten a los psiquiatras en clínicas ambulatorias, cuyo total representa el 4% y Nivel 5: pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos y hospitales mentales, cuyo total es de 0.5%.

“El Iceberg de la Salud Mental”.



El texto mencionado señala, al igual que la mayoría de los estudios epidemiológicos, que la presencia de sintomatología psiquiátrica se expresa entre el 15% - 25% del total de la población. Estudios de referencia como el realizado en el 2005 por Saraceno y colaboradores, llamado “*Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública*” (2005) y el ya mencionado “*Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*” (Rodríguez ed. OPS, 2009) son coincidentes con esas cifras. Esto se expresa a través de una imagen que podríamos llamar “*El Iceberg de la Salud Mental*” –como lo explica Diana Shye en

su trabajo sobre *Autocuidado en Salud Mental*-. En este Iceberg, un 80 % de la población se encuentra con diferentes grados de sufrimientos psíquicos no clasificados y, generalmente, no asistidos en servicios oficiales, ya que son resueltos por la propia comunidad o por el autocuidado –es decir, permanecen desconocidos por las políticas y planes en salud mental y, por lo tanto, no se les asigna ningún presupuesto-. En la punta del iceberg, o sea sólo el 0,5 % de la población demandante de asistencia, están las personas que utilizan el hospital

psiquiátrico. Esta es la paradoja presupuestaria del poder manicomial ya que el manicomio se lleva el 90 % del presupuesto de salud mental. Referencia importante en epidemiología de la Salud Mental en la Comunidad son los trabajos de Naomar de Almeida-Filho.

Un texto precursor sin lugar a dudas, *Temas de salud mental en la comunidad* (Levav, 1992), promueve precisamente el desplazamiento de la atención de la salud mental desde el hospital psiquiátrico a la comunidad, planteando el siguiente esquema piramidal de distribución de funciones: 1) autocuidado; 2) grupos de autoayuda; 3) líderes comunitarios; 4) promotores de salud; 5) enfermeras; 6) médicos generales; 7) otros servicios de salud y 8) servicios especializados. Fue tan importante este trabajo que hubo que reimprimirlo en varias oportunidades. En el año 2009, la OPS decide generar una segunda edición a cargo de Jorge Rodríguez, Silvina Malvárez, René Gonzáles e Itzhak Levav. Más de cuarenta autores aportaron diferentes perspectivas, resultando un texto de lectura imprescindible para el abordaje de la Salud Mental en la Comunidad.

Una experiencia paradigmática de “Salud Mental en la Comunidad” en la Argentina es la de la Provincia de Río Negro con la *Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental* de 1989, que prohíbe el manicomio y el uso del electroshock en todo el territorio provincial. Inspirados en la Ley 180 de Franco Basaglia (1970/74), en Italia, y en la experiencia de otros países vecinos -como Brasil con la *Ley Paulo Delgado*, 1989-, que legislaron sobre la internación manicomial. En este sentido, hemos acompañado y conocemos los desarrollos en Salud Mental Colectiva en Río Grande do Sul en Brasil, liderados por Sandra Fagundes (1992) y la extraordinaria reforma asistencial en todo Brasil en los últimos diez años con un abordaje intersectorial y con un lema: “*Para Além da Saúde Mental*” (Delgado, 2011)

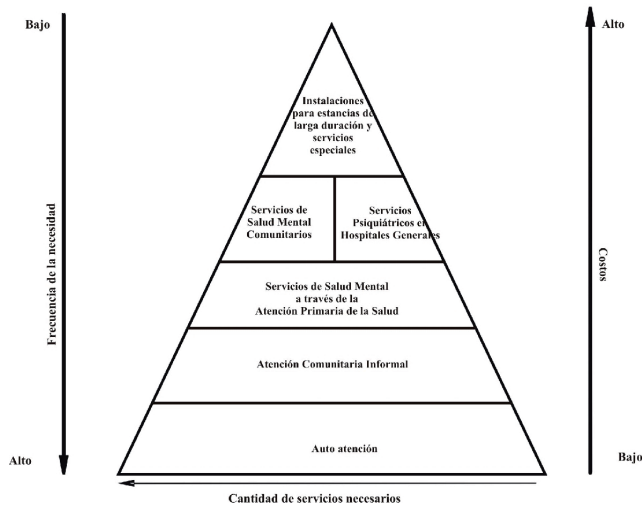
La Pirámide Marco de Servicios de Salud Mental de la OMS.

Para poder implementar las *Diez Recomendaciones Generales* del ya citado *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001*, la OMS elaboró “*La Pirámide Marco de la OMS*” (WHO, 2005) donde muestra la combinación óptima de los servicios de salud mental. Los niveles en los que se debería hacer hincapié son el auto-cuidado, los servicios informales (organizaciones solidarias) de salud mental basados en la comunidad y los servicios de salud mental proporcionados por el personal de la atención primaria de la salud. Luego siguen los servicios formales de salud mental basados en la comunidad, los servicios psiquiátricos basados en hospitales generales y, por último, en el vértice de la pirámide, los servicios especializados de salud mental.

Definiendo la salud mental.

La definición de la salud mental es un problema recurrente y lo seguirá siendo mientras se continúe esperando una cristalización del concepto para su aplicación

Figura 1. Combinación óptima de los Servicios de Salud Mental: La Pirámide Marco de la OMS



permanente y totalizante. La dificultad para conceputar la salud mental está en su misma esencia: siendo su materia oriunda de las ciencias sociales, sus determinantes y condicionantes se deben buscar en el campo político, económico y social y no sólo en el biológico o psicológico, como comúnmente ocurre. Uno de los grandes debates en el campo de la lógica acerca de la Salud/Enfermedad Mental está sintetizado en el título del texto de Ian Hacking (2001): *Locura: ¿biológica o construida?*.

