

01

La acción terapéutica: de lo singular a lo colectivo (Notas para otra salud mental)

Manuel Desviat

Universidad a Distancia de España | desviatm@gmail.com

Paradójicamente la ciencia psicológica, en su afán por devenir científica, paga el costo de la deshumanización de la mente (Bruner, 1990).

Yo digo: tiene una enfermedad, y usted dice: es un enfermo... Lo que puede parecer un simple juego de palabras, es en realidad el punto de partida de dos concepciones completamente diferentes de la psicopatología (Enry Ey H, s.f.).

No hay una filosofía de la acción terapéutica en psiquiatría, en psicología o en salud mental, porque no hay una verdad tecno-científica, un paradigma que la respalde. No la hay si entendemos la filosofía como un conjunto sistemático de razonamientos que nos permiten pensar la acción terapéutica, sus principios e ideas como una actividad o ciencia determinada, por mucho que se empeñen los ideólogos de la psiquiatría biológica con sus DSM, guías y protocolos. Hay formas diversas de entender las herramientas y las causas, el porqué del sufrimiento psíquico, verdades parciales y contradictorias. Esto señala una debilidad, hace a la acción en salud mental frágil, muy vulnerable a las modas e intereses del poder financiero y político, y al tiempo, le permite una gran creatividad, una incesante necesidad de búsqueda. El conocimiento siempre ha crecido gracias a la duda, a la incertidumbre.

La verdad es que los tiempos predicen una filosofía del *prêt à porter*, de no saber del porqué de las cosas. Basta con poder manejarlas y cuantificarlas. El conocimiento se centra en el cómo funcionan. La ciencia en lo medible, en el dataísmo. Pero en los datos no hay una narración, no se encuentra el sentido; no hay filosofía alguna. Tampoco se la quiere. Los datos sustituyen a la teoría y a la historia. No es casual que el DSM se declare, a partir del DSM III (APA, 1990), ateorico e ahistórico en su intento de convertir al trastorno mental en mero hecho natural e universal. Aunque, como escribe el historiador Rafael Huertas (2005), es «casi obsceno que definan su clasificación como científica gracias a prescindir de la reflexión teórica y de la historia» (p. 14). Una filosofía que se pretende del sentido común, que en el fondo nos remite a la ideología de la época. Hay quien dice que la filosofía, en última instancia, sea filosofía de la ciencia, de la técnica o filosofía del acontecer, trata del deseo y del poder.

Si buscamos lo que sustenta las diferentes corrientes terapéuticas nos encontramos con un ancestral debate filosófico, lo que se ha dado en llamar «el error de Descartes»: la separación del cuerpo y el alma (Damasio, 2010). Lo que traducido a nuestro campo, viene a ser: cerebro y mente, subjetividad o

biología. Esta es la primera escisión que marca, con vaivenes, la historia del hacer terapéutico en el campo de la sanidad y, más particularmente, de la salud mental. Dependiendo de la opción que tomemos, la acción terapéutica será diferente. De un lado, tenemos una alteración del cerebro, de su función neuroquímica, que nos conduce a un tratamiento médico que no entiende del sentido del síntoma, que no se preocupa por la persona, que trata una abstracción del sufrimiento psíquico hecha por la misma medicina-psicología, que es la enfermedad, donde no cabe la subjetividad, donde no cabe la persona concreta. No hay escucha, y la acción terapéutica se suele centrar en la farmacología, en tranquilizantes más o menos potentes (antidepresivos, ansiolíticos), basada en la propia construcción de un cuerpo teórico con la mirada puesta en el cuerpo biológico, sus conexiones internas y fluidos, que considera enfermedades como hechos naturales y universales para no centrarse en el enfermo concreto. Es por ello que la acción terapéutica termina siendo contra la enfermedad, no hacia el enfermo.

Del otro lado, tenemos una persona con su biografía, sus emociones, sus fracturas, sus duelos y sus deseos. Asimismo, tenemos unos síntomas que cobran sentido en la vida de la persona que aqueja esas alteraciones. Donde impera la escucha, donde la acción terapéutica empieza por la escucha, la «enfermedad» se nos presenta en su correlato biopsicosocial como una entidad construida histórica y socialmente. Ahí está la fibromialgia o la misma esquizofrenia, como enfermedades de la modernidad, por no hablar de ese invento reciente de la empresa farmacéutica que es el TDH.

Pero ¿qué es la acción terapéutica?, ¿cuál es su función social?, ¿quiénes intervienen en ella?, ¿cuáles son sus límites?

Supongo que todos estaremos de acuerdo en que la acción terapéutica es aquella que tiene por objeto producir salud. Esta es una actividad que posee, como otros bienes y servicios, un valor de uso en cuanto atiende necesidades sociales expresadas en demandas: sanar o mitigar, restablecerse, no sufrir o sufrir menos, rehabilitarse, no morir, morir dignamente. Se establece así una relación: la autoridad sanitaria y los profesionales tienen cosas que ofertar –el

trabajo en salud o el poder de la autoridad sanitaria— y la sociedad civil tiene malestar, sufrimiento y necesidades que piden ser atendidas. La cuestión es, por un lado, cómo se expresa esa necesidad, cómo se expresa hecha demanda; por otro, cómo se construye la respuesta. Demanda y respuesta van a estar condicionadas históricamente. Se enferma y se trata según te deja tu época, la historia de tu pueblo y aun de tu tribu. El individuo tiende a expresar las situaciones de malestar por medio de formas aceptables y significativas para su propia cultura. Cada momento histórico escenifica sus representaciones, sean las enfermedades mentales, la manera de entender la familia, la sexualidad o los credos religiosos. Sea cual sea la metáfora que utilicemos para dar cuenta de la enfermedad —el inconsciente y las pulsiones, los circuitos cibernéticos cognitivistas, la teoría general de sistemas o la biología molecular— la enfermedad se integra en la experiencia humana como una realidad construida significativamente (Desviat, 2010).

Más ¿qué espera la sociedad del profesional de la psiquiatría, de la psicología, de la salud mental? Nuestro mundo está dirigido cada vez más por supuestos especialistas y un conjunto de guías, protocolos y libros de autoayuda. Allí donde el individuo no reconoce nada por sí mismo será formalmente tranquilizado por el experto (Debord, 1990, p.23). En este primer mundo del *just it*, del hágalo ya, lleno de expectativas a satisfacer con recetas, pócimas y gimnasios, una ilusión puebla el imaginario colectivo: para todo puede haber un remedio. No perdamos el tiempo, no queramos saber: basta una receta, un medicamento y todo lo más unas prescripciones de psicología positiva. La felicidad está al alcance de la mano. Salud y placer sin introspección, sin compromiso, sin riesgo, en el marco de los atributos idealizados de la felicidad que la maquinaria comercial organiza como representación de la realidad.

Una ilusión que los profesionales de la salud hemos ayudado a forjar. La psiquiatría y la psicología se introducen por el resquicio de la frustración social, invadiendo poco a poco la escuela, la vida familiar, la cama, los sueños. La sociedad nos exige no solo controlar la locura, el acto psicótico imprevisible, sino remedios eficaces para el malestar cotidiano. Nos exige, una vez más, hacer frente a sus males: toxicomanía, delincuencia. Psiquiatrizar el mal: violadores, torturadores, psicópatas. «¿No es acaso tranquilizador para la humanidad», escribe Daumezón, «poder atribuir a una debilidad mental algunos de los crímenes que la deshonoran? [...] Admitir tan fácilmente la existencia de

monstruos razonables que cometen crímenes inauditos, sin interés y por la sola necesidad de bañarse en la sangre de sus semejantes ¿no es rebajar la dignidad del hombre?» (Daumezon, 2000, p. 20).

Nos encontramos, por tanto, en una encrucijada. Por un lado, la sociedad y el poder nos piden que atendamos ciertos malestares de la vida cotidiana, en buena parte provocados por las propias condiciones del sistema social, y cuya verdadera solución está fuera de nuestro alcance; por otro, nos tropezamos con unos determinantes en nuestra práctica que favorecen la cronificación de los trastornos: entre otros, el abuso y mal uso de la medicación psiquiátrica, o la propia estructura, por lo general, de los servicios de salud mental.

