

La salud mental “revisitada”

Lidia Fernández Rivas

Leticia Flores Flores

*María Eugenia Ruiz Velasco Márquez**

Resumen

A partir de la segunda mitad del siglo XX, tuvo lugar una crisis en el campo de la salud mental que dio lugar a una profunda transformación en diversos lugares del mundo, y condujo a pensar de forma distinta la manera de ver y de tratar a la locura. En este artículo insistimos en la importancia de recuperar una mirada donde la condición subjetiva y social de los padecimientos psíquicos no sea dejada de lado –tal como ha sucedido desde el enfoque psiquiátrico-hegemónico– y al mismo tiempo puedan implementarse acciones para su atención en y con la comunidad. Para ello insistimos en orientar las intervenciones, a partir de la participación de amplios sectores sociales, hacia la atención de las necesidades y los derechos de las personas, más que al tratamiento de una mal llamada “enfermedad mental”.

Palabras clave: salud mental, comunidad, reformas psiquiátricas, sufrimiento psíquico, locura, institución.

Abstract

From the second half of the twentieth century, there was a crisis in the field of Mental Health that led to a profound transformation around the world, and led to think differently the way people see and treat madness. In this article we insist on the importance of recovering a look where social and subjective condition of mental illnesses cannot be left of side –such as it

* Profesoras-investigadoras, Departamento de Educación y Comunicación, UAM-Xochimilco.

has happened from the psychiatric-hegemonic approach, while actions at and with the community must be implemented for a better attention. So we insist on directing interventions, from the participation of broad sectors of society, towards addressing the needs and rights of people, rather than the treatment of a so-called “mental illness”.

Key words: mental health, community, psychiatric reform, mental suffering, madness, institution.

Introducción

En este trabajo exponemos sintéticamente las modalidades de atención en el campo de la salud mental, y los retos que esperan a nuestros futuros profesionales en dicho campo.

Cada momento histórico va marcando un derrotero distinto en la forma de conceptualizar y entender el dolor y el sufrimiento humano y va acompañado de aproximaciones filosóficas y epistemológicas para comprender el sentido de la existencia. La época actual atravesada por la ideología del neoliberalismo ha modificado nuestros modos de estar en el mundo, y así puede verse también en el complejo campo de la salud mental.

La noción de salud mental es polisémica. Suele remitir a la idea de ausencia de enfermedad, a cierta condición humana donde prevalece el uso de la razón, al estado de normalidad, o como lo refiere la clásica definición, al estado completo de bienestar tanto físico, psíquico y social (Organización Mundial de la Salud –OMS). Cada uno de estos sentidos se encuentra asociado con ciertos paradigmas, creencias, discursos y prácticas distintas. Su contrapuesto, la enfermedad, la sinrazón, la anormalidad serán términos con los que se pretende esclarecer nociones problemáticas, dado que, como plantea Canguilhem (1986), la enfermedad no es un asunto que resulta del trabajo de una ciencia que garantiza su verdad, sino que siempre está ligada con las ideas y creencias de cada época, con el contexto histórico y social que las produce.

Por eso, cuando hablamos de la salud mental es importante considerarla como un campo que comprende la implicación sociohistórica de esas nociones, como también las respuestas sociales e institucionales que se producen en consecuencia. Un campo atravesado por múltiples factores, sociales, institucionales, intersectoriales.

Contamos con interesantes experiencias documentadas por especialistas (Desviat, 2015; Rotteli, 2014; Amarante, 2015; Huertas, 2008, por mencionar los más actuales) que muestran las miradas que se tienen en torno a las prácticas, las formas de intervención, las políticas públicas que las sostienen, los discursos que promueve. Estos autores, siguiendo el imprescindible trabajo de Foucault sobre el tema (1990), reconocen la importancia de analizar el papel que ha desempeñado el poder psiquiátrico, así como el lugar que ocupa el sistema económico, las directrices de instituciones tanto públicas como privadas, el papel de las empresas farmacéuticas, de los medios, las condiciones económicas, políticas y sociales en las que el sufrimiento subjetivo tiene lugar. Asimismo han participado en los movimientos de reforma desde la década de 1960, con el fin de “alimentar una utopía: de construir una salud ciudadana, una salud como defensa de la vida” (Amarante, 2015:9).

El sufrimiento psíquico es un problema que afecta severamente a muchas personas y requiere necesariamente del apoyo del entorno en el que viven. Los “trastornos mentales”, como lo señala la OMS, representan socialmente una de las causas más importantes de discapacidad por el deterioro en la calidad de vida de quienes los padecen. Constituyen en ese sentido no sólo un problema individual sino, sobre todo, involucra a la sociedad entera. Se trata de una cuestión de salud pública de primer orden que, sin embargo, no ha logrado vencer las múltiples dificultades que su atención implica. Desde el momento en el que la psiquiatría, como rama de la medicina, se apropió de su atención,¹ el proceso de desubjetivación de los afectados, como

¹ La historia del lugar social que ha ocupado la locura en el mundo occidental es esencial para comprender el proceso de esta apropiación. Por cuestiones de espacio, referimos al lector a algunas obras básicas que abordan el tema (Foucault, 1990; Rosen, 1974).

consecuencia del efecto del internamiento y la exclusión, los ha condenado al abandono y a la pérdida de esperanza de recuperación. La mirada que subyace a las prácticas psiquiátricas hegemónicas – muchas veces apoyada en las neurociencias, desde las cuales se explica la causa de los padecimientos mentales– ha sido en ese sentido muy grave, pues la atención al sujeto –a sus necesidades, incluso las más básicas– se ha descuidado, centrandola más en la *enfermedad* y su “cura” que en un abordaje integral, multidisciplinario, psicosocial. El discurso cientificista en el que se ampara, los argumentos basados en la biología, la herencia o la genética, otorgan una aparente racionalidad que deriva en la idea de incurabilidad o incapacidad. El discurso biomédico tradicional reduce la mirada del padecimiento psíquico a un diagnóstico, a una nosografía que confina al sujeto a una identidad estigmatizante, promueve el encierro, el aislamiento y la exclusión en “instituciones totales” (Goffman, 2004), separadas radicalmente de la vida social y comunitaria.

Si el padecimiento psíquico se reduce a un mero accidente biológico, la intervención propuesta implicará omitir consideraciones históricas, sociales, psíquicas, aun éticas. La ideología cientificista se apoya en un racionalismo que excluye la complejidad, el pensamiento crítico o la idea de que los conflictos humanos son multifactoriales. La mirada derivada del biologismo lleva a prácticas que suelen sumir a los sujetos en una estigmatización más profunda. El llamado campo “cientificista” de la salud mental se sostiene con base en juegos de poder y de control social, además de que promueve abordajes que dejan de lado la palabra, la historia, la recuperación de algo que la psicosis hace perder, algo que produce crisis en el sujeto: si el sufrimiento psíquico es visto como enfermedad, se traduce en un asunto deficitario, como defecto o accidente biológico donde la dimensión de lo humano queda excluida inevitablemente.