Los tres grandes obstáculos que impiden la conceptualización de la salud mental son: 1) El paradigma racional-biologicista del problema-solución, que lleva a las falsas dicotomías salud/enfermedad, médico/paciente y enfermedad/curación; 2) la referencia a la salud mental como un problema centrado exclusivamente en el campo individual, intra-psíquico y patológico, que excluye los problemas relativos a las causas sociales; 3) la descontextualización de los estudios sobre la salud mental respecto al campo de ocurrencia de los fenómenos sociales.

Desde una perspectiva social y política, *“concebimos a la salud mental como una creación social y humana, como un modo de vida, un modo de estar en comunidad surgido en una sociedad determinada y un modo activo de estar en el seno de ésta. Por lo tanto, su conocimiento no podrá limitarse sólo al proveniente de las ciencias de la medicina o de la psicología, sino que serán las ciencias o, mejor dicho, los conocimientos de una sociedad en toda su amplitud, los que deberán abordar la comprensión de la salud mental por medio de las circunstancias sociales que la determinan y del medio social en donde se produce y que la condiciona”* (Ferro, 2004).

El poder como constructor de sujetos

Para Ana Dinerstein (1999), históricamente se han desarrollado sobre la subjetividad cuatro corrientes de estudio: *“1) la autonomía del individuo respecto de la sociedad; 2) la relación dialéctica entre ambos; 3) el individuo como producto social y 4) el sujeto como una creación del poder”*. El poder como constructor del sujeto también fue señalado por Silvia Bleichmar (2004) quien escribe que: *“Si la producción de subjetividad es un componente fuerte de la socialización, evidentemente ha sido regulada, a lo largo de la historia de la Humanidad por los centros de poder que definen el tipo de individuo necesario para conservar al sistema y conservarse a sí mismo”*. En este mismo sentido se va a referir Edgar Morin (1994) a la construcción de los sujetos en su teoría sobre el Pensamiento Complejo (1995).

Al igual que el poder, la subjetividad y la salud mental son un producto histórico: surgen de un proceso propio y particular, según determinadas variables políticas, económicas y culturales, y sufren transformaciones en cada contexto espacial y temporal.

Esta dinámica en la construcción de nuestra subjetividad es advertida por Foucault (2003) en *“El Sujeto y el Poder”*, quien plantea: *“Hay dos significados de la palabra sujeto; sujeto a otro por control y dependencia y sujeto como constreñido a su propia identidad, a la conciencia y a su propio autoconocimiento. Ambos significados sugieren una forma de poder que sojuzga y constituye al sujeto”*. En su texto *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción* Judith Butler (2001) toma esta doble sujeción para plantearnos que *“el sometimiento consiste precisamente en esta dependencia fundamental ante un discurso que no hemos elegido, pero que, paradójicamente, inicia y sustenta nuestra potencia”*. En otras palabras, el poder nos construye y condiciona.

Esta doble sujeción del sujeto –a Otro y a Sí mismo-, es también señalada por Miller y Rose (2008) en *Governing the Present* donde estudian las concepciones del ser humano sostenidas en los distintos tiempos y lugares, para un objeto que era simultáneamente un sujeto.

Resumiendo, desde esta capacidad de “procesar” nuestra realidad –tanto externa como interna-, en forma constante y permanente, se construye nuestra subjetividad, en definitiva, nuestra salud mental.

El pensamiento político sobre el poder en salud mental

La inclusión del análisis estratégico en la consideración de las condiciones y la situación de la salud mental, con el poder como su categoría central y el gobierno como su concepto operacional se origina a partir de Testa y su propuesta del *Pensamiento Estratégico* (1989 y 1990), definido por él como “*el pensamiento político sobre el poder*”. Pero para lograr un pensamiento que abarcara todos los ámbitos del desarrollo humano: lo individual, lo grupal, lo institucional y la sociedad toda, enriquecimos la propuesta de Testa con el *Pensamiento Genealógico* de Foucault (2000). Tomamos especialmente el núcleo central de sus conceptualizaciones sobre el poder, donde rechaza la concepción jurídico-represiva como único modo de abordar el poder. El poder que dice “no debes” es para Foucault insuficiente para comprender los modos con que el poder construye al sujeto. Sería necesario cambiar la concepción jurídico-negativa del poder que dice “no debes” por una concepción tecnológica del poder, que dice “sí puedes”. Es decir, una concepción del poder no solamente represiva sino el poder como una verdadera tecnología de construcción de sujetos. Nikolas Rose (1996) continuó esa línea de pensamiento en sus desarrollos teóricos. Sobre el pensar estratégico en salud una referencia importante son los aportes de Mario Rovere, en especial su texto *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud* publicada por OPS en 1993 y con una edición corregida en 2006.

Instituciones psiquiátricas y poder

Como dijimos, en el campo de la psiquiatría -tanto en relación con su origen y con su práctica social como con el ámbito institucional-, existen importantes trabajos que la relacionan con el poder y con los modos con que el poder fue instrumentalizado por ésta de manera autoritaria. Así, tenemos los clásicos trabajos de Franco Basaglia (1979), Giovanni Berlinguer (1972), Michel Foucault (1974), George Rosen (1974), Roger Bastide (1967), Robert Castel (1980), Thomas Szasz, (1976), Erving Goffman (1961) y Miller y Rose (1986); como así también los numerosos textos de la antipsiquiatría o de la desmanicomialización.