Pues al final, tanto por la presión social como por la insuficiencia de la estructura (escenario, técnicas) del encuentro en la clínica actual, se trabaja por lo general con la tríada médica diagnóstico, prescripción y consejo; rara vez, psicoterapia. Clínica precaria cuando no negada como predicen algunos programas de rehabilitación. La rehabilitación psicosocial es otra cosa, plantean, privilegiando unos protocolos estandarizados que pretenden la «normalización» de los pacientes. La supuesta eficacia técnica, instrumental, ha renunciado a la psicopatología; el apaciguamiento o supresión de los síntomas se ha logrado renunciando a la comprensión de los enfermos. Se ha hecho a expensas de la negación de la psicopatología y la clínica. En el mejor de los casos, la clínica ha pasado a un segundo plano, confundiénola con la psicofarmacología.

Sin lugar a dudas, hacen falta protocolos, guías que regulen la actividad; procedimientos que protocolicen su seguimiento y evaluación; en suma, que informen y reglamenten el tratamiento de los pacientes. El problema no está en los protocolos ni en las guías, está cuando estos se constituyen en la única atención al paciente, cuando sustituyen el entendimiento de sus síntomas como parte de su biografía, cuando la inevitable transferencia se desplaza a un cuestionario a rellenar puntualmente, cuando no en normas disciplinarias que fuerzan al paciente a esconder su sintomatología. No hay negociación, el contrato terapéutico se reduce a un cumplimiento de tareas y normas de convivencia. Está el riesgo de convertir los programas en escuelas, donde el paciente termina aceptando pautas que le infantilizan, como sucede en etapas que describe Goffman en la instituciones totales (Goffman, 1970). Foucault habla de «poder pastoral», una atribución de origen religioso, que pretende «conducir y dirigir a los hombres a lo largo de la vida y en cada una de las circunstancias

de esa vida y todo ello para obligarlos, en cierta manera, a comportarse de determinada forma, a conseguir su salvación» (Foucault, 1999, p.124). Aquí el rebaño serían los pacientes y los que tienen el derecho de ejercer la tutoría los profesionales de la salud mental, con el objetivo de la recuperación-salvación de la enfermedad.

Pero la «recuperación» debe ser otra cosa. Debe asumir los riesgos que la propia vida tiene, riesgos para el paciente y riesgos para el terapeuta –si este considera como un fracaso a su hoja de servicios una nueva crisis de «su» enfermo, un nuevo brote, o como nos gusta decir, una descompensación–. El tratamiento es la reversión de los síntomas que hacen sentirse mal al paciente, o la devolución o adquisición de habilidades y competencias, pero siempre que sirva para atribuirle sentido a lo que le sucede, dentro del respeto a la dignidad y a los derechos de la persona, sin convertir la curación-salvación en una tutela de por vida que controla toda la existencia de la persona, para evitar los riesgos. Estar «sano» no debe ser –o es– hacerse el muerto en vida. Una perniciosa idea terapéutica de lo que es la normalidad psicótica o de cualquier trastorno grave, que niega la diversidad. ¿Pero, además, qué entendemos por normalidad? Freud afirma en *Análisis terminable e interminable* (Freud, 1937) que es una «ficción ideal». Un delirio, afirma Ximena Castro, por la imposibilidad de alcanzar normas comunes (Castro, 2013).

El caso es que, a pesar del largo camino recorrido desde instancias reformadoras respecto a la atención al trastorno mental, la consideración del paciente como ciudadano es tan proclamada como escasamente considerada. Con la reforma psiquiátrica, la desinstitucionalización y la salud mental comunitaria se han creado herramientas eficaces para enfrentar las crisis y la cronicidad psiquiátrica, pero en repetidas ocasiones su aplicación ha terminado por ser poco respetuosa con la autonomía del paciente y sus derechos esenciales. La eficiencia, en muchos programas, ha relegado a la clínica, y de forma mucho más habitual, a la subjetividad, no solo desde focos de ceguera por exacerbación de lo social, como escribe Rosana Onocko (Onocko Campos, 2013), sino por la insuficiencia del modelo biopsicosocial. La urgencia técnica y ética de cerrar los hospitales psiquiátricos, la exigencia de una rápida construcción de utillajes útiles para atender a los nuevos perfiles, a los viejos y nuevos crónicos de la desinstitucionalización, hizo que las experiencias de la Reforma descuidaran, cuando no simplemente omitieran, la subjetividad con su correlato en la dis-

tintas modalidades de asistencia. No es algo que concierna solo a la psiquiatría centrada en el cuerpo o al cognitivismo más duro, es una ausencia que se da en buena parte de las prácticas que se definen como biopsicosociales. El sujeto queda fuera como, por lo general, queda fuera la voz de los pacientes y de la comunidad de las prácticas de la salud mental comunitarias.

De la desinstitucionalización a la salud mental colectiva

La desinstitucionalización convierte el hacer comunitario en el modelo asistencial de las reformas psiquiátricas, forjando, en la diversidad de las experiencias, una cultura teórico-técnica para los procesos de transformación. La salud pública –con sus niveles de actuación, grupos de riesgos, diagnóstico poblacional...–; el psicoanálisis –psicoterapia institucional, psicología del yo, crisis...–; la psiquiatría social; la rehabilitación psicosocial (por un lado y por otro), la creación de sistemas de salud nacionales (universales, públicos, descentralizados) y el desarrollo de la Atención Primaria y de la Nueva Promoción de la Salud van a constituir el marco donde se fraguan las bases del modelo comunitario. La locura salta los muros de los psiquiátricos y se hace visible socialmente. Es difícil que hoy alguien niegue las mejoras asistenciales y en derechos humanos y ciudadanos que ha aportado la Reforma a las personas con sufrimiento psíquico, las ventajas de la desinstitucionalización y creación de recursos en la comunidad. Por mucho que aún persistan enormes carencias en todos los países y una brecha inmensa en el desarrollo de los servicios de salud mental. Aunque persistan, más o menos disfrazados en muchos lugares, los hospitales psiquiátricos o manicomios, la reforma psiquiátrica rompió su hegemonía y obligó a crear una red de recursos y prestaciones en el territorio, en la comunidad. Esta obligó a ampliar el eje clínico a un eje social, al tiempo que forzaba el cambio del jerárquico servicio de psiquiatría al más plural equipo de salud mental. Lo anterior significó mucho más que un cambio de nombre. La reforma cambió el imaginario social en torno a la enfermedad mental, y se promovieron políticas de defensa de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental. Surgieron poderosos movimientos de familiares y usuarios, exigiendo su espacio, su lugar, su reconocimiento.

La reforma psiquiátrica rompió la hegemonía de los manicomios y de un modelo ineficiente y poco ético en la asistencia. Para algunos, quizás sin duda para el sistema político económico que predomina hoy en el mundo, la reforma ha finalizado aquí sus objetivos. Sin embargo, había más ambición en sus orígenes. El propio proceso desinstitucionalizador abrió nuevas expectativas. Se convirtió desde el inicio en un proceso social complejo, que exige recomponer saberes y técnicas, un proceso técnico-ético que origina nuevas situaciones que producen nuevos sujetos, nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos, como señala Paulo Amarante (2003). Un proceso que, dejado a su propio discurrir, va a dinamitar las bases conceptuales de la psiquiatría hecha en el adentro de los muros hospitalarios, de una psiquiatría que entroniza el signo médico y considera la enfermedad como un hecho natural, prescindiendo del sujeto y de su experiencia de vida, promoviendo una práctica trabada entre la normalización y la disciplina. Dejado su propio desarrollo, el modelo comunitario de la Reforma, crea la necesidad de transformar, de subvertir la psiquiatría-psicología biocibernética, de amplificar la mirada incluyendo un eje subjetivo, un eje social y un eje político. Una nueva manera de afrontar la salud mental que tiene que encontrar su desarrollo en dos pilares: por una parte en el avance de la psicopatología, desde esta nueva perspectiva, que incluye una elaboración desde una dialéctica que una a la teoría con la práctica, que rompa la brecha entre quienes investigan y quienes ven pacientes, y, por otra parte, en el desarrollo de unos servicios públicos eficientes y empoderados por la ciudadanía, donde se respeten la autonomía, la voz y los derechos de los pacientes.