Al respecto, escribe Galende:

[...] naturalmente, al haber tomado el modelo de la medicina biológica como referencia, la psiquiatría incorporó también su modelo de causalidad, llevando a los psiquiatras a interminables debates sobre organo-

génesis *versus* psicogénesis, enfermedad de origen endógeno *versus* exogeneidad, innato *versus* adquirido (citado por Amarante, 2006:23).

Ello produce un desplazamiento donde la dimensión subjetiva no es incorporada: la condición sociohistórica es dejada de lado. Saraceno (1999) sintetiza claramente los tipos de fallas que el modelo médico-psiquiátrico tradicional generó: de orden ético, pues el hospital psiquiátrico viola los derechos humanos; de tipo clínico, por los altos índices de cronicación que genera; de orden institucional, por la violencia que produce y por las relaciones de poder que pone en juego y, por último, de tipo económico porque suele ser una opción cara así como ineficaz.

Tal como sostiene W. Apollon (1997), los trastornos mentales, en la medida en que están imbricados con los problemas humanos, no aceptan un abordaje científico sino que requieren un abordaje ético que tome en cuenta los deseos de los sujetos en su interacción con la sociedad. Son, dice, las maniobras éticas las que resultan determinantes.

Construcción de nuevas aproximaciones

En las reformas psiquiátricas de países europeos como Francia, España, Italia e Inglaterra alrededor de la década de 1960, así como en algunos países latinoamericanos como Brasil y Argentina, y también en Norteamérica y Canadá, aunque con distintos enfoques, se ha insistido en la desinstitutionalización por los efectos cronicantes que produce en los usuarios de los servicios tradicionales. Asimismo se han ensayado formas de tránsito diversas hacia estos procesos —de acuerdo con las particularidades históricas y sociales de cada región—, de tal manera que en algunos lugares se dieron transformaciones al interior mismo de los manicomios, intentando humanizarlos, tratando de cambiar sus estructuras de poder, implementando la organización de asambleas, de comunidades terapéuticas, por ejemplo. En otros lugares se crearon centros de salud comunitarios para atender a quienes requirieran de algún apoyo; se trató de descentralizar el hospital y diversificar la atención mediante servicios en la comunidad; en Estados Unidos

y Canadá, a raíz de un movimiento ciudadano y de ex pacientes psiquiátricos, se promovió el concepto de *recuperación* al reivindicar la posibilidad de restablecimiento e integración social, a partir de procesos de empoderamiento (Flores, 2012). Estas estrategias, tanto teóricas como técnicas, han intentado revertir los efectos que la institución psiquiátrica tradicional produjo. ¿Cómo restituir la condición humana, los derechos más elementales y atender las necesidades básicas del sujeto sufriente? La idea de rehabilitación psicosocial, aunque innovadora en su momento, fue desplazada por propuestas con un sentido ético y político de mayor envergadura, donde los movimientos de usuarios, familiares y profesionales de la salud cumplieron un papel fundamental. La implementación de estas prácticas se ha mostrado insuficiente para lograr la integración de los sujetos a una vida digna y laboral.

Surgieron propuestas tanto técnicas como teóricas en las que se reconoce la necesidad de incluir abordajes múltiples, miradas en las que se recuperan los aspectos psicosociales, subjetivos, culturales, éticos, así como la participación de sectores sociales más amplios. Estos nuevos enfoques han trastocado la manera de abordar la problemática, operando un desplazamiento desde una perspectiva centrada en el tratamiento de la enfermedad mental, hacia una dirigida a la promoción de la salud en y con el conjunto de la sociedad. Reto que implica un cambio de mirada y de objeto: intervenciones en y desde la comunidad, con un enfoque centrado en los derechos, como lo expresa Bang:

En estos abordajes, resulta necesaria una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, que permita aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con otros en la heterogeneidad, siendo la protección de derechos una estrategia fundamental (2014:111).

Es relevante entender al sujeto sufriente sin olvidar que es también miembro de una comunidad, que los vínculos con la familia y con los otros en general se considera parte central de los nuevos modos de promover la salud, además del papel que el Estado tiene de garantizar sus responsabilidades fundamentales, seguridad social, trabajo, educación, vivienda, entre otros.

Las prácticas medico-asistenciales y la hegemonía de la medicación como recurso para la desaparición o control de los síntomas dejan de lado los factores que abonan al sufrimiento humano. Sin pretender abandonarnos a una visión que ponga los factores causales del lado de las determinaciones sociales, se hace necesario prestar atención a las condiciones de inequidad, violencia social, crisis familiar y desafiación que producen mayor vulnerabilidad, dejando librados a su suerte a los sujetos más desposeídos.

Las condiciones de vida actuales plantean un reto mayor en este campo, frente a la desvinculación, la fragilidad de garantías sociales, se produce una mayor vulnerabilidad subjetiva. Aunado a ello, el sistema actual neoliberal, en el que predominan las leyes del mercado, ha alterado la producción de subjetividades, la idea de sujeto, la idea de los espacios y tiempos que habitamos, intentando borrar la memoria y las acciones de un hombre político comprometido con sus congéneres en lazos de solidaridad social. Una ilusión de disponibilidad y de conexión recorre nuestros fantasmas y ordena día a día nuestras formas de relacionarnos. También se han modificado nuestras filiaciones generacionales y las pertenencias a grupos divergentes distantes han roto las barreras de la intimidad, de lo privado y lo público, como señala Dejours (2013), "el sufrimiento es primero" y estamos solos frente a una sociedad intervenida por la violencia social.

En esta sociedad líquida (Bauman, 2000) estamos frente al pasaje de un hombre productor (ideología marxista del trabajo) a uno consumidor indiscriminado que promueve el goce frente a los valores de esta sociedad sin límites. Ante esta situación, ¿cómo actuar colectivamente?, ¿cómo acompañar al prójimo?, ¿cómo implementar acciones colectivas que detengan esta progresión de la soledad y el desencanto?