En *El Poder Psiquiátrico*, Foucault (2005) afirma que frente a la que pasa por ser la escena fundacional de la psiquiatría –la famosa escena de Pinel eliminando las cadenas de los locos en Bicêtre-, hay otra de gran importancia que la historia no registró de igual manera. Es la escena de la curación del rey Jorge III, la cual “*presenta exactamente lo que por entonces era la práctica psiquiátrica como manipulación reglamentada y concertada de las relaciones de poder*”. Y en la historia del nacimiento de la psiquiatría nos encontramos con la negación del relevante papel que le cupo al Ciudadano Jean-Baptiste Pussin en la atención a los enfermos mentales, tanto en la Salpêtrière como en Bicêtre; tema reivindicado por Dora B. Weiner (1979) en su trabajo sobre “*The Apprenticeship of Philippe Pinel: A New Document, Observations of Citizen Pussin on the Insane*”. El mismo tema retomó Malvarez y Ferro (1992), en su trabajo llamado “*Infermiere Pussin: Riflessioni su un silenzio Della storia delle idee psichiatriche*”. Después, la cuestión fue retomada por Jacques Postel y François Bing (1999), en “Philippe Pinel y los ‘conserjes’”, publicado en el libro de Elizabeth Roudinesco: *Pensar la locura*.

Foucault (2006), en relación con las instituciones concluye con una advertencia: “*Seamos muy antiinstitucionalistas. Lo que me propongo (...) es poner de manifiesto la microfísica del poder con anterioridad al análisis de la institución*”. La propuesta de salud mental en la comunidad es también antiinstitucionalista y es en esa lucha contra los manicomios -reales y mentales-, que se debate la posibilidad de su verdadera efectivización, revisando al mismo tiempo el uso del poder en las llamadas acciones terapéuticas, como lo propone Nikolas Rose en varios de sus trabajos.

En nuestro país, existen diversos textos sobre los modos con que el Estado actúa en relación a la Salud Mental, entre ellos es necesario destacar el libro *El Sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos*, de Emiliano Galende y Alfredo Jorge Kraut (2006), con el prólogo

de Raúl Saffaroni como uno de los documentos críticos más profundos, agudos y completos de los hasta ahora realizados en el campo de la salud mental y los derechos humanos. Igual mención merece la investigación realizada por las organizaciones Mental Disability Rights International (MDRI) y el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS): *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*, (MDRI, 2007).

Esquema para un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad

En la búsqueda de un pensamiento integral, de un pensamiento que permita abarcar todos los ámbitos de la sociedad, incluimos en nuestro análisis al Estado y a sus instituciones en un contexto histórico-cultural dado -tanto en su *Estructura Jurídico-Política*, en su *Organización Técnico-Administrativa* como en su *Aparato Científico-Tecnológico*- (Fagundes y Ferro, 1992). La utilización de este esquema conceptual nos permite analizar las diferentes lógicas que involucran a cada uno de los poderes dentro de un determinado proyecto político en salud.

Este esquema triádico de pensamiento lo aplicamos a las “*Diez Recomendaciones*” de la OMS, a las que, para una mejor operatividad, las reorganizamos de la siguiente forma: 1) *Recomendaciones políticas* (involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores; establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; establecer vínculos con otros sectores; apoyar nuevas investigaciones); 2) *Recomendaciones técnicas* (desarrollar recursos humanos; educar al público; vigilar la salud mental de las comunidades); 3) *Recomendaciones administrativas* (dispensar tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad).

Pero lo expuesto en los párrafos anteriores sólo comprende al Estado y a sus instituciones, por lo que se hace necesario ir más allá en el análisis e integrar al individuo. Hay que incorporar en los análisis de la salud mental el funcionamiento del poder a nivel individual en las prácticas cotidianas y concretas, es decir en el lugar donde se construye el sujeto de la acción. Esta es la razón por la cual vamos a ahondar nuestro análisis en las acciones llevadas a cabo por el 80 % de la población, no asistida por programas estatales o gubernamentales de salud mental. En este camino nos encontramos con dos grandes niveles descuidados hasta ahora en las formulaciones programáticas: la *atención comunitaria informal* y el *autocuidado* en salud mental en la comunidad.

Atención comunitaria informal de la salud mental

En este nivel encontramos una gran diversidad de agentes, algunos de ellos integrados a organizaciones no gubernamentales o a organizaciones religiosas, voluntariados laicos, organizaciones de autoayuda, los familiares de pacientes psiquiátricos, coordinadores de los grupos de autoayuda en adicciones, trabajadores de ayuda humanitaria, grupos portadores del HIV y sus familiares, como así también los trabajadores tradicionales de la salud y otros profesionales, como los maestros, los bomberos y los funcionarios de policía, los cuales necesitan de una capacitación en competencias básicas de salud mental. Los grupos comunitarios informales (organizaciones solidarias) que trabajan en salud mental y han realizado una formación específica para la actividad en la cual se desempeñan, constituyen un grupo heterogéneo y es muy difícil coordinar con ellos criterios mínimos de acción. La eficacia de estos agentes informales de salud mental en la comunidad depende de su capacidad de liderazgo y de su compromiso con la tarea emprendida. En los grupos de pacientes externados y de sus familiares es de suma importancia que sean capacitados para una rápida derivación, para mantener el tratamiento y proveerse de los medicamentos necesarios y para el logro de una efectiva reinserción social. Los grupos solidarios requieren ser provistos de una tecnología de abordaje sobre el empoderamiento cotidiano con el fin de poder resolver problemas de diferentes niveles que hacen a la determinación o el

condicionamiento de sus propios sufrimientos mentales. Es por ello que es importante iniciar una fuerte acción sobre el tema del Auto-cuidado en salud mental.