Es claro que así la reforma no es una mera reordenación y optimización de los servicios de atención, como también que hay que ir más allá de la desinstitucionalización, lo que significa un cambio de marco socio-político que haga posible una nueva práctica. La reforma ha encontrado los límites que establece el sistema vigente, aun forzando a contracorriente muchas de sus líneas rojas. El trabajo social, comunitario, ha sido una conquista, espacios de contrapoder arrebatados al poder del capital, de ahí la continua presión para minimizarlo por parte de las autoridades sanitarias y sociales. Su progreso será siempre una lucha dentro de un frente social por hacer más equitativa y solidaria la sociedad.

Otra clínica. Una clínica del sujeto, ampliada

[...] mi educación médica me había enseñado un montón de datos, pero poco acerca de los espacios que existen entre esos datos. Aprendí que ante una enfermedad pulmonar severa, deberíamos prescribir oxigenoterapia domiciliaria, pero no qué hacer ante un paciente que, avergonzado por no tener hogar, me da una dirección equivocada (Mukherjee, 2011).

Entre las directrices principales que se aprueban en la III Conferencia Nacional de Salud Mental (Brasil, 2002), –organismo participativo que establece las líneas de actuación de la Reforma Psiquiátrica Brasileña– está la red de servicios territoriales que substituyen al hospital psiquiátrico, integrados en la red de salud general, la consideración del usuario como ciudadano en todos los espacios, sea cual sea su diagnóstico y estado, la priorización de la ética en todo momento, y la participación del paciente en su plan terapéutico. Al tiempo, reafirma a los Centro de Atención Psicosocial (CAPS) como el eje del trabajo en el territorio, articulando la atención de los distintos dispositivos de la red sanitaria y social. En cuanto a la asistencia:

Es fundamental, también, que las nuevas modalidades asistenciales substitutivas [al hospital psiquiátrico] desarrollen prácticas reglamentadas en relaciones que potencien la subjetividad, la autoestima y la ciudadanía y busquen superar la relación de tutela y las posibilidades de reproducción de la institucionalización o cronificación (Brasil, 2002, p.24).

Según Taís Bleicher, son características principales de la actividad del CAPS: la integración con las políticas sociales; la reflexión crítica de los trabajadores sobre sus teorías y prácticas; el intercambio práctica/investigación científica; la actuación política en la comunidad, y la disminución de las jerarquías dentro del equipo de salud, y entre este y el paciente con consecuencias sobre la calificación de la ciudadanía y la autonomía de los pacientes (Bleicher, 2015, p. 138).

Tenemos con esto bases para el proyecto de una nueva clínica, para otra asistencia en salud mental que incorpora la subjetividad y supone la devolución de la plena ciudadanía al enfermo psiquiátrico, pero una ciudadanía que no es la simple restitución de sus derechos formales, sino, como reclama Benedetto Saraceno, la construcción de sus derechos sustanciales (Saraceno, 1999), y es

dentro de esta construcción donde se encuentra la única resolución de la crisis o recuperación posible, desde otra práctica clínica, que ya no sea patrimonio de psiquiatras y psicólogos, sino de todos aquellos que participen en la atención al sujeto de la demanda, y el sujeto mismo. Una clínica del sujeto en su contexto, una clínica de la dignidad.

No obstante, construir una nueva clínica exige romper la cerca en la que el pensamiento de la época, pragmático, mercantilista, insolidario, nos encierra. Exige volver a relacionarnos con los saberes que constituyen nuestra realidad la filosofía, la antropología, la literatura, con el arte; con aquello que estuvo en el origen de la psiquiatría y que hoy se ha perdido enfangado en un utilitarismo inculto, pero no inocente, pues intenta dominar el pensamiento del mundo para procurar ganancias a unos pocos. Es por lo que, una nueva clínica, exige una praxis que se interrogue sobre la producción de la salud y, por tanto, sobre la producción del saber. En suma, sobre el poder.

La globalización financiera pretende una realidad única: pretende que no haya un afuera ni científico, ni cultural, ni social, del ideario neocapitalista. En psiquiatría y en psicología tenemos el DSM, ahora en su V versión (APA, 2014), breviario propedéutico que impone una universalización para todos y para todo, que en nada se diferencia de una máquina expendedora de etiquetas y reponedora de medicación. Con estos diagnósticos nos estamos acercando a un antiguo deseo de los fabricantes de elixires y fórmulas médicas: hacer fármacos para gente sana (El «síndrome del riesgo de psicosis», el «trastorno mixto de ansiedad depresiva», «el trastorno cognitivo menor», «trastorno disfuncional del carácter con disforia», «trastorno de hipersexualidad»)

Una globalización que fragmenta los problemas mentales hasta un sinfín de trastornos. Todos enfermos, todos trastornados, cualquier manifestación de malestar será medicalizada de por vida. Se da el salto de la prevención a la predicción. Umbrales diagnósticos más bajos para desordenes existentes y nuevos diagnósticos. La hegemonía del modelo llamado biológico sobrepasa los límites de la medicina y coloniza el sufrimiento y la falla social, lo define, lo clasifica en categorías diagnósticas y suministra respuestas. La empresa farmacéutica se encarga de ello, fidelizando asociaciones de usuarios y familiares, como viene haciendo con psiquiatras y revistas científicas (Vasconcelos, 2012).

En el DSM V las categorías se desdibujan en espectros y dimensiones. Sin embargo, no nos engañemos, detrás de la difusión de límites ya iniciada

con la construcción del trastorno bipolar, en el que desaparece la melancolía y se psiquiatriza la tristeza, no hay un intento epistemológico de búsqueda, no se persigue la continuidad entre los distintos trastornos, comunicando lo patológico con lo normal, la intención es abrir el mercado a lo todavía no diagnosticable como enfermo, a supuestos signos precoces de enfermedad, a medicalizar la presunción de un trastorno futuro. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es buena prueba.¹ La medicina se ha convertido en una gran productora de riqueza, en cuanto la salud, la mente y el cuerpo se vuelven objetos de consumo. En manos de los mercados esta es una herramienta de normalización. Entendiendo por normal lo que dictan los intereses del Capital. Qué comer, qué vestir, qué tomar, cómo juntarnos, cómo amar. El cuerpo, en esa medicalización indefinida de la que habla Foucault, se convierte en espacio de intervención política.

La sociedad de consumo crea un conformismo generalizado y pegadizo: todos iguales. Individualidades frágiles, serializadas, carentes de verdadera diferencia u originalidad. El minusválido como modelo de una ciudadanía que viene, en una sociedad donde todo parece adquirir un aspecto terapéutico y en el que la enfermedad es de nuevo una contingencia individual, un castigo de los dioses. Es lo que ha venido denunciando *Stop DSM*, la campaña contra el DSM-V como criterio único en el diagnóstico de las sintomatologías psíquicas, avisando que nadie quedará a salvo de poder ser diagnosticado, sobre todo porque los nuevos clínicos estarán formateados deliberadamente en la ignorancia psicopatológica.

El territorio. La cuestión de la comunidad

La sociedad lo es en sentido estricto solo donde el individuo actúa y tiene vigencia. Siempre que el individuo sea aplastado o malogrado se recaerá en un tipo de comunidad inferior; ya superada entre nosotros; será un verdadero regreso histórico (Zambrano, 1996, p. 135)

1. La producción de metilfenidato en EE.UU pasó de 1,8 toneladas en 1990 a 21 toneladas en 2002 (INCB, 2005). Las prescripciones de estimulantes en Reino Unido aumentaron de 6.000 al año en 1994 a 450.000 en 2004 (NHSE, 2005, ver en <http://www.england.nhs.uk/ourwork/gov/epr/>) (INCB, 2005, ver en http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2005/AR_05_English.pdf)

Una comunidad empoderada para la salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas (Organização Mundial de Saúde, 1986)

Si hablamos de atención comunitaria, la primera condición, como en cualquier otra actividad que se quiera comunitaria, está en la presencia de la comunidad, el protagonismo de la ciudadanía, de la población organizada, sobre su salud, sobre las políticas que afectan a la vida de las personas que la constituyen. Parece obvio, pero con frecuencia hay ausencia de la comunidad en las prácticas que se consideran comunitarias, pues para que exista «comunidad» se precisa que el entramado poblacional pueda participar, tenga acceso a las decisiones y capacidad para involucrarse. La salud comunitaria requiere que la comunidad se convierta en sujeto sociológico; un sujeto social que pueda gestionar o participar activamente en la administración de aspectos fundamentales de las necesidades colectivas, atento a la potenciación de su capacidad, de su *empowerment*, término malamente traducido al castellano por empoderamiento, y que viene a significar el traspaso a los ciudadanos, grupos, organizaciones y comunidades del poder y la capacidad de tomar decisiones que afectan sus vidas.