La atención psiquiátrica tradicional parte de una mirada distinta. El tratamiento, la cura, incluso la rehabilitación psicosocial se encuentran muy alejados de una visión comunitaria. En realidad toman un sentido siempre enmarcado en el modelo manicomial. Los fines de la institución psiquiátrica hegemónica, han sido desde sus orígenes aislar y controlar a sus usuarios. Por ello insistimos en la importancia de transitar hacia un proyecto que defienda el trabajo en y con la misma comunidad. No

basta con traspasar los muros de la institución psiquiátrica para que el sujeto pueda encontrar en la comunidad una respuesta que atienda de manera real sus necesidades. Se trata de un reto enorme, dado que los años transcurridos han mostrado la desertificación de la sociedad en cuanto a vínculos solidarios y prácticas comunitarias que puedan acoger a sujetos, privados por el encierro, desligados de las estructuras sociales que los sostenían y estigmatizados por los efectos de las mismas prácticas rehabilitadoras.

Cualquier tipo de transformación que considere el sufrimiento psíquico de los sujetos, no puede dejar de considerar las acciones que brinden una atención precoz y oportuna del conflicto, la necesidad de promoción de la salud y el bienestar como objetivo, el acompañamiento tanto a los afectados como a sus familiares, el apoyo para una rehabilitación oportuna y el seguimiento a partir del trabajo social, así como una lucha por políticas sanitarias que atiendan a las poblaciones más desfavorecidas.

Aportes a la atención comunitaria en salud mental

Para pensar las condiciones en el campo de la salud mental en nuestro país, dirigimos nuestra reflexión hacia las propuestas comunitarias y colectivas, confrontándolas con las condiciones de atención en la institución psiquiátrica tradicional hegemónica; nos centramos en aspectos de la atención pública que consideramos significativos para pensar dicho campo. De acuerdo con los escritos sobre las reformas psiquiátricas, la salud mental en la comunidad tiene el sentido de la construcción de distintas estructuras de servicios, descentralizadas, para garantizar la atención médica, psicosocial y de trabajo en el contexto del paciente, con el fin de su integración social.

Las transformaciones en las instituciones de salud mental hacia lo social y comunitario tuvieron su antecedente en los aportes de la comunidad terapéutica de Gran Bretaña, la psicoterapia institucional y la política de sector en Francia, el movimiento anti-institucional iniciado por Basaglia en Italia y la psiquiatría preventiva en Estados Unidos de Gerald Caplan.

Para Maxwell Jones (1966:25) la comunidad terapéutica y el acento en el aspecto social del manicomio, representó "la extensión de los conceptos de medicina y psiquiatría que ahora incluyen las ciencias sociales, y la participación en la responsabilidad del tratamiento y prevención de un grupo social que se amplía cada vez más, implica una reevaluación de toda organización social de la psiquiatría misma". Este autor apunta a la descentralización de los hospitales psiquiátricos, democratización de las relaciones de trabajo, la necesidad de las reuniones del equipo, la reducción de camas, las visitas al hogar, la educación para la salud mental, y la necesidad de modificar la relación del paciente con los profesionales de la salud promoviendo la participación activa en las reuniones del equipo. Este proceso culminó con el Acta de salud mental de 1959.

En Francia, en el hospital Saint Alban, Tosquelles desde 1940 propuso un trabajo de transformación de la institución psiquiátrica a partir de la psicoterapia institucional, fundamento teórico de la psiquiatría de sector. Este proceso consolida la presencia del psicoanálisis en la psiquiatría francesa. Jean Oury, director de la clínica La Borde, fue uno de los principales exponentes del análisis institucional.

Basaglia, principal representante de la reforma psiquiátrica italiana, retoma estas experiencias y plantea en Gorizia y luego en Trieste, un cambio que aparece como una ruptura fundamental, pone en tela de juicio el internamiento y las técnicas innovadoras de tipo institucional; plantea críticas a las reformas anteriores, como la comunidad terapéutica que desarrolla cambios sin democratizar las relaciones; a su lucha contra la exclusión y la violencia institucional le acompaña el cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos y la creación de unidades de salud mental que los sustituyan. Para Basaglia, el lugar del trabajo es un factor indispensable para la ruptura entre el adentro y el afuera de la institución psiquiátrica; considera que el no trabajo representa sumisión y alienación; por ello, la creación de cooperativas se convierte en un recurso central de las transformaciones y de gestión de ciudadanía.

En *Principios de psiquiatría preventiva* (1966) Gerald Caplan desarrolla los elementos conceptuales de esta nueva orientación en Estados Unidos, donde integra un campo de conocimientos teóricos y prácticos

para reducir la incidencia de trastornos mentales en la comunidad en los tres niveles clásicos de atención.

Se ensaya un modelo de atención a la salud mental que trascienda la asistencia centrada exclusivamente en el sujeto enfermo, asiento individual de la patología, para proyectarse a la comunidad, tratando de producir cambios positivos en las instituciones [...] a fin de modificar los factores predisponentes de la enfermedad y posibilitar más bienestar o al menos la información necesaria para ello (Desviat, 1994:77).

Para la intervención preventiva, señala la importancia de la atención en crisis, concepto construido fundamentalmente a partir de las nociones de *adaptación y desadaptación social* (Amarante, 2015:56-58). La crítica que recibió esta concepción fue la aproximación normalizadora del sujeto a lo establecido.

España se incorpora tardíamente a la reforma psiquiátrica. Después de consolidada la democracia se promulga en 1986 la Ley general de sanidad, se reduce al máximo la posibilidad de hospitalización y se tiende a dar atención a las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. La atención a los problemas de salud mental de la población fue realizada en el ámbito comunitario. Los objetivos del plan: cierre del hospital psiquiátrico, que culmina en 1991, y creación de una red que garantizará todas las prestaciones de recursos intermedios y residenciales a toda la población (Desviat, 2006).

Entre los recursos intermedios que posibilitan el tránsito del hospital a la comunidad, se destacan los programas de rehabilitación psicosocial para favorecer el desarrollo y potenciación de las habilidades del sujeto y las intervenciones en el contexto para la integración social. Se busca construir puentes a través de los cuales se produzca una colaboración inclusiva y de mutuo reconocimiento, que permita el sentido de pertenencia y aceptación de los demás ciudadanos. Estos programas se complementan con el soporte social. Potencian las asociaciones de familiares y usuarios y la participación del voluntariado, con el objeto de complementar las tareas de rehabilitación y de reinserción social en el contexto cultural del sujeto.

Las reformas que se llevan a cabo en países de América Latina tienen como inspiración los cambios que tuvieron lugar en los países europeos a partir del término de la segunda guerra mundial; las transiciones en estos países hacia servicios integrales y comunitarios, al igual que en los países desarrollados, han sido posibles en contextos histórico-políticos democratizadores. Con la Declaración de Caracas en 1990, para la reestructuración de la institución psiquiátrica, promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se propuso el compromiso de los países de la región para una reorientación de los servicios psiquiátricos hacia una "atención comunitaria descentralizada, participativa e integral" (OPS/OMS, 1991), procesos que ya habían iniciado en algunos países, como fue la pionera experiencia de Río Negro, Argentina (1990) y el proceso de salud mental colectiva en Brasil.