Auto-cuidado de la salud mental o *Gobierno de Sí mismo*

Todas las actividades referidas a los servicios formales en salud mental se encuentran regladas por el Estado. En cambio, las informales (organizaciones solidarias) y el auto-cuidado pertenecen exclusivamente a la esfera privada y por esta misma razón sólo pueden realizarse indicaciones o señalamientos que permitan una mejor orientación en el campo de las conductas vitales. Otra cuestión importante es el modo con que estas acciones se gestionan: a diferencia de las acciones oficiales y no oficiales donde existen una serie de prescripciones programáticas y presupuestarias, en el autocuidado esto no ocurre. En este campo, los medios de comunicación social son fundamentales y se dirigen claramente –como dice Robert-Dany Dufourt (2007) a los procesos de simbolización y de desimbolización de los sujetos.

“Todas las culturas dotan a sus miembros con un conjunto de comportamientos preservadores de la salud individual, dirigidas a su fomento, la prevención de las enfermedades, su diagnóstico y tratamiento en el hogar y la atención prolongada de discapacidades y enfermedades crónicas”, así inicia Diana Shye (1996) su texto sobre Autocuidado en Salud Mental. En ese trabajo incluye una taxonomía del autocuidado que contempla la conciencia del cuerpo y del estado emocional, el control mental, la comunicación interpersonal, los estilos de vida saludables y la autoeficiencia. Shye define al autocuidado como “las actividades que el individuo, la familia y la comunidad emprenden con el fin de fomentar y restaurar la salud y prevenir o limitar la enfermedad. Esas actividades se enraizan en el conjunto de conocimientos técnicos, experiencias y destrezas acumuladas por los profesionales y el público. Son realizadas por el común de la población en su propio beneficio, ya sea independientemente, ya con la colaboración de profesionales.”

El primer obstáculo que encontramos al trabajar el tema del auto-cuidado o el *Gobierno de Sí mismo en salud mental* está en lo que entiende la gente por tener un problema de salud mental. El saber popular lo asocia directamente a la enfermedad mental y lo separa de la posibilidad de ser resuelto sin la ayuda de los “expertos psi”. Este obstáculo es una construcción social a la que Pierre Bourdieu (2002) ha denominado construcción del *nomos*, es decir una “ley” que rige socialmente todas nuestras prácticas en nuestro cotidiano vivir, *“una estructura mental que, puesto que ha sido inculcada en todas las mentes socializadas de una forma determinada, es a la vez individual y colectiva; una ley táctica (nomos) de la percepción y de la práctica y constituye la base del consenso sobre el sentido del mundo social y la base del sentido común”*. Un ejemplo de esta “ley”, es la medicalización/psicologización de los problemas de salud mental, centrandos su atención exclusivamente en el campo clínico e individual de una patología intrapsíquica, asistida en un hospital y generalmente con resolución farmacológica.

En la Argentina, uno de los trabajos más completos es el de Emiliano Galende (2008), *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*, donde realiza un exhaustivo recorrido por conceptualizaciones y trayectorias de las *Disciplinas Psi*. Otro autor de fundamental importancia es Hugo Vezzetti (1985) con sus trabajos pioneros como *La locura en la Argentina* y sus producciones *on-line* de su sitio en internet: *elseminario.com.ar*. También de gran importancia son los desarrollos de Michel Foucault (1996) en el ya citado *El Poder Psiquiátrico* y de Nikolas Rose (1996) en *Historia Crítica de la Psicología*, sobre las *Disciplinas Psi* y su poder en la construcción y deconstrucción cotidiana de los sujetos.

La asistencia comunitaria y el auto-cuidado no se encuentran entre las prácticas de salud mental demandadas por la sociedad en su cotidiano vivir. Pero al decir de Michel de Certeau (1996) –en *La invención del cotidiano*–, es una práctica que no se sabe...se hace.

Todo nuestro planteamiento tiene un basamento práctico en la experiencia llevada a cabo en Trieste (Italia) por Franco Basaglia (Colucci y Di Vittorio, 2006), a través de la territorialización de los servicios asistenciales de salud mental plasmados en la Ley 180,

lo que permitió la construcción de “Empresas Sociales” (Mauri, 1995) que permitieron a las personas su real inserción en la sociedad.

Del 9 al 13 de febrero de 2010, en la ciudad de Trieste, Italia, toda esta experiencia, continuada y difundida por el mundo por Franco Rotelli y su equipo, convocó a un encuentro internacional llamado: “*Per una rete mondiale di salute comunitaria come ‘strumento di salute mentale’*”, donde se debatieron y reformularon experiencias y teorizaciones de la salud mental comunitaria. Durante el encuentro se trabajaron temas como “*I saperi e i paradigmi*”, “*La pratica critica anti istituzionale*”, “La ‘Maggiorana Deviante’: Economía Sociale e Inclusione”, “*Memoria, Archivi in Mostra e comunicazione*”. La plenaria del cierre se llamó “*La riforma in Italia en el mondo: del passato recente al futuro prossimo*” y estuvo a cargo de Itzhak Levav (Israel), Benedetto Saraceno (OMS, Ginebra), Franco Rotelli (Trieste, Italia) y Eugenio Borgna (Novara, Italia).