La Carta de Ottawa, redactada por la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en 1986 y dirigida a la consecución del objetivo «Salud para Todos en el año 2.000», pone de relieve que:

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera (Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 1986).²

2. Consultar <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

¿Pero de qué hablamos cuando hablamos de comunidad? Ferdinand Tönnies diferenció las relaciones sociales de las colectividades humanas en comunitarias y societarias. Siendo estas últimas agregaciones de individuos que promueven un contrato social, que organizan el orden y la seguridad en sus relaciones sociales y económicas, y comunidad, cuando entre las personas hay valores, lazos de sangre, vecindario, esperanzas y necesidades comunes, donde hay una identidad común (Tönnies, 1988). Podríamos decir, siguiendo a Tönnies, que hablamos de comunidad cuando hay un destino común, cuando un grupo de personas participa en un bien o en una necesidad. Ya sea esta la comunidad de los amantes, una comunidad científica o un asentamiento humano. Hay una división clásica de las comunidades: comunidades de sangre (la más natural y primitiva, de origen biológico, como la tribu, la familia o el clan), comunidades de lugar (cuyo origen es la vecindad, como las aldeas y asentamientos rurales) y comunidades de espíritu (su origen es la amistad, la tradición y la cohesión de espíritu o ideología). Hoy podríamos añadir un nuevo tipo de comunidad, o comunidades, que surge con la globalización y con la red informática, donde se desdibujan las fronteras. La identidad de cada comunidad, de cada grupo humano se constituye ante la necesidad de reconocimiento, de defensa de unos derechos, de unos principios, de una diferencia. La sociedad es un conjunto de grupos humanos, de comunidades diversas, a veces artificialmente separadas. Existe el riesgo de confundir identidad con grupo separado: viejos, homosexuales, negros, mujeres, enfermos mentales, levantando vallas, fronteras que solo sirven para fragmentar la sociedad. Una identidad que se repliega, se enroca en su idiosincrasia, institucionaliza su diferencia tornándose sectaria, fundamentalista; no tolera la diferencia, teme la mezcolanza, al extranjero. Esta se aparta de la ciudadanía como derecho colectivo, donde es posible lo singular. La comunidad basada en la ciudadanía es el respeto a la diversidad de identidades, de subjetividades, de comunidades separadas.

Pero la irrupción de estos valores ciudadanos nos lleva a re-pensar el «ser-en-común», lo que entendemos hoy por comunidad. En la obra de Tönnies, en la necesidad de comunidad que plantea hay, como dice Daniel Álvaro, unas veces deseo romántico por una supuesta comunidad perdida, y otras veces, deseo por una comunidad futura (Álvaro, 2010), por otra sociedad más social e igualitaria. No olvidemos que Álvaro es un crítico de la sociedad capitalista, cercano a los postulados de Marx. Hoy los cambios en las grandes ciudades,

la omnipresencia de las redes sociales, la gran movilidad en el trabajo, exigen redefinir qué representa hoy la comunidad y lo comunitario. Se debe empezar a trabajar con conceptos que sean capaces de contener a la multiplicidad social y de lugares que se están formando, que permitan actuar en común conservando las diferencias, en un mundo, donde, como escribe Marc Augé en *La communauté illusoire* (Auge, 2010), todas las fronteras sean reconocidas, respetadas y franqueables, sin falsas identidades societarias. Lo que nos acerca al término multitud, que definen Hardt y Negri en su libro *Multitud: Guerra y Democracia en la era del imperio*, multiplicidad de diferencias singulares que se agrupan respetando sus diferencias para trabajar en común (Hardt y Negri, 2004).

Quizás sea el concepto de ciudadanía, junto con el de territorio, los que recojan mejor la multiplicidad con la que nos encontramos en la comunidad, pues de lo que se trata es de favorecer la apropiación por el ciudadano y de los colectivos de un determinado lugar, de la gestión de sus vidas y, por tanto, de su salud. Es el ciudadano el principal actor en las políticas sociales si hablamos de las sociedades democráticas, aunque solo sea porque vota cada cuatro años. De hecho, por esa presión del voto, la ciudadanía empieza a tener un papel cada vez más importante a la hora de la definición de las necesidades y en la creación de servicios para satisfacerlas. Los consumidores de los servicios sanitarios y sus familiares quieren ser algo más que receptores pasivos de los servicios o cuidadores informales de los pacientes mentales. Esta presión ciudadana va a condicionar la expresión de la necesidad, la demanda. El hecho es que nos encontramos con una disyuntiva cuando hablamos de la demanda y los movimientos ciudadanos. Por una parte, tenemos la medicalización de la sociedad en el mundo desarrollado y un imaginario social llenos de prejuicios, en una ciudadanía cada vez más fragmentada, que confunde identidad con grupo separado por color, raza, credo, género, edad, nacionalidad, levantando vallas, fronteras que solo sirven para fragmentar la sociedad. Una identidad que institucionaliza su diferencia tornándose sectaria: no tolera la diferencia, teme la mezcla, al extranjero. Esta se aparta de la ciudadanía como derecho colectivo donde es posible lo singular. Tenemos demasiados ejemplos en la historia pasada y reciente de fundamentalismos donde el sujeto desaparece en una identidad que le cerca y le define. Pues aunque la identidad común es una exigencia para que exista comunidad, también de una sola identidad se muere o se mata (Saraceno, 2004).

En salud mental se muestra la progresiva fragmentación de las asociaciones de familiares y usuarios de la salud mental frente a la unidad inicial al principio de la reforma psiquiátrica, ahora tenemos bipolares, esquizofrénicos, límites, trastornos de la conducta alimentaria, identidades artificiales creadas por la lógica del sistema, que compiten en sus demandas, dejándolas a merced de aquellos *lobbies* societarios que tengan mayor capacidad de influencia en el poder político. Algo que puede pervertir la asignación de recursos (véanse la proliferación de unidades de fibromialgia o trastornos de la conducta alimentaria en los países centrales, fagocitando recursos de la atención a la psicosis o las neurosis graves), y que sitúa a las personas con problemas de salud mental en territorios definidos por fronteras infranqueables, diagnósticos, asociaciones e instituciones.

A lo que debemos añadir como amenaza, si hablamos de las asociaciones de familiares y usuarios, la política progresiva de las multinacionales farmacéuticas, financiando asociaciones de familiares e intentando comprar a sus líderes al igual que lo vienen haciendo con los psiquiatras. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es, como ya se ha planteado, buena prueba de esta alianza de la industria farmacéutica con las asociaciones de familiares y de su capacidad de presión sobre instancias gubernamentales. En Brasil, Eduardo Vasconcelos (Vasconcelos, 2010a) refiere en un estudio de la ONG norteamericana Essential Action, dedicada a la salud pública, que por lo menos nueve entidades brasileñas de defensa de los derechos de los usuarios de salud son financiadas por fabricantes de fármacos (Vasconcelos, 2010). También tenemos el informe de Andrew Herxheimer (de la UK Cochrane) sobre la *Children and Adults with Attention/Deficit/Hyperactivity Disorder* (CHADD), una de las asociaciones más reconocidas, que solo en 2002 recibió medio millón de dólares de las compañías farmacéuticas (Herxheimer, 2003).³

El otro lado lo representan los movimientos ciudadanos y de enfermos que exigen el empoderamiento, su total involucración en la gestión de la salud mental o de su enfermedad en el marco de una salud pública y una salud mental colectiva. Conceptos como *recovery*, *abogacy*, buscan hacer protagonista de su recuperación al propio paciente y partícipe al ciudadano de la gestión de su sa-

3. La producción de metilfenidato en EE.UU. pasó de 1,8 toneladas en 1990 a 21 toneladas en 2002 (INCB, 2005). Las prescripciones de estimulantes en Reino Unido aumentaron de 6000 al año en 1994 a 450.000 en 2004 (NHSE, 2005).

lud. Poder ciudadano, necesario, sean cuales sean sus contradicciones, pues sin cuya participación activa no podemos hablar en verdad de comunitario ni de una evaluación adecuada de las necesidades. Compromiso ciudadano que tiene que ir más allá de las asociaciones militantes, más allá de la vanguardia necesaria, envolviendo a la mayoría social. El modelo tiene que ser de esa mayoría, tiene que «hacerse suyo», si queremos que sea sostenible. La salud es su salud, la salud de la comunidad, y nosotros somos expertos a su servicio. Buena parte de las regresiones, de los retrocesos y debilidades de los procesos de reforma se deben a no haber sido capaces de llegar a la población, incorporándola.