La reforma psiquiátrica brasileña constituye una de las experiencias más destacadas hasta hoy en América Latina. El sistema de salud mental, integrado al sistema único de salud, fue el resultado de un proceso de participación de todos los actores involucrados, así como de gran movilización social; su fuerza transformadora parte de una estructura democrática, que tiene su más significativa representación en la Conferencia Nacional de Salud.

A partir de 1988, tras el fin de la dictadura, se reinicia el proceso de democratización y construcción social de las políticas de salud, con una organización participativa que se expresa en los Consejos y Conferencias (Amarante, 2015:8). Después de años de debate, en 2001 se promulgó la Ley conocida como Ley de la Reforma Psiquiátrica Brasileña.²

Inspirada en la obra de Basaglia, la posición de la reforma frente a los manicomios es radical. Se proponen devolver a la comunidad la responsabilidad de la locura y transformar el lugar que la persona con sufrimiento mental tiene en la sociedad. El proceso de reducción de camas del hospital psiquiátrico y la puesta en cuestión de la medicación, camina en paralelo a la construcción de los centros de

² Ley 10.216 del 6 de abril de 2001 y leyes provinciales de reforma psiquiátrica.

atención psicosocial (CAPS), considerados una de las más acertadas creaciones de la reforma brasileña. Estructuras flexibles que integran o coordinan múltiples servicios sociales y de la red de atención en salud mental: hospital de día, talleres terapéuticos, redes en la comunidad, la participación de profesionales de distintos campos, “asociaciones civiles, entidades comerciales solidarias, que participan en la invención de estrategias de atención psicosocial” (Amarante, 2015:90).

Las experiencias aquí presentadas han mostrado que el cambio de dispositivos y de estructuras de atención también modificaron las necesidades de los sujetos antes atendidos en los grandes hospitales psiquiátricos.

Franco Rotelli, siguiendo la ideología planteada por Basaglia, desarrolló estrategias para las transiciones de otros países. En su libro *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste* (2014) establece los principios fundamentales de la organización de los servicios: un cambio de foco hacia el enfermo y sus necesidades y no hacia la enfermedad y el diagnóstico, lo que implica un desplazamiento de la atención individual a lo colectivo, utilizando los recursos del sujeto, de la familia y de la comunidad; la desmitificación de los conceptos de peligrosidad y los prejuicios e imagen social de la enfermedad; la colaboración de los no profesionales en el trabajo de equipo; la importancia de dar atención a los sujetos en su territorio. Subraya el valor terapéutico de las prácticas en el trabajo comunitario rico en contenidos de solidaridad; la atención a los derechos y las normas judiciales en relación con los pacientes; la activación de políticas sociales que se dirijan a las necesidades de los sujetos vulnerables; la formación profesional con este enfoque y la articulación en instancias administrativas y territoriales que permitan una nueva organización de los servicios.

El campo de la salud mental y la institución psiquiátrica en México

El vacío en nuestro país de estructuras fuera de los grandes hospitales para la atención psicosocial es un síntoma significativo del rechazo hacia las propuestas de la OMS para la atención comunitaria en salud

mental que fueron adoptadas exitosamente en otros países donde se ha destacado la recuperación de la ciudadanía que había sido sustraída a los pacientes como consecuencia del diagnóstico y de las condiciones de atención.

La hegemonía psiquiátrica, desde su reduccionismo biológico, ha homogeneizado los ámbitos de comprensión y de trabajo presentes en las instituciones, obturando un pensamiento que posibilite el desarrollo de condiciones que favorezcan los procesos de subjetivación.

En el caso de nuestro país, a partir del cierre en 1968 del Manicomio General de la Ciudad de México (La Castañeda), las grandes iniciativas del Estado mexicano dirigidas a la atención de los enfermos mentales se edificaron con objetivos contrarios a la transformación de los servicios de salud mental en la comunidad. Con la llamada "Operación Castañeda" se generó un oneroso sistema de hospitales granja y dos hospitales psiquiátricos, el Fray Bernardino Álvarez para pacientes agudos y un psiquiátrico infantil, Dr. Juan N. Navarro (primero en América Latina).

Los hospitales granja o colonias agrícolas, ubicados fuera de la ciudad, fueron "destinados a los pacientes incurables, con el fin de que pudieran vivir el resto de sus días bajo un régimen de mayor libertad, sin rejas ni calabozos, en contacto con la naturaleza y realizando un trabajo" (Sacristán, 2005). Sin embargo, pronto estos espacios reprodujeron las condiciones de encierro y abandono que se observan hasta hoy.

En la década de 1970, en México circulaban las propuestas de la OPS/OMS para la creación de los servicios comunitarios, la prevención y promoción de la salud mental; también la propuesta de una transición de la atención psiquiátrica de los hospitales hacia la comunidad. El pensamiento crítico de los representantes de los movimientos mal llamados "antipsiquiátricos" (Laing, Basaglia, Szasz, entre otros) recibieron la adhesión de muchos profesionales de la época. Se generaron algunas experiencias comunitarias y modelos "piloto" que pronto desaparecieron. Los recursos profesionales y de investigación se centraron en el proyecto del Instituto Mexicano de Psiquiatría,³

³ Actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

creado en 1979, afiliado a los lineamientos de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, creadora del DSM),⁴ centro de investigación y de validación de la psiquiatría como ciencia, así como de la consolidación de un sistema hegemónico biologicista para la atención en salud mental.⁵ A este paradigma se adhirieron oficialmente los principales hospitales psiquiátricos de la Ciudad de México.

Entre algunas experiencias de psiquiatría comunitaria se destaca el “Centro de Salud Mental Comunitaria San Rafael” (1974-1988), organizado por el doctor Guillermo Calderón Narvéez y sostenido por una orden religiosa; este lugar convocó el apoyo de diversos centros de salud, universidades, profesionales y grupos de voluntarios; estableció redes con otras instituciones de salud y realizó programas de prevención en escuelas; un centro de atención gratuito y abierto a la población (Calderón, 2008:135-140). Recientemente se cerraron también las puertas de la Clínica San Rafael que apoyó y sostuvo el centro comunitario.

Una breve pero significativa experiencia comunitaria, en la misma década, fue el Proyecto Santa Úrsula (1977), perteneciente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (ahora Secretaría de Salud), donde implementaron actividades de prevención y promoción en salud mental. Entre los obstáculos que se presentaron según Marcela Blum, directora del proyecto, fue la deficiente formación en ciencias sociales de los equipos psiquiátricos y la carencia de metodología para trabajar con la comunidad (Blum, 1978). Dejó de funcionar en 1978.