Matriz para la Acción en Salud Mental en la Comunidad, más allá de los servicios asistenciales

Esta matriz ubica la responsabilidad política para la ejecución de cada una de las *Diez Recomendaciones* según los tres niveles de gobierno descriptos por Michel Foucault (Castro, 2004), del cual cada efector es responsable. Esto permite una organización contextualizada –espacial y temporal-, sobre cada una de las acciones y una evaluación permanente de la responsabilidad sobre las mismas.

MATRIZ PARA LA ACCIÓN EN SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD									
Diez Recomendaciones Generales	Gobierno del ESTADO			Gobierno de las INSTITUCIONES			Gobierno de las PRÁCTICAS		
	Recomendac. Políticas	Recomendac. Técnicas	Recomendac. Administrativa	Recomendac. Políticas	Recomendac. Técnicas	Recomendac. Administrativa	Recomendac. Políticas	Recomendac. Técnicas	Recomendac. Administrativa
Niveles de Servicio (Pirámide Marco de la OMS)									
Servicios especializados									
Atención de la SM en Hospital General									
Atención comunitaria formal									
Atención de la SM en APS									
Atención comunitaria informal									
Auto-cuidado									

Así las *Recomendaciones políticas* (involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores; establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; establecer vínculos con otros sectores; apoyar nuevas investigaciones); las *Recomendaciones técnicas* (desarrollar recursos humanos; educar al público; vigilar la salud mental de las comunidades); y las *Recomendaciones administrativas* (dispensar tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad), pueden ser utilizadas para el abordaje de cualquier tipo de acción en la comunidad que sea necesario realizar

ya que lo que hace es mantener la complejidad necesaria para la ejecución de la acción programada (Ferro, 2009).

Las tecnologías del sujeto como dispositivo de gobierno de la salud mental de individuos, grupos y comunidades

Podemos afirmar que las prácticas de gobierno –gobierno de las conductas, gobierno de los dispositivos de poder-, construyen a los sujetos, su subjetividad y su salud mental. Desde una visión estratégico-genealógica es necesario entender el autocuidado o *Gobierno de Sí mismo* como el proceso de identificación y utilización de relaciones, capacidades y recursos para lograr los objetivos de vida. Para ello, es necesario producir el empoderamiento del sujeto, el cual se realiza a través de los tres Poderes de Testa (1990) o de las tres Tecnologías del Sujeto de Foucault (1990): *tecnologías del poder (poder político)*, *tecnologías de producción (poder administrativo)* y *tecnologías del saber y la comunicación (poder técnico)*. A este modo de mirar la “construcción cotidiana del sujeto” es Nikolas Rose quien más profundamente lo ha estudiado y formulado recientemente en su ya citado libro, escrito con Peter Miller, llamado *Governing the Present* (2008).

En síntesis, estas tecnologías se refieren a: 1) *tecnologías del poder (poder político)*: capacidad para gobernar las relaciones sociales, la cual implica la búsqueda táctica de nuevos y más amplios consensos para nuestras acciones dentro de un contexto político determinado; 2) *tecnologías de producción (poder administrativo)*: capacidad de la persona para gobernar sus intereses materiales –los que están relacionados con los recursos salariales, económicos, patrimoniales, etc. y que tienden al logro de la autonomía económico-financiera del individuo y su grupo-; y 3) *tecnologías del saber y la comunicación (poder técnico)*: capacidad para gobernar y comunicar los saberes de la vida cotidiana –saberes que van desde la higiene personal, la alimentación, las actividades físicas, hasta los saberes prácticos y/o profesionales-, con el fin de contextualizar ese conocimiento a los múltiples escenarios que nos toca vivir. Esta propuesta unitriádica de comprender los componentes y la dinámica en la construcción del sujeto es la razón por la que necesitamos una referencia topográfica diferente.

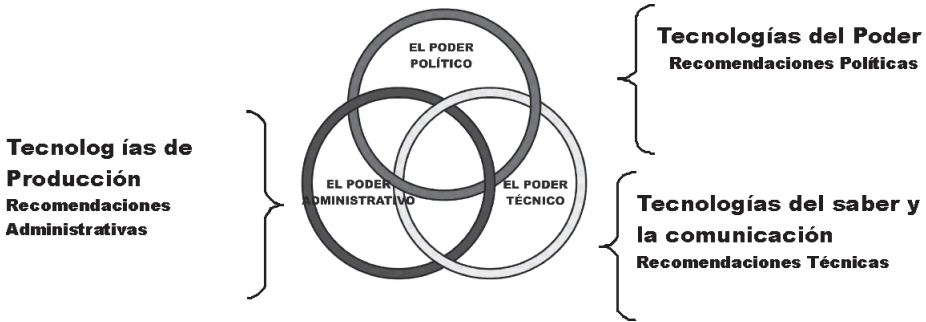
El dispositivo de poder y las tecnologías del sujeto

Nuestra propuesta metodológica busca esclarecer una posición conceptual y operativa en salud mental y está orientada, como hemos dicho, por Mario Testa y Michel Foucault para quienes el sujeto es construido por una máquina y esa máquina es el poder. Este poder hay que entenderlo como un dispositivo que se pliega, despliega y repliega en un movimiento constante según acontecimientos actuales y locales, en el contexto de estructuras y coyunturas ideológicas, económicas y políticas.