En esa labor de empoderamiento, han sido y son fundamentales los movimientos de usuarios y familiares en todo el mundo. Organizaciones que reclaman, desde posiciones más o menos integradas en los servicios de salud (usuarios) o radicalmente críticas (los llamados «supervivientes», o los «ex psiquiatrizados»), su «empoderamiento» de la salud o lo que es lo mismo: el traspaso a los ciudadanos, grupos, organizaciones y comunidades del poder y la capacidad de tomar decisiones que afectan a sus vidas. Movimientos de auto ayuda, de soporte mutuo, de defensa de los derechos, los cuales de forma individual y colectiva, informal, legal y profesional exigen la participación de los usuarios en las Políticas de Salud Mental, tanto en su elaboración como en la toma de decisiones en la ejecución, evaluación y formación de recursos; organizaciones que luchan por la conquista de los derechos civiles para los enfermos mentales y la ciudadanía plena y alternativas de autoayuda y servicios –de las que es buena muestra, como hemos señalado en anteriores capítulos, el amplio movimiento brasileño, que está forjando nuevas y creativas formas de actuación comunitaria (incardinado en la sociedad civil, en los poderes legislativos y en la evaluación y acreditación de los servicios asistenciales)–.⁴

Judo Chamberlin, miembro de Centro Nacional de Empoderamiento, en EE.UU., definía la historia y los objetivos en el Informe Sobre la Salud Mental en el Mundo de 2001 publicado por la OMS:

4. El número 8 (jan./jun. 2012) de la revista *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, analiza la historia y el presente de los movimientos sociales en salud mental, destacando su importancia en la construcción de las nuevas políticas de salud mental. En español se puede encontrar en Internet un artículo de Eduardo Vasconcelos sobre el movimiento de usuarios en Brasil, «Derechos y empoderamiento de usuarios y familiares en el terreno de la salud mental», *Atopos*, 2010, jun. 2011, pp. 24-44. Ver en <http://www.atopos.es>

Tradicionalmente, las personas que recurren a los servicios de salud mental han sido consideradas dentro del sistema como receptores pasivos e incapaces de articular sus necesidades y deseos particulares, y han sido sometidas a formas de atención o tratamiento decididas y concebidas por otros. En los últimos 30 años, sin embargo, han comenzado a articular como consumidores su propia visión de los servicios que necesitan y quieren. Entre los temas que con mayor fuerza se han planteado están: el derecho a la autodeterminación; la necesidad de información sobre la medicación y otros tratamientos; la necesidad de servicios que faciliten la participación activa de la comunidad; la eliminación de la estigmatización y de la discriminación; la mejora de la legislación y de las actitudes públicas con miras a eliminar obstáculos a la integración en la comunidad; la necesidad de servicios alternativos gestionados por los consumidores; la extensión de los derechos legales y la protección jurídica de los derechos existentes, y la supresión del internamiento, a menudo vitalicio, en grandes instituciones [...] Detrás de las etiquetas y los diagnósticos hay personas de carne y hueso que, independientemente de lo que piensen otros, tienen ideas, criterios, opiniones y ambiciones. Las personas que han recibido un diagnóstico de enfermedad mental no son distintas de las demás, y quieren las mismas cosas básicas de la vida: unos ingresos adecuados; una vivienda decente; oportunidades educativas; una formación laboral que conduzca a un trabajo real y valioso; participación en la vida de la comunidad; amistades y relaciones sociales, y relaciones personales basadas en el afecto (OPAS/OMS, 2001).⁵

Políticas de salud. Los Estados

La cuestión primordial hoy para la salud mental comunitaria en América Latina, y en buena parte del mundo, es ¿cómo se puede revertir el proceso de privatización de la sanidad y las prestaciones sociales que expolió el sistema público en los años 90 del pasado siglo?, esa «taza envenenada», en palabras de Gastão W de Sousa Campos, que ahora suministra la Troika a los países del sur de Europa con el pretexto de la crisis financiera por ellos mismos provocada (Campos, 2013).⁶ El modelo de atención comunitario se constituyó en el horizonte del Estado del bienestar, en torno a las reformas

5. Ver en http://www.proyectoChamberlin.org/documentos_web/intervencion_jose_colis.pdf

6. La tría financiera está formada por la Comisión Europea, el Banco Central Europeo y el Fondo Monetario Internacional. En el contexto de los rescates financieros de algunos países de la Unión Europea, impone la política económica de dichos países.

psiquiátricas, sanitarias y sociales iniciadas tras la II Guerra Mundial, en un momento de fortalecimiento del lazo social, de defensa de prestaciones públicas universales. El equilibrio conquistado entonces entre democracia y capital a través de la distribución fiscal de la renta y el fortalecimiento de la gestión democrática de los gobiernos se ha roto. El capital ha perdido el miedo, fracasada la experiencia soviética y muy debilitada la respuesta social. Las instituciones financieras y políticas que gobiernan el mundo se aplican para conseguir la sustitución del Estado de Bienestar por un *Estado social inversor*, que responsabilice al individuo de su destino: de su prosperidad o su miseria, de su salud o enfermedad. Desde los años ochenta del pasado siglo el FMI y el BM impulsan políticas privatizadoras en la sanidad, en los servicios sociales y en las pensiones. En realidad, aun en los años de mayor protección social, la sanidad pública estuvo siempre condicionada a una financiación que privilegiaba a las grandes empresas farmacéuticas, tecnológicas y constructoras. El gran hospital nunca perdió su hegemonía. Los gobiernos mantuvieron la medicina social en sus programas, que además les permitía disminuir costes y acercar los recursos a la población atendida con un claro beneficio político electoral, pero, al tiempo (también los de izquierda), protegieron las infraestructuras de poder de la medicina conservadora y empresarial.

La reforma sanitaria, y por tanto la salud mental comunitaria, cuando fue más allá del cerco de los mercados por la fuerza de la presión social (final de las dictaduras en España y en Sudamérica) se desarrolló a contracorriente del poder de los mercados, pero respondiendo siempre a las necesidades de reproducción del Capital. De ahí las ambigüedades y contradicciones entre los derechos constitucionales, leyes sanitarias garantistas y las insuficiencias de su aplicación. Frizón Risoto en su libro sobre el Banco Mundial y el sistema de salud en Brasil durante los años 90 del pasado siglo devela el chantaje financiero del Banco Mundial, su plan para deshacer un modelo de atención basado en el derecho a la salud, acceso universal, equitativo, liberando al Estado de servicios complejos y de la contratación de empleados públicos (el BM y el FMI exigieron a los países la reducción de la participación del sector público en la gestión de actividades comerciales, de servicios públicos y la reducción de los servicios sociales, convirtiendo en objetivo prioritario la privatización de la sanidad y las pensiones, al estilo de EE.UU.) (Frizon Rizzoto, 2013). Chile es el ejemplo que el BM y el FMI vienen poniendo para

demostrar la mayor eficiencia de los seguros privados para atender la salud de los ciudadanos. El ejemplo se basa en que es uno de los países periféricos de mayor crecimiento en las últimas décadas, pero lo que no dicen es que ese crecimiento se hace a costa de una de las mayores desigualdades del mundo, con una población que vive atrapada en todo tipo de aseguramientos privados de por vida, y cuya excelencia, aun como modelo privatizador, ha sido muy cuestionada (Parada, Reyes, Cuevas, y Ávila, 2014).⁷