En 1988, el gobierno de la ciudad, a través de la Secretaría de Desarrollo Social, inicia un proyecto de trabajo comunitario para la Ciudad

⁴ Siglas en inglés del *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales*. Instrumento seriamente cuestionado por su inoperancia y sus consecuencias. Se le critica porque en el manual no hay ninguna elaboración teórica ni epistemológica.

⁵ Como lo señala el propio Ramón de la Fuente (1984:154), se privilegiaron como campos de estudio la neurofisiología, la neurobioquímica, la neuroendocrinología, farmacología y la imagenología, entre otros. “[...] la sinapsis es, hoy en día el foco de interés principal [...] la identificación de nuevos transmisores y receptores, y el establecimiento de sus mecanismos de acción a nivel molecular” (De la Fuente, 1997:10).

de México llamado Red de Servicios Comunitarios Integrados (Secoi). En la propuesta general destaca la aparición de nuevas vulnerabilidades sociales, la necesidad de abordajes comunitarios y la insuficiencia de la atención psiquiátrica centrada en la enfermedad descuidando los factores psicosociales (Sedesol, 1988). Esta iniciativa que intentaba promover la salud colectiva y los vínculos interinstitucionales, dio cuenta de la disponibilidad y respuesta de las instituciones y organizaciones para colaborar en este campo. Sin embargo, a pesar de la voluntad política mostrada, los obstáculos presentados llevaron a la interrupción de la experiencia.

En relación con el Modelo Hidalgo, tuvo su origen en el hospital Ocaranza, situado en el Estado de Hidalgo. Albergó a los enfermos más crónicos y desnutridos de La Castañeda (Calderón, 2008:114). En el año 2000, después de la incidencia de activistas mexicanos, la Secretaría de Salud gestionó la evaluación de un equipo interdisciplinario que, dadas las condiciones de las instalaciones, recomendó la sustitución del hospital por casas en la comunidad y un pabellón para pacientes agudos en el Hospital General de Hidalgo. Habilitaron algunas casas en la comunidad y las Villas Ocaranza en terrenos del hospital.

En la actualidad, el Modelo Hidalgo es impulsado a nivel nacional y reproducido en los hospitales psiquiátricos de los estados del país pero sin generar las transformaciones necesarias que posibiliten la integración de los sujetos a la comunidad. De acuerdo con las observaciones de organismos de derechos humanos y ciudadanos, Disability Rights International y la Comisión Mexicana para la Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (2010:45), el Modelo Hidalgo es "simplemente una versión más humana de la vida segregada en la institución". El Modelo Hidalgo es un ejemplo de las limitaciones de un programa que no contempla un trabajo comunitario con la participación de todos los actores comprometidos en estas transformaciones y la formación profesional indispensable para apoyar estos cambios.

En el 2000, la Secretaría de Salud crea los Centros de Salud Mental Comunitaria (Cecosam), que representan un avance al llevar la atención fuera de los hospitales y trabajar en red con la infraestructura de servicios existentes. Sin embargo, se centran en las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas y carecen de estructuras psicosociales.

Es importante señalar que los recursos de salud mental se aplican en su mayoría a sostener la infraestructura psiquiátrica actual; debido a las normas vigentes que permiten sólo una estadía corta en estas instituciones, asistimos al abandono por parte del Estado que ha dejado a la población civil y a la familia sin apoyo para hacerse cargo de los padecimientos psiquiátricos por falta de estructuras para la continuidad de cuidados.⁶

Es importante destacar que la población, para atender sus malestares, circula por tratamientos alternativos y tradicionales, a la vez que hace uso de los servicios médicos públicos y privados. En el campo de la salud mental esta situación es aún más significativa⁷ ya que la racionalidad diagnóstica imperante, estigmatizante y alejada de una comprensión más integral sobre el sufrimiento —aunado a tratamientos casi exclusivamente farmacológicos y la falta de servicios cercanos al contexto cotidiano—, han contribuido a que la población en busca de cura acuda a los servicios “psi” después de transitar por formas de atención donde le ofrecen una respuesta más cercana a sus representaciones del mundo.⁸ Así lo demuestra la investigación “Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la Ciudad de México” (Berenzon y Juárez, 2005:625). Se observó que la mayoría de los casos atendidos en servicios formales de medicina general o de salud mental concluyen cada vez con mayor frecuencia en el uso de los

⁶ En el rubro de las adicciones, el vacío del Estado es más severo. De acuerdo con la información estadística que publica el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México, más del 90% de la atención es otorgada por las organizaciones de la sociedad civil y sólo 2% por instancias públicas que reportan una severa insuficiencia de infraestructura para tratamiento profesionalizado, así como de lugares residenciales.

⁷ De acuerdo con las cifras oficiales, 5% de quienes padecen un trastorno mental demandan atención, transcurren en promedio siete años para que acudan a un profesional (Campillo, 2009:1).

⁸ E. Menéndez (1988) se refiere a estas respuestas de la población ante los malestares que los aqueja como *autoatención complementaria*. En relación con los modelos tradicionales, Zolla (2005:31) plantea que algunos malestares constituyen *síndromes de filiación cultural* (por ej. mal de ojo, susto o espanto) que apelan a procesos de *eficacia simbólica* (se puede consultar el *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, UNAM).

recursos proporcionados por las medicinas alternativas o la medicina tradicional.

Las prácticas en salud mental colectiva, escasas en nuestro país, a diferencia del modelo médico hegemónico,⁹ parten de la inclusión de los recursos culturales y comunitarios para una labor conjunta y complementaria; promueven la articulación horizontal entre los diferentes saberes y experiencias. En México, la tradición cultural comunitaria, con sus mitos, rituales y creencias, representa un contexto favorable para tender puentes hacia las prácticas participativas y solidarias que, como lo han mostrado las experiencias en salud mental, son indispensables para sostener la atención en la comunidad de las personas con sufrimiento mental.

Obstáculos en el camino

En este apartado se señalan algunos puntos nodales en los intentos de repensar nuestras prácticas tratando de remontar los obstáculos que estas acciones suponen.