La idea teórico-conceptual del *Gobierno de Sí mismo* está relacionada en forma directa con un concepto operativo que es el de “*dispositivo de poder*”. Foucault (1977), en el texto *La voluntad de saber* es donde claramente explicita la dinámica del dispositivo de poder y lo va a definir como: “*El dispositivo es un conjunto resueltamente heterogéneo, que implica discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En síntesis, tanto lo dicho como lo no dicho. He aquí los elementos del dispositivo, y el dispositivo mismo, es la red que puede establecerse entre esos elementos.* No existe ninguna acción que sea sólo política, sólo económica o sólo técnica. Siempre van a estar en una “disposición”, en una red unitriádica, es decir, tres en uno enlazados en un nudo borromeo. Por lo tanto, el dispositivo está sólidamente vinculado con las estrategias de poder. Los dispositivos son “*construcciones tácticas de la vida cotidiana*”, al decir de Michel de Certeau (1996); “*son máquinas para hacer ver y hablar*”, como dice Deleuze (1990). Mario Testa (1995) analiza el poder como un dispositivo y lo define como “*una categoría que contiene una acción, el uso*

de un instrumento o recurso, la razón que legitima esta acción y el procedimiento o norma que debe cumplirse para llevarse a cabo”.

El análisis de estas tecnologías como herramientas del poder nos llevó a construir el siguiente *Dispositivo Estratégico para la Acción en Salud Mental en la Comunidad*, el cual permitiría el empoderamiento directo de las personas, los grupos y las instituciones y su consecuente promoción de la salud mental:



Para Testa (1997), las teorías son instrumentos de lucha y de debate sobre las propuestas de futuro. Para Foucault (1980), a la teoría hay que entenderla como una caja de herramientas, de herramientas de lucha: “*Se trata de construir no un sistema sino un instrumento: una lógica propia a las relaciones de poder y a las luchas que se establecen alrededor de ellas*”. Estos instrumentos siempre van a estar en “*La escena del poder*” (Balandier, 1994).

A esta conceptualización podemos sintetizarla diciendo que la salud mental es gobernar nuestras conductas y las de los otros. Es a partir de estos aportes teóricos que podemos incluir el auto-cuidado, el *Gobierno de Si mismo*, dentro del pensamiento estratégico/genealógico en salud mental que venimos desarrollando. La dinámica de la construcción del sujeto es la dinámica del poder. Para Foucault, donde hay un poder surge una resistencia; para Testa, donde hay una determinación hay un condicionamiento y para De Certeau, donde hay una estrategia se le opone una táctica. Para De Certeau (1996), el *Pensamiento que no Piensa* es el que hace y es desde esta dinámica de “*las artes de hacer*” donde se construye el poder de personas, grupos y sociedades y las “*invenciones del cotidiano*” se posibilitan a través de estrategias y tácticas.

Para pensar la salud mental en la comunidad es necesario profanar al sacralizado manicomio. Si la acción no es con la comunidad es con el manicomio

Este enfoque operativo sobre el poder permite a los trabajadores de salud mental actuar en la comunidad desechando aquellas acciones que involucran al hospital psiquiátrico tradicional –violador de los derechos humanos de los internados-, y visualizar el poder despótico oculto y a veces explícito estudiado por muchos de los autores antes citados y que sintetizara Benedetto Saraceno (2007).

Para implementar la Salud Mental en la comunidad, es fundamental que la locura deje de pertenecer al campo privado de los *expertos “psi”* y vuelva al amplio campo de los saberes políticos y sociales. Esto sólo será posible mediante el surgimiento de nuevos dispositivos estratégicos que desactiven y vuelvan inoperantes a los viejos dispositivos sacralizados por el uso. Como escribe Agamben (2005), “*es necesario arrancarles a los dispositivos –a cada dispositivo- la posibilidad de uso que ellos han capturado. La profanación de lo improfanable es la tarea política de la generación que viene*”. Para operacionalizar la salud mental en la comunidad, debemos profanar el sacralizado manicomio y restituir las determinaciones y los condicionamientos en salud mental al campo de las prácticas y de los saberes de la vida cotidiana.

Queremos terminar estas notas con las palabras de la filósofa Hannah Arendt (1993), quien ha logrado sintetizar en unas pocas, pero bellísimas frases, nuestro pensamiento acerca de la relación entre la salud mental y el poder: “*el poder sólo es realidad donde palabra y acto no se han separado, donde las palabras no están vacías y los hechos no son brutales, donde las palabras no se emplean para velar intenciones sino para descubrir realidades, y los actos no se usan para violar y destruir sino para establecer relaciones y crear nuevas realidades*”.