El predominio neoliberal mundial subvierte las posibilidades de una acción comunitaria amparada en la acción de los gobiernos y de los organismos internacionales. La sostenibilidad de lo que se mantiene todavía allí donde se desarrollaron programas comunitarios, y las actuaciones para la implantación de nuevos desarrollos colectivos de salud mental, pasa por una revisión de las estrategias profesionales y por una acción ciudadana que asuma la responsabilidad de la salud y las prestaciones sociales como un derecho inalienable, una reivindicación no negociable que se blinde en las constituciones de los países. El Estado de Bienestar fue una conquista, no una cesión del Capital por razones sociales. El mantenimiento y desarrollo de una salud comunitaria precisa de una acción ciudadana y de una reelaboración teórica y técnica de los presupuestos asistenciales por parte de los profesionales. El peso de la industria ha debilitado toda investigación y toda clínica que no sea «biológica», entendiendo por biológica una reducción que aloja la biología en los intereses de las empresas farmacológicas y de la tecnología sanitaria. Las grandes conquistas de la acción comunitaria, herederas de la salud pública y de una visión psicopatológica plural son residuos aislados que sobreviven con gran esfuerzo. La reforma psiquiátrica consiguió hacer perder su hegemonía a los hospitales psiquiátricos, pero la psiquiatría y la psicología «positivistas» centradas en la enfermedad, en la atención individualizada y en los grandes centros hospitalarios, mantiene su supremacía, afianzándose cada vez en todos los ámbitos: en la docencia, en la investigación, en la asistencia.

7. En Chile, durante la dictadura militar (1973-1990) se produjo un cambio radical en el sistema de salud que supuso la implementación de un sistema neoliberal que privatizó la administración del seguro público obligatorio en salud, así como la expansión de la prestación de servicios de salud privados (Parada, Reyes, Cuevas, y Ávila, 2014)

La ética de la dignidad

La ética que nuestros días necesita no es una ética de héroes dispuestos a sacrificar sus deseos, porque la buena voluntad individual es impotente, e incluso en ocasiones peligrosa, para proteger los derechos de todos los hombres frente a las diarias violaciones (Cortina, 1995, p. 50).

Los derechos humanos son, fundamentalmente, un conflicto de adquisición y pérdida de poder (Galende y Kraut, 2006, p. 117).

Vengo diciendo que la reforma psiquiátrica parte de dos principios muy simples que a su vez conllevan dos grandes y complejos objetivos: una cuestión ética –acabar con el maltrato de los pacientes mentales en los hospitales psiquiátricos–, y una cuestión técnica –la ineficacia de la psiquiatría manicomial y conservadora–. No obstante, ambas cuestiones no se agotan con el cierre de los manicomios y la creación de recursos en la comunidad. Hoy los muros del manicomio están en la cabeza de muchos profesionales y en el imaginario social. La necesidad del cuidado ético, de una ética de la dignidad nos remite no solo al estigma que conlleva la enfermedad mental; su descuido, entre un paternalismo proverbial y propensión pastoral, está incrustado en el sistema sanitario de antiguo. Todavía hoy amplios sectores médicos tradicionales defienden el mito de la medicina como una profesión excepcional, ética en sí misma. No deja de ser una paradoja, en tiempos en los que la corrupción, en pequeña o gran escala, aumenta cada día en el sector sanitario y particularmente entre los médicos gracias a las prebendas de la industria, o por el simple hecho, tan frecuente, de la convivencia entre la práctica privada y la pública, cuando la primera parasita la segunda. Valores éticos de los profesionales donde no solo interviene la competencia del médico, su talante y prejuicios, sino, y cada vez más, el modelo sanitario en el que este ejerce. Tomando una idea de Thomas Szasz, pienso que la principal decisión ética para el médico y para todos los profesionales de la salud es elegir el tipo de sanidad en que prefiere trabajar (Szasz, 1981). La opción pública o privada –en cuanto horizonte personal, otra cosa son las posibilidades reales, cada vez más limitadas de elegir– y la defensa de un modelo (más conservador) u otro (más plural y comunitario), condiciona la ética del oficiante sanitario más que ninguna otra cosa. «Dime

ahora –dice Sócrates a Trasímaco en la *República*–: ¿el médico, en el sentido estricto del término, es un mercader o el que cura a los enfermos?» (Platón, 1998, p.81). Pues sabemos que en sus orígenes hipocráticos el médico tenía una doble moral, según se tratara a señores o esclavos; o escatimara su esfuerzo a los socialmente inútiles, como plantea Platón en la *República*:

Y pensaban [los médicos] que la vida de alguien enfermizo e intemperante por naturaleza no sería de provecho ni para sí mismo ni para los demás, por lo cual no se le debía aplicar el arte de la medicina ni llevar a cabo tratamiento alguno, ni aunque fuese alguien más rico que Midas (p.186).

La medicina –como la ciencia, y la técnica en general– no se halla más allá del bien y del mal, porque, como señala Diego Gracia, no hay en la vida humana actividades libres de valores (Gracia, 1995, pp.33-63). Los principios éticos no pueden basarse en una declaración de intenciones. La cuestión es identificar en la práctica cotidiana los problemas que puedan suponer un problema ético y garantizar el respeto a los derechos fundamentales de los pacientes. Una regulación que ha sido tardía: fue necesaria la participación médica en el genocidio nazi, la brutalidad de las investigaciones médicas practicadas con judíos, gitanos, comunistas y todo tipo de disidentes al régimen hitleriano (en Núremberg se juzgaron a 20 médicos y 3 administradores sanitarios) (Bloch, y Chodoff, 1991)⁸ para que la sociedad internacional estableciera los primeros códigos éticos que regularan la experimentación con seres humanos y se tomara conciencia de la necesidad de garantizar la buena práctica de la actuación médica en general. Fue tardía y, aun en las sociedades más avanzadas, tarda en ser asumida por los colectivos profesionales, sanitarios y sociales, en especial, si nos referimos a la salud mental. Basta un recorrido por los informes de agencias internacionales, defensorías nacionales, foros en defensa de los derechos humanos, para saber

8. De 1934 a 1939, 350.000 enfermos mentales reales o potenciales son esterilizados en Alemania sin consentimiento informado. Entre 1940 y 1941, más de 70.000 enfermos mentales mueren «gaseados» por equipos de exterminio. Desde la profesión psiquiátrica se intenta dar forma a una ley que legalice estos asesinatos. Entre 1941 y 1945, en torno al 80% de los enfermos mentales supervivientes mueren en las instituciones psiquiátricas a causa de hambre, infecciones o tratamientos inadecuados (Bloch y Chodoff, 1991). Traducción española (Bloch y Chodoff (editores), 2001).

que algunas de las peores violaciones de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental se producen en el medio sanitario y no exclusivamente en los hospitales psiquiátricos sino también en las instituciones alternativas, unidades del hospital general o centros comunitarios. Según la OMS, en un 50% de los países las leyes relativas a la salud mental fueron aprobadas después de 1990, mientras que en el 15% la legislación sobre salud mental se remonta a antes de 1960; y el 25% de los países, que aglutinan casi el 31% de la población mundial, no tienen legislación alguna a este respecto (OMS, 2003).

La necesidad de legislar para garantizar los derechos de los enfermos, y especialmente de los enfermos mentales, se convirtió, desde los inicios, en un imperativo de cualquier reforma psiquiátrica. Pero no basta con la promulgación legal, está el cumplimiento, las formas de tergiversar su cumplimiento, y más aún, el mismo texto de la ley, pues como advierte el informe de la OMS citado, en algunos de los países que tienen legislación sobre la salud mental existen normas en la misma que violan los derechos humanos de los afectados. En muchas ocasiones, la forma de garantizar los derechos de los pacientes parece más una manera de defenderse el sistema sanitario de posibles reclamaciones, como lo es el caso del consentimiento informado, donde el paciente acepta todo tipo de posibles adversidades en cualquier trámite hospitalario.