En este recorrido nos hemos apropiado de los análisis filosóficos de Foucault en torno a las instituciones y su lugar punitivo y de encierro como dispositivo biopolítico de control y ejercicio de dominación. También hemos tomado en cuenta la importancia que otorga el autor al surgimiento de las disciplinas del campo "psi" y de la psiquiatría y sus efectos en la caracterización del malestar como enfermedad mental que dejó atrás el viejo concepto de locura. Producto de estas reflexiones y del enfoque biólogo de la psiquiatría hegemónica, ligada de modo inamovible a la problemática del síntoma y el acallamiento del delirio, surgen las críticas al hospital psiquiátrico y las acciones dirigidas a entender la condición humana, más ligada a los trastornos de la sociedad contemporánea y a la inequidad imperante. Todavía

⁹ Promueve la eficacia pragmática, la relación asimétrica y autoritaria, la participación subordinada y pasiva del paciente, así como la exclusión de su conocimiento (Menéndez, 1988).

hoy podemos observar en nuestros hospitales y centros de atención de diversas características, los estragos del encierro, la cronificación, la desafilación, acompañadas de un nivel de aislamiento y de desvinculación. Las intervenciones, no ausentes de buenas intenciones, y los esfuerzos perseverantes por parte de los profesionales de la salud, no cuentan a veces con la infraestructura necesaria y los recursos indispensables para la atención de los usuarios. El presupuesto para la salud mental, aspecto crucial que atraviesa las intervenciones, es insuficiente y además está centrado en las estructuras hospitalarias.

Pero tal vez el problema crucial de las prácticas en salud mental es que entienden el trastorno mental desde un modelo biologista hegemónico.

Podríamos decir que la lógica manicomial en México goza aún de buena salud. Bastan las palabras vertidas en un texto reciente del doctor Juan Ramón de la Fuente y Gerhard Heinze:

La gran expectativa sigue siendo la posibilidad de actuar sobre la mente a través del cerebro mediante sustancias que tengan acciones específicas sobre el pensamiento, la memoria, el afecto, la sexualidad, el apetito, etcétera, y de influir en forma selectiva y radicalmente nueva sobre la conducta, los estados de conciencia, el humor y la memoria. Esta posibilidad aumenta conforme avanzan los conocimientos sobre las bases moleculares de las funciones mentales (2014:530).

Agregan los autores que no hay duda de que la psiquiatría se ha convertido en una disciplina cada vez menos especulativa y más experimental. Coincidimos con ellos en que los “avances” en la psiquiatría, si así pueden ser catalogados, son consecuencia del desarrollo de las neurociencias que se centran en el estudio de las bases biológicas de los trastornos mentales, dejando de lado la complejidad de los factores psicosociales que inciden en la producción de estos trastornos. En el campo de la salud mental, a partir de las reformas, se habla actualmente de salud colectiva para indicar así la necesidad de tomar en cuenta los condicionamientos sociales y comunitarios que producen malestar, desvinculación e indignancia.

Desde la década de 1960, en países europeos y, más recientemente, en América Latina, se han implementado cambios que rescatan la centralidad de la salud colectiva y el trabajo comunitario. Con la Declaración de Caracas (1990), que orientó las reformas en América Latina, los profesionales pertenecientes a organismos internacionales de salud han visitado México y desarrollado cursos de formación y asesorías a nuestro país. Sin embargo, estos cambios no han tenido el lugar deseable, por el contrario, la atención se ha centralizado en los hospitales psiquiátricos que responden a prácticas donde predomina la medicalización y el asistencialismo. El hospital psiquiátrico en la Ciudad de México ha reducido el tiempo de internación de los usuarios pero se enfrenta a la dificultad de los pacientes sin familia, crónicos, sin autonomía y los deriva a centros de la Secretaría de Desarrollo Social, creados para indigentes y que por lo tanto no cuentan con la infraestructura y los profesionales especializados necesarios para la atención de los usuarios. Esta situación nos habla de una necesaria revisión de las estrategias de atención a la salud y una modificación de los servicios y de la ideología psiquiátrica que las acompaña.

Uno de los obstáculos que observamos es la centralización de los servicios en instituciones psiquiátricas, que alejan a los sujetos de sus comunidades y de su familia. Llegan a estas instituciones pacientes de diversos rincones de la República. Pensamos que los hospitales generales pueden atender y escuchar las dificultades que se presentan a veces como episodios críticos, pero no siempre severos, que pueden resolverse sin internación o intervención medicamentosa. Para ello es necesario una transformación en la formación de todos los profesionales de la salud, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, pero fundamentalmente supone una comprensión clara de los factores sociales que rodean la eclosión de la enfermedad mental. La incorporación de los factores subjetivos, afectivos y familiares que producen la aparición de gran parte de los sufrimientos y trastornos de los sujetos es también fundamental.

Contando con un equipo de trabajo, los hospitales generales u otros centros de salud pueden escuchar y evaluar las crisis que se presentan, evitando el aislamiento y el desarrollo de la "carrera moral del enfermo

mental”, al entrar en las instituciones psiquiátricas, como lo señala Goffman (2004).

Las reformas psiquiátricas desarrolladas en otros países han incorporado en sus cambios estrategias de promoción de la salud y prevención atendiendo precozmente a los factores que pueden incidir centralmente en el desencadenamiento de un trastorno severo. Factores como el desempleo, la violencia social, los miedos frente a la inseguridad, el maltrato infantil, son elementos recurrentes en la historia clínica de estos sujetos que han permanecido durante años sin escucha y sin lazos sociales que los contengan.

Estas formas de intervención requieren también de una comprensión de la especificidad y las capacidades de cada uno de los profesionales, rescatando la horizontalidad en los vínculos y desterrando la clásica jerarquización de los psiquiatras como conductores absolutos de la relación con el paciente y sus dolencias. Cambio concomitante con la idea de que el síntoma es el punto central a atender y descuidando los factores subjetivos singulares y colectivos.

Otro aspecto que han implementado las grandes reformas psiquiátricas en su descentralización institucional, y con escasa presencia en la sociedad mexicana, es la creación de estructuras intermedias, como centros de día, talleres protegidos, residencias supervisadas por profesionales, etcétera. El auxilio de las agrupaciones de la sociedad civil, como las asociaciones de familiares, de pacientes, el apoyo en organizaciones de derechos humanos, para los aspectos jurídicos y el respeto a la ciudadanía han tenido también una presencia relevante para el cambio.

Es necesario pues repensar estas prácticas e insistir en la necesidad de una participación activa de los miembros de la comunidad, para establecer una evaluación de la situación y crear nuevas estrategias de intervención en las que aparezcan como los actores principales de las mismas.

Otro obstáculo que atraviesa a la sociedad mexicana y produce efectos devastadores en las personas con trastornos mentales, por las consecuencias de marginalidad que generan, es la estigmatización; todavía seguimos arrastrando fantasmas arcaicos sobre la peligrosidad

del enfermo mental que orienta prácticas represoras y de control injustificadas en la mayoría de los casos.

Encuentros y alternativas

¿Frente a esta situación, a quién dirigimos, qué rumbo es más conveniente para nuestras intervenciones?