Bibliografía

1. Agamben, Giorgio: “Elogio de la Profanación”. En: Profanaciones. A. H. editora. Buenos Aires, 2005.
2. Arendt, Hannah: *La Condición Humana*. Paidós. Barcelona, 1993.
3. Balandier, Georges: *El poder en escena*. Paidós. Buenos Aires, 1994.
4. Basaglia, Franco et alii: *Razón, locura y sociedad*. Siglo XXI. Madrid, 1979.
5. Basaglia, Franco y Basaglia Ongaro, Franca (comps.): *Los Crímenes de la Paz: Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*. Siglo XXI. México, 1977.
6. Basaglia, Franco: *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Barral. Barcelona, 1970.
7. Bastide, Roger: *Sociología de las enfermedades mentales*. Siglo XXI. México, 1967.
8. Berlinguer, Giovanni: *Psiquiatría y Poder*. Granica. Buenos Aires, 1972.
9. Bleger, José: *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Paidós. Buenos Aires, 1966.
10. Bleichmar, Silvia.: “Límites y excesos del concepto de subjetividad en el psicoanálisis” En: *Topía*. N° 40. Buenos Aires, 2004.
11. Bourdieu, Pierre: *Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama. Barcelona, 2002.
12. Butler, Judith: *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Cátedra. Madrid, 2001.
13. Caldas de Almeida, JM y Torres González, F (Edit): *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. OPS. Washington DC, 2005.
14. Castel, Robert: *El Orden Psiquiátrico*. La Piqueta. Madrid, 1980.
15. Castro, Edgardo: “Gobierno” En: El Vocabulario de Michel Foucault. Prometeo. Buenos Aires, 2004.
16. CCHR. Iglesia de Scientology: *La Psiquiatría: una industria de la muerte*. Washington. 2008. www.cchr.org
17. Cohen, H. y Natella, G.: *Trabajar en Salud Mental. La Desmanicomialización en Río Negro*. Lugar Editorial. Bs. As., 1995.
18. Colucci, Mario y Di Vittorio, Pierangelo: *Franco Basaglia*. Paidós. Buenos Aires, 2006
19. De Almeida-Filho, Naomar: *La ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2000.
20. De Certeau, Michel: *La invención de lo cotidiano 1. Artes de hacer*. Universidad Iberoamericana. México, 1996.
21. Deleuze, Gilles. Michel. “¿Qué es el dispositivo?” En: Foucault, Filósofo. Gedisa. España. 1990.
22. Delgado, Pedro Gabriel: “Para Além da Saude mental”. Revista Radis. Comunicação em Saúde. Fiocruz. Setembro, 2010.
23. Desjarlais, Robert, et alii.: *Salud Mental en el Mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajo ingreso*. OPS/OMS. Washington. 1997.
24. Dinerstein, Ana: “Subjetividad: capital y la materialidad abstracta del poder”. En: Borón, A.: *Teoría y filosofía política*. Clacso-Eudeba. Buenos Aires, 1999.
25. Dufour, Dany-Robert: *El arte de reducir cabezas*. Paidós. Buenos Aires, 2007.
26. Estado de La República Federativa do Brasil: *Ley número 3657: Extinção progressiva*

dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória (Lei Paulo Delgado). Brasil, 1989.

27. Fagundes, Sandra y Ferro, Rubén: “Apresentação a Edição Brasileira” En: Testa, M.: *Pensar em Saúde*. Artes Médicas. Porto Alegre, 1992.

28. Fagundes, Sandra María: “Salud Mental Colectiva: la construcción en Río Grande do Sul”. En: *Revista de la Escuela de Salud Pública*. Año 2, n° 4. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba, 1992.

29. Ferro, R.; Malvárez, S.; Escalante, M.; Levav, I.; Cohen, H.: *Propuesta de Maestría de Salud Mental*. Facultad de Ciencias Médicas/Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba/Organización Panamericana de la Salud. Córdoba, 2006.

30. Ferro, Rubén O. *et alii*: *Análisis del Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud Mental en la Argentina 1984-1988*. Investigación patrocinada por la OPS/OMS. Buenos Aires, 1989.

31. Ferro, Rubén O.: *Salud Mental y Poder*. Tesis de Maestría en Salud Pública. Esc. de Salud Pública. Univ. Nac. de Córdoba, 2004.

32. Ferro, Rubén Oscar: “Formación de recursos humanos en salud mental en la comunidad”. En: *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda edición. Rodríguez, Malvarez, González y Levav. (Edits). OPS. Washington, 2009.

33. Foucault, Michel: “El Sujeto y el Poder” En: Dreyfus, H. y Ravinow, P.: *Michel Foucault: Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Paidós. Buenos Aires, 2003.

34. Foucault, Michel: “Poderes y estrategias”. En: *Microfísica del Poder*. La Piqueta. Madrid, 1980.

35. Foucault, Michel: *Defender la Sociedad. Curso en el College de France (1975-1976)*. FCE. Buenos Aires, 2000.

36. Foucault, Michel: *El Poder Psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. FCE. Buenos Aires, 2005.

37. Foucault, Michel: *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. Siglo XXI*. México, 1977.

38. Foucault, Michel: *Seguridad, territorio, población*. F.C.E. Buenos Aires, 2006.

39. Foucault, Michel: *Tecnologías del Yo*. Paidós. Barcelona, 1990.

40. Galende, E. y Kraut, A. J.: *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2006.

41. Galende, Emiliano: *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2008.

42. Galli, Vicente Ángel: *Salud Mental –Definiciones y Problemas*. Dirección Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud. Buenos Aires, 1986.

43. Goffman, Erving (1961): *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu. Buenos Aires, 1994.

44. Goldberg, David y Huxley, Peter (1980): *La enfermedad mental en la comunidad*. Edic. Nieva. Madrid, 1990.

45. Goldenberg, Mauricio: “Lineamientos para un Plan Nacional de Salud Mental”. Informe final sobre la asesoría en Salud Mental al Ministerio de Salud Pública – Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Buenos Aires, 1984.

46. González Uzcategui, R. y Levav, I. (eds.): *Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación*. “Declaración de Caracas”. OPS. Washington, 1991.