En salud mental el tema se complica: la práctica de la psiquiatría enfrenta a diario a los profesionales y las instituciones con situaciones como el internamiento contra la voluntad –forzoso– que, junto a la imputabilidad y la supuesta peligrosidad, han sido, desde los orígenes de la psiquiatría el nudo gordiano de las relaciones entre psiquiatría y justicia. Alianza y controversia entre dos poderes complementarios y con frecuencia absolutos. La presunción de peligrosidad –algo que nos retrotrae a leyes y etapas antidemocráticas– perdura en el imaginario colectivo y en la mentalidad de jueces y sanitarios con demasiada frecuencia, y conlleva la tentación de medidas predilectuales de seguridad que limitan tanto los derechos de los enfermos mentales como las posibilidades terapéuticas, al establecer medidas de seguridad coercitivas. La peligrosidad, un concepto social, se sabe no es más frecuente en los diagnosticados de enfermos mentales que en el resto de la población. La cuestión aquí, como en el resto de las personas con trastornos mentales, es que se juzga el diagnóstico, no la enfermedad. No obstante, una persona no es su enfermedad ni esta está presente

en todos sus actos. La consideración de la responsabilidad no se debe hacer sobre un estatuto de enfermo, sino sobre una situación acotada en el tiempo. No se es imputable o inimputable por «ser un loco», sino por estar o no estar en el momento de los hechos delictivos enajenado. Todo acto de una persona diagnosticada de psicosis no es necesariamente un acto enajenado, psicótico, ni todo acto enajenado es hecho por un psicótico.

Son muchas las declaraciones y normas que se han proclamado desde organismos internacionales sobre salud mental, algunas de carácter obligatorio, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), pero la mayoría de derecho blando no vinculantes: las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los Principios de Salud Mental (UN, 1991),⁹ la Declaración de Caracas (1990)¹⁰ y las Normas Uniformes (UN, 1993)¹¹ que pueden servir de modelo o guía a gobiernos, colectivos sanitarios y judiciales. Los Principios de Salud Mental, son la codificación más completa que se haya propuesto hasta la fecha sobre los derechos de las personas con discapacidad mental, según Kraut, pues poseen también validez como normas deontológicas o principios reguladores aplicables en jurisprudencia (Kraut, 2010, p.173).

El conocimiento de estas normas internacionales y de la legalidad vigente en cada país es habitual en los profesionales de la salud mental, a pesar de la exposición continua de la práctica psiquiátrica y psicológica a problemas legales y de responsabilidad profesional. Los imperativos éticos que acechan nuestra práctica en las unidades de hospitalización, en los hospitales de día, en las consultas ambulatorias o en los dispositivos de rehabilitación, en nuestras decisiones clínico-administrativas y, también, en el uso de la psicofarmacología o la privacidad de una psicoterapia o una sesión de grupo hacen imprescindible el buen conocimiento legal y deontológico para todos los profesionales de la salud mental. En primer lugar, por el respeto que debemos a una personas más vulnerables, nuestros pacientes; en segundo lugar, por una mayor seguridad en unos tiempos judicializados; por último, para favorecer nuestra profesionalidad.

9. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/588/73/IMG/NR058873.pdf?OpenElement>

10. https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

11. http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs_subj_sp.asp?subj=16

La institucionalización facilitó una cultura paternalista. La reforma psiquiátrica, al integrar la psiquiatría en la sanidad general y establecer dispositivos asistenciales comunitarios, ha creado un nuevo tipo de relaciones entre usuarios y técnicos. Tecnologías más eficaces, pero no exentas de antiguos y nuevos riesgos legales y éticos. Hay cuestiones que nos interrogan, aun donde está regulado el internamiento y el control judicial de los ingresos forzosos, que permanecen, por ejemplo, el uso de contención mecánica como medida terapéutica. ¿Nos deja tranquilos gracias al uso de protocolos? ¿O deberíamos seguir pensando la contención como el fracaso de nuestro oficio, una medida a eliminar porque vulnera los derechos más elementales? Se preguntaba Ana Moreno, en un Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Blanco Prieto, 2015).

En un estudio, auspiciado por la OPS/OMS y la Brown University (Provindece, EE.UU.), sobre las actitudes éticas de los psiquiatras en España (la muestra fue la totalidad de los psiquiatras de la Asociación Española de Neuropsiquiatría), se reflejó que:

- El 18% de los psiquiatras consideran que en España no se respetan los derechos de los pacientes.
- Entre el 13% y el 16% conocen casos de abusos por motivos ideológicos o raciales (por causas políticas en tiempos de Franco, colaboradores de ETA en la actualidad; gitanos, magrebíes, portugueses).
- El porcentaje de los psiquiatras que conocen la existencia de abusos sexuales a pacientes es del 58%.
- Los abusos económicos son informados por el 63%, aunque no queda claro a qué se refieren.
- Los psiquiatras tienden a adoptar una ética paternalista en la que prima la supuesta protección del paciente visto como un incapaz sobre el respeto a sus derechos como persona (Desviat, González, Levav, y Khon, 1999).

Las características del enfermo mental y de las instituciones de atención asistencial, así como la pérdida o depreciación de su ciudadanía por estereotipos sociales y profesionales pone al trabajador de la salud mental en encrucijadas éticas desde el momento del diagnóstico al de los procedimientos terapéuticos: ante la tutela, los peritajes, la protección de unos o de otros, el supuesto riesgo

social, la voluntariedad. Todo ello ocurre en condiciones que, en definitiva, los ubica en situación de poder ser perpetradores de violencia.

Ante esto, no cabe sino insistir en que la curación, o el tratamiento, no puede ser a cualquier precio. El acto médico no se agota en la técnica terapéutica: es necesario respetar la dignidad del paciente. Toda persona tiene derecho a decidir qué debe hacerse con su cuerpo y con su vida. Y no siempre lo que piensa el profesional es considerado lo mejor por el paciente. A veces, la «pedagogía» terapéutica y rehabilitadora vulnera la dignidad y la autonomía del paciente, en pro de conseguir resultados o a mecanismos defensivos del profesional o de la institución. Lo que nos remite a la cita de Adela Cortina con la que he abierto la cuestión de la ética y la ley. La ética no es una cuestión de buenos y malos). Es responsabilidad de profesionales de la salud el cuidado ético en su práctica, pero, sobre todo, lo es de la sociedad toda y de sus gobiernos el que sus leyes garanticen el derecho a la personalidad civil y a la capacidad jurídica, el derecho a recibir la mejor atención disponible y el tratamiento apropiado y menos restrictivo y, principalmente, el derecho a vivir, trabajar y recibir asistencia en la comunidad, en el lugar de todos.

El cuidado, la defensa de los derechos humanos, la protección de los sujetos más frágiles, el respeto a las diferencias, a los excluidos, al otro, al extranjero no es un acto benéfico, no es un privilegio del poder del dinero o de la política. Nadie tiene el poder ni el privilegio de dar nada a nadie, todo el mundo tiene todos los derechos, dijo hace tiempo Jean Paul Sartre en el prólogo a un libro en otro tiempo famoso, *Los condenados de la tierra*, de Franz Fanon (Fanon, 1963). Sin dignidad la humanidad se deshumaniza, no entiende del cuerpo y sus afectos, es pura animalidad. La dignidad y el coraje de una sociedad, señala Paco Pereña, se verifica por el modo como acoge la marginación y la locura (Pereña, 1998).

¿No hay un afuera? ¿Es el fin de la historia y de las civilizaciones que predicaban Francis Fukuyama¹² y Samuel P. Huntington?

Hay una lucha de clases, por supuesto, pero es mi clase, la clase de los ricos, la que dirige la lucha. Y nosotros la estamos ganando (Warren Buffet).

El hecho es que nos encontramos, tras décadas de reforma sanitarias, en un momento de involución social, en un escenario mundial donde unos pocos que controlan el capital financiero y las instituciones internacionales del dinero están imponiendo un pensamiento acrítico, pragmático y consumista, al tiempo que fuerzan a los gobiernos a desmontar las prestaciones universales sanitarias y sociales, la educación, las pensiones y a reformar el mercado de trabajo, precarizando los empleos. En 1999, en el epílogo a la edición brasileña de *La Reforma Psiquiátrica*, Desviat (1999) señalaba que el riesgo para el desarrollo de una psiquiatría pública alternativa –así como para la salud pública en general– provenía, por un lado, de la crisis de su soporte principal –los servicios sanitarios, sociales y comunitarios del llamado Estado de Bienestar– y, por otro, de la evolución fármaco-dependiente y rudimentariamente biológica de la psiquiatría. Dieciséis años después, lo que era un riesgo se ha convertido en realidad en buena parte del mundo y, en especial, en los países de la UE, cuyas señas de defensa de los derechos democráticos y el Estado de Bienestar; así como una relativa independencia del conocimiento, en la enseñanza universitaria y en la investigación.

12. ¿El final de la historia? *The National Interest*, 1989. Una traducción castellana del ensayo de Francis Fukuyama ¿El fin de la historia?, puede encontrarse en *Claves de Razón Práctica*, nº 1, abril, 1990. En 1992 se publica en forma de libro bajo el título, *The End of History and the Last Man*. Fukuyama, politólogo neoliberal a sueldo del Departamento de Estado y de las más potentes Empresas Transnacionales de EE.UU. (La Rand Corporation), considera que el derrumbe de la Unión Soviética y el consiguiente triunfo del liberalismo a escala mundial lleva necesariamente al fin de la Historia, y por tanto, al fin de las ideologías, pues la única ideología posible, viene a decir, es la que dictan los mercados. Una ideología que se complementa, por aquellos días, con el fin de las civilizaciones, tesis de otro propagandista neoliberal, Samuel P. Huntington, que plantea erradicar la diversidad cultural a nivel planetario, un etnocidio que nos lleve a una sola cultura, la norteamericana, en un mundo globalizado.

Una realidad que nos obliga, tanto en el plano político como en el técnico, a replantearnos las líneas de acción y a diseñar una nueva estrategia si queremos hacer sostenible un modelo de salud mental universal, comunitario, varado en una clínica que tenga en cuenta al sujeto y a la colectividad. Lo que nos lleva, en primer lugar, a revisar qué quedó en el camino de la reforma psiquiátrica, qué no se ha desarrollado suficientemente y en qué fracasamos. En este punto surgen varios aspectos a tener muy en cuenta, en particular sobre la participación de los usuarios y de la comunidad en el proceso de reforma, en la planificación, en la gestión, en la asistencia; algo considerado condición de posibilidad del modelo comunitario. Y, sin embargo, sabemos que, en la mayoría de los casos, la participación ha sido escasa y poco representativa, que la involucración en la planificación, en la gestión, en los procesos asistenciales de los usuarios y de la población en general ha sido poca o inexistente. Son pocas las poblaciones que se han empoderado de la salud mental, y a nivel nacional tan solo conozco Brasil, con todas sus desigualdades en la implantación. Esto nos ha hecho tremendamente vulnerables, facilitando la destrucción de la sanidad pública y de los sistemas nacionales de salud, empezando por el National Health Service (NHS) del Reino Unido, país que fue pionero en la socialización de los servicios sanitarios y sociales, y pionero en su derribo.

Las preguntas del por qué están, sin duda, en el paternalismo profesional y político, pero también, en la propia comunidad, en la pérdida progresiva del lazo social de las poblaciones, que hace que el destino personal no se vincule de ninguna manera con el destino colectivo, fragmentando la sociedad y privatizando la demanda en provecho de la globalización económica. Esto último sin olvidar, la responsabilidad de la propia «salud mental comunitaria», que a veces se ha limitado a una simple reordenación del territorio. Decíamos antes que lo biopsicosocial por sí solo no basta, menos aún la rehabilitación basada en la «normalización» (pero ¿qué es normal cuando lo normal es la diversidad?). Ambos pueden llegar a ser un obstáculo en cuanto dan una supuesta certeza «teórica» a la acción comunitaria y, en el caso de la rehabilitación, un criterio de recuperación ilusorio, de mera ficción. [U1] La urgencia desinstitucionalizadora impuso unas prioridades, pero ahora las prioridades son otras. La asistencia no puede basarse en rígidos protocolos psicoeducacionales [YC2], miedosos de la libertad del enfermo, en muchas ocasiones custodiales, ni la clínica gravitar entre la farmacología y el consejo.

Es precisa una clínica de la escucha, asentada en técnicas demostradas y una formación de los profesionales que la haga posible; una terapia, siempre negociada, contractual con el paciente, en donde el diagnóstico sea una orientación y una pieza administrativa que no cierre nada; una clínica que rompa con una práctica trabada en la normalización y la disciplina. Lo que no supone una descalificación del conocimiento biomédico, sino una re-significación que vaya más allá de la hegemonía hospitalcentrista y organicista e incorpore no solo una visión plural del conocimiento psiquiátrico psicológico, sino también los saberes del propio sujeto enfermo. Sin embargo, una nueva clínica tiene que recuperar elementos que fueron en el origen primordiales: la salud pública y el equipo. Todas las reformas primigenias iniciaron sus programas con herramientas propias de la salud pública, desde la política de sector francesa a la psiquiatría comunitaria de EE.UU. El trabajo en los distintos niveles de atención –la promoción y la prevención, el diagnóstico comunitario, el riesgo y los factores de riesgo– han sido abandonados o tan solo considerados en investigaciones, sobre todo epidemiológicas, como ha sido abandonado el trabajo en equipo, aquel pilar sobre el que se armaba toda la actividad comunitaria. En mi opinión, es a partir de una organización de los servicios de salud constituida por equipos –que sean sujetos de una praxis, unión de teoría y práctica que rompa la brecha entre quienes teorizan y entre quienes trabajan con los pacientes y su entorno–, desde donde será posible elaborar una nueva teoría que sirva a una nueva práctica.

El trabajo en equipo, desde una dimensión autogestionaria, y una clínica más plural, *una clínica ampliada*, se viene realizando por equipos de atención primaria en Brasil, dado que es uno de los objetivos marcados por el Ministerio de Salud. Este constituye uno de los elementos del Método Paideia que, junto con La Política Nacional de Humanización, fue adoptado por el Sistema Único de Salud (SUS) como instrumento para una mejora técnica y ética de los servicios públicos de salud.¹³ Paideia parte de un concepto antiguo, oriundo

13. El tema de la humanización en el campo de la salud, fue impulsada en Brasil por la Política de Humanización de la atención en la gestión de la salud, conocida como HumanizaSUS, con el objetivo de provocar innovaciones en las prácticas gerenciales y de producción de salud en los diferentes equipos/colectivos implicados en la producción de salud, para «superar límites y experimentar nuevas formas de producción y circulación del poder» (Brasil, Ministerio da Saude, 2009). Ver: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>

de la Grecia clásica, que significa desarrollo integral de las personas. El objetivo de este es asegurar la capacidad de decisión de los sectores involucrados en un proyecto –equipo técnico, grupos vulnerables, comunidad, movimientos organizativos, instituciones...–, procurando nuevos patrones de relación sociales entre las personas –de poder–. La Acción Paideia basa su metodología en la construcción de vínculos formalizados mediante contratos de trabajo entre el equipo técnico, los grupos de usuarios y las organizaciones donde se establezcan las responsabilidades respectivas y los temas prioritarios que van a constituir los proyectos de intervención conjunta. La clínica ampliada que se propugna desde Saúde Coletiva se centra en el paciente y no en la enfermedad, teniendo presente el medio social y político, considerando la subjetividad en la práctica sanitaria general. Esta es una subjetividad negada en la psiquiatría biológica, pero también por el cognitivismo más duro, anclado en la metáfora cibernética y en el reduccionismo sociologizante de muchos programas comunitarios (Campos, 2013). La Acción Paideia y la clínica inauguran una nueva forma de entender la organización y la clínica, estableciendo una gestión colegiada en los equipos de salud, con una relación horizontal y participativa con la población a la que atienden. Puede posibilitar a los diferentes colectivos y equipos implicados en la salud mental innovaciones en las prácticas gerenciales y en las prácticas de producción de la salud y experimentar nuevas formas de organización de los servicios y nuevos modos de producción y circulación del poder.

Hay que cambiar las reglas de juego

Cuando algo es necesario e imposible (con las actuales reglas de juego), hay que cambiar las reglas de juego. Así, lo imposible puede llegar a ser posible (Ibáñez, 1997, p. 395).

La psiquiatría y la psicología clínica se encuentran en un momento de crisis, de incertidumbre, con respecto tanto al conocimiento como en relación con el objeto de su actividad y sus límites; una crisis a la que nos ha llevado la ausencia, cada vez mayor, de una teoría sobre la enfermedad y su tratamiento. Hay que recuperar la psico(pato)logía, como le gustaba