Se hace necesario reposicionarnos y observar estas condiciones sociales, junto a las prácticas desubjetivantes de la medicina y también de otros profesionales de la salud. Para ello hay que atender también a las demandas y llamados de los usuarios en sus momentos de crisis y conflicto. En este sentido coincidimos con algunos modelos imperantes en las prácticas de atención al enfermo mental, como un proceso que vuelve su mirada hacia los recursos comunitarios ya existentes, hacia el auxilio de las familias y las redes comunitarias de atención, en contraposición a la visión del encierro y el aislamiento. La atención primaria a la salud, campo de la prevención y la promoción, es un reto que tiene que guiar las acciones, considerando además el trastorno social que afecta a nuestra sociedad hoy en día: inseguridad, miedos, delincuencia, violencia social, entre otros. Las asociaciones de usuarios, familiares, voluntariados y otras estructuras existentes o por crearse en la comunidad, son fundamentales y pueden contribuir constituyéndose en redes que pueden establecer puentes entre las instituciones y los usuarios. No hay que olvidar las tradiciones ancestrales de nuestra cultura en relación con este tema de las organizaciones comunitarias y las formas solidarias de interacción.

La propuesta es incidir sobre los malestares de los sujetos a partir de una preocupación sobre la salud colectiva. Consideramos que las comunidades, los sujetos y las instituciones conservan potencialidades que es necesario capitalizar para acciones que conduzcan a una transformación social de las condiciones de vida. Como lo señalamos en nuestro punto de partida, no entendemos la salud mental como contrapuesta a la enfermedad, sino que pensamos que ésta depende de cómo se ponen en juego los recursos del sujeto ante las circunstancias de la vida (Ulloa, 2003).

La salud tiene que ver con una ética de la responsabilidad, del sujeto hacia sí mismo y hacia los otros que comparten su convivencia cotidiana. Supone desde la perspectiva de la subjetividad una defensa del deseo y la existencia de vida del sujeto, y el respeto por el deseo de los otros. Conlleva acciones necesarias para la consecución de este fin que se asocian a un cambio de sentido de la vida personal y colectiva más satisfactoria. Este sentido lo articulamos con la idea de solidaridad en los vínculos, participación y cooperación que tienen como horizonte otro devenir histórico. El problema de la locura no es algo que tenga que asignarse exclusivamente a sujetos que presentan una crisis, todos estamos atravesados por la irracionalidad en diversas circunstancias, porque la locura es un rasgo de la condición humana. El enfermo, señala Basaglia, “no es solamente un enfermo, sino un hombre con todas sus necesidades” (2008:30).

La convivencia social y los conflictos y frustraciones de los sujetos tienen relación con la dimensión institucional donde se juegan aspectos organizativos, tanto normativos como imaginarios que dan sentido a la colectividad.

En los intentos de pensar nuevas estrategias para la atención de la salud colectiva se pueden mencionar, por ejemplo, las radios implementadas por enfermos mentales. Éstas contribuyen a crear un espacio de expresión para las personas que habitualmente son privadas de la escucha y que ofrece, simultáneamente, reconocimiento y creación de nuevas identidades, generando redes entre los participantes, otras instituciones y los radioescuchas. En este sentido, el trabajo con redes es fundamental, pues inician un proceso de tránsito entre el adentro y el afuera, entre la razón y la sinrazón, entre la locura y la normalidad. También es importante pensar y actuar rescatando las potencialidades creativas de los sujetos a partir de distintas formas de expresión que incluyan talleres artísticos, actividades culturales, deportivas o de formación para el trabajo, que permitan una mejor inclusión en la vida comunitaria y social. Las prácticas terapéuticas han sido tradicionalmente las más señaladas para el apoyo, desde la perspectiva de la subjetividad, tanto a nivel individual como grupal. Pero es fundamental pensar otras formas de acción que promuevan

una participación para favorecer la construcción de lazos solidarios y participativos en el seno de las instituciones y comunidades.

Los programas de derechos humanos y de lucha por la ciudadanía son factores que siempre están presentes en estas transformaciones, ya que se articulan con problemas fundamentales como el trabajo y el sentido de pertenencia a una vida productiva.

El giro supone un rescate de los recursos de los sujetos en cualquier forma de expresión donde el actor pueda expresar su deseo y sus afectos, que contribuya a integrarlo a partir de un reconocimiento social.

Estas actividades comunitarias no suponen un abandono de la subjetividad singular. Atención, acompañamiento, conocimiento de la historia, son aspectos fundamentales que evitan las improcedentes intervenciones generalizantes, como las que a veces se han puesto en marcha cuando se desarrollan programas comunitarios sin la escucha necesaria y la participación de los miembros implicados; estos programas son elaborados desde la concepción bien intencionada de los "expertos" pero han estado en ocasiones atravesados por los discursos psiquiátricos y epidemiológicos comprometidos con las miradas del modelo hegemónico dominante. Ello supone también abandonar la idea del diagnóstico sustentado en las directrices del DSM, ya que promueve el encasillamiento de los sujetos a una identidad cerrada que abona a la exclusión social.

Estas propuestas implican una tarea interdisciplinaria en equipos, sin perder sus objetivos y especificidades, que confluya en la autonomía, reconocimiento, inclusión social y recuperación de la palabra de los sujetos sufrientes. Implica una escucha a nuevas significaciones y formas de expresión, respeto de los llamados síntomas positivos de la enfermedad mental, los delirios y las alucinaciones. Apoyo a las familias y acompañamiento a las personas más vulnerables en los momentos de crisis.

La formación de los médicos es un plano fundamental, pero también un cambio en la conciencia social en torno a los factores que producen el trastorno mental y una comprensión de cómo las tramas sociales y familiares afectan de igual modo a todo el tejido social. Es necesario combatir las falsas polarizaciones entre el sujeto normal y el enfermo mental. La locura y la irracionalidad nos habita a todos, una

visión equívoca del encierro, del adentro y del afuera invade nuestros fantasmas cotidianos. Es necesaria una lucha por políticas sanitarias que atiendan a las poblaciones más desfavorecidas.

La asociación entre locura, pobreza e indigencia alcanza su máxima visibilidad en las instituciones de encierro.

Es en las escuelas donde se presentan las mayores dificultades: drogas, automutilaciones, intentos de suicidio, violencia escolar, y también los efectos de prácticas medicalizantes en los niños por parte de profesionales que, sin entender la psicología del niño, se aferran a equívocos diagnósticos precoces que marcan un destino poco alentador para los sujetos.

Desde estos posicionamientos, tratamos de entender el papel de la universidad como institución articuladora entre el pensamiento, el conocimiento y la acción en las prácticas de salud, fundamentalmente en el campo de la medicina y la psicología, pero también en enfermería y trabajo social. La tarea parece inalcanzable, pero es necesario iniciarla, desde donde sea posible, aun desde lo más pequeño, en cada oscuro lugar donde nos toque actuar dado que las condiciones estructurales navegan en contra de una transformación y reforma integral.

Bibliografía

- Amarante, Paulo (2015). *Salud mental y atención psicosocial*. Madrid: Colección Salud mental colectiva 7 (dirigida por M. Desviat), Ed. Grupo 5.
- (2006). *Locos por la vida*. Buenos Aires: Colección Archipiélagos, Ediciones Madres Plaza de Mayo.
- Apollon, W. et al. (1997). *Tratar la psicosis*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Bang, C. (2014). “Estrategias comunitarias en promoción de salud mental. Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas”, *Psicoperspectivas*, 13(2), pp. 109-120 [<http://www.psicoperspectivas.cl>].
- Basaglia, Franco (2008). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Argentina: Topía Editorial, Colección fichas para el siglo XXI.
- y Basaglia, Franca (comp.) (1977). *Los crímenes de la paz*. México: Siglo XXI Editores.

- Bauman, Zygmunt (2000). "Cómo leer a Freud en el siglo XX", *Lanación.com* [<http://www.lanacion.com.ar/1700733-como-leer-a-freud-en-el-siglo-xxi>].
- Berenson Gorn, S. y F. Juárez (2005). "Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la Ciudad de México", *Revista Saúde Pública*, enero, 2005 [http://www.researchgate.net/publication/250042703_Atencion_de_pacientes_pobres_con_trastornos_afectivos_de_la_ciudad_de_Mexico].
- Blum, Marcela (1978). "Un programa de psiquiatría comunitaria en Santa Úrsula Coapa, Distrito Federal". México (fotocopia).
- Calderón Narváez, G. (2008). "Centro de salud mental comunitaria", *Las enfermedades mentales en México*. México: Trillas, pp. 135-140.
- Campillo, C. (2009). *Boletín de atención psiquiátrica*, vol. 1, núm. 2, México: Secretaría de Salud [http://www.sap.salud.gob.mx/media/65506/sap_bol2.pdf].
- Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores.
- Caplan, G. (1966). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- De la Fuente, J.R. (1984). "La investigación en el campo de la psiquiatría en México", *Evolución de la medicina en México durante las últimas cuatro décadas*. México: El Colegio Nacional, pp. 141-173.
- (1997). *La patología mental y su terapéutica*. Tomo I. México: Fondo de Cultura Económica.
- y M. Gerhard Heinze (2014). "La enseñanza de la psiquiatría en México", *Salud Mental*, núm. 37, pp. 523-530. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente [<http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3706/sm3706523.pdf>].
- Dejours, C. (2013). *La banalización de la injusticia social*. Buenos Aires: Ed. Topia.
- Desviat, M. (2015). *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Madrid: Grupo 5.
- (2006). *De locos a enfermos. De la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria*. España: Ayuntamiento de Leganés.
- (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Ediciones Dor.
- Disability Rights International/Comisión Mexicana para la Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (2010). *Abandonados y desaparecidos. Segregación y abuso de niños y adultos con discapacidad en México*.
- Fernández, Lidia y M.E. Ruiz Velasco (2003). "¿Es posible la prevención en salud mental?", en Jáidar, I. (comp.), *Convergencias en el campo de la subjetividad*. México: UAM-Xochimilco, pp. 23-52.
- (2014). "Estrategias frente a la locura: de las prácticas individualizantes a la integración comunitaria", ponencia presentada en XI Coloquio Departamental de Educación y Comunicación. Cuernavaca, Morelos.

- (2013). “Los diagnósticos, el DSM y la salud mental”, *Anuario de investigación*. México: Departamento de Educación y Comunicación, UAM-Xochimilco, pp. 25-47.
- Flores, F.L. (2012). “La recuperación como modelo de atención en el campo de la salud mental”, *Anuario de investigación*. México: Departamento de Educación y Comunicación, UAM-Xochimilco.
- (2013). “Hacia el modelo comunitario en salud mental. La situación actual en México”, *Anuario de investigación*. México: Departamento de Educación y Comunicación, UAM-Xochimilco.
- (2014). “Obstáculos para el abordaje psicosocial de la psicosis”, *Anuario de investigación*. México: Departamento de Educación y Comunicación, UAM-Xochimilco.
- Foucault, M. (1990). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- García, Ramón (comp.) (1975). *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona: Barral editores.
- Goffman, E. (2004). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Huertas, R.O. (2008). “Salud mental y reforma psiquiátrica. Algunas reflexiones históricas”, *Eidon. Revista española de bioética*, vol. 27, Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud.
- Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. *Programa anual, 2014* [<http://www.iapa.df.gob.mx/wb/iapad/pat2014a>].
- Jones, Maxwell (1966). *Psiquiatría social*. Buenos Aires: Ed. Escuela (publicado en inglés, 1962).
- Laing, R. (2002). *El yo y los otros*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Menéndez, E. (1988). “Modelo médico hegemónico y atención primaria”. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, pp. 451-464 [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf].
- Muñiz, Eva (2013). “*Primun non nocere*, también la rehabilitación”, Ortiz Lobo A., *Hacia una crítica psiquiátrica*. Madrid: Grupo 5, pp 161-186.
- OPS/OMS (1991). *Reestructuración de la atención psiquiátrica. Bases conceptuales y guías para su implementación* (HEA/MND.191), Washington.
- Rosen, George (1974). *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*. Madrid: Alianza Editorial.
- Rotelli, Franco (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Argentina: Ed. Topia. Colección Fichas para el siglo XXI.

- Ruiz Velasco, E. (2006). *Psicosis, subjetividad y respuestas institucionales*. tesis de doctorado en ciencias sociales. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Sacristán, Cristina (2005). "Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México, de la hagiografía a la historia moderna". Tendencias, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, vol. V-1, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas [<http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/viewFile/16413/16259>].
- Saraceno (1999). "La ciudadanía como forma de tolerancia", *Átopos. Salud mental, comunidad y cultura*, núm. 3, "Sociedad civil, salud mental y psiquiatría", Madrid.
- Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) (1988). *Programa de salud mental comunitaria para la Ciudad de México*. Documento de trabajo.
- Tramas. Subjetividad y Procesos Sociales*, núm. 42. "Encrucijadas en el campo de la salud mental", 2014. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Ulloa, Fernando (2003). "Entrevista a Fernando Ulloa por Emilia Cueto", *Sigma, Revista de la Fundación del Campo Lacaneano* [<http://www.el sigma>].
- Zolla, C. (2005). "La medicina tradicional indígena en el México actual", *Arqueología Mexicana*, vol. XIII, núm. 74, julio-agosto, "Salud y enfermedad en el México Antiguo, México.