47. Hacking, Ian: “Locura: ¿biológica o construida?”. En: *¿La construcción social de qué?* Paidós. Barcelona, 2001.

48. Levav, I.: *Salud mental: una prioridad de la salud pública*. Rev. Maestría en Salud. Año 1 N° 2. Bs. As. Dic. 2003.

49. Levav, Itzhak (ed.): *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. OPS. Washington, 1992.

50. Levav, Itzhak: *Valores en la atención en salud mental comunitaria y su relevancia para la "Maestría de Salud Mental" de la Universidad Nacional de Córdoba*. Conferencia magistral de aceptación del título de Profesor Honoris Causa de la Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, 3 de julio de 2008.
51. Lévy, Pierre: *Inteligencia Colectiva: Por una Antropología del Ciberespacio*. OPS/OMS. Washington, 2004.
52. Malvárez, S. y Ferro, R.: "Infermiere Pussin: Riflessioni su un silenzio Della storia delle 'idee psichiatriche'". En: *Salute Mentale. Pragmatica e Complexita*. Centro studi e ricerche regionale per la salute mentale. Friuli-Venezia Giulia, 1992.
53. Malvárez, Silvina: *Promoción de la Salud Mental. Bases Teóricas y Estratégicas*. OPS. Washington, 2002.
54. Mauri, Diana; de Leonardis, Otta y Rotelli, Franco: *La empresa social*. Nueva Visión. Buenos Aires, 1995.
55. Mental Disability Rights International (MDRI) - Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS): *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. MDRI. Washington, 2007.
56. Miller, Peter y Rose, Nikolas: *Governing the Present. Administering Economic, Social and Personal Life*. Polity Press. Cambridge, 2008.
57. Miller, Peter y Rose, Nikolas: *The Power of Psychiatry*. Cambridge Press. UK, 1986.
58. Morin, Edgar: "El Concepto de Sujeto". En: Fried Schnitman, Dora (comp.): *Nuevos Paradigmas, cultura y subjetividad*. Paidós. Buenos Aires, 1994.
59. Morin, Edgar: *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa. Madrid, 1995.
60. Organización de las Naciones Unidas: *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*. Doc. A/46/49. Ginebra, 1991.
61. Organización Mundial de la Salud: *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas*. OMS. Ginebra, 2001.
62. Organización Mundial de la Salud: *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS)*. OMS. Ginebra, 2005
63. Organización Mundial de la Salud: *Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*. OMS. Ginebra, 2005
64. Organización Mundial de la Salud: *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. mhGAP OMS Ginebra, 2008.
65. Organización Panamericana de la Salud: *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental (CD49/11)*. OPS/OMS. Washington. Octubre del 2009.
66. Organización Panamericana de la Salud: *Foro de Autoridades de Salud Mental de los Países de América del Sur. Consideraciones Finales y Acuerdos*. Luján, prov. de Buenos Aires, 3 al 5 de septiembre de 2007. OPS. Washington, 2007.
67. Organización Panamericana de la Salud: *Principios de Brasilia*. OPS. Washington, 2006.
68. Organización Panamericana de la Salud: *Salud Mental en la Comunidad*. 2ª edición. Jorge Rodríguez (ed.). OPS/OMS. Washington, 2009.
69. Pichon Rivière, Enrique: *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Nueva Visión. Buenos Aires, 1974.
70. Postel, Jacques y Bing, François: "Philippe Pinel y los 'conserjes'". En: Roudinesco, Elizabeth (coord.): *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*. Paidós. Buenos Aires, 1999.
71. Rodríguez, J., Kohn, R. y Aguilar-Gaxiola, S. edits: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. OPS. Washington, 2009.
72. Rodríguez, J., Malvárez, S., González, R., y Levav, I. edits: *Salud Mental en la*

Comunidad. Segunda edición. OPS. Washington, 2009.

73. Rodríguez, J.; González, R. (eds.): *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Publicada en CD por la OPS/OMS. Washington, 2007.

74. Rose, Nikolas: "Terapia y poder: techné y ethos". En: *Rev. Archipiélago*. N° 76. Barcelona, 2007.

75. Rose, Nikolas: *Inventing our Selves*. Cambridge University Press. NY, 1996.

76. Rosen, George: *Locura y Sociedad: sociología histórica de la enfermedad mental*. Alianza. Madrid, 1974.

77. Rovere, Mario: *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. OPS. Washington, 1993. (edición corregida en 2006).

78. Saraceno B, Saxena S, Caraveo-Adnuaga JJ, Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L.: "Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública". *Rev. Pan. de Sal. Públ.* OPS. Washington, 2005.

79. Saraceno, Benedetto: "La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicaciones para el mundo". En: Publicación en CD por la OPS/OMS. Washington, 2007.

80. Shye, Diana: *Autocuidado en Salud Mental*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1996.

81. Szasz, Thomas: *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu. Buenos Aires, 1976.

82. Testa, Mario: *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación*. OPS/Argentina. Buenos Aires, 1989. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1995.

83. Testa, Mario: *Pensar en Salud*. OPS/Argentina. Buenos Aires, 1990.

84. Testa, Mario: *Saber en Salud. La construcción del conocimiento*. Lugar editorial. Buenos Aires, 1997.

85. Vezzetti, Hugo: *La locura en la Argentina*. Paidós. Buenos Aires, 1985.

86. Weiner, Dora: "The Apprenticeship of Philippe Pinel: A New Document, "Observations of Citizen Pussin on the Insane". En: *American Journal of Psychiatry*, 136:9, Washington, Sept. de 1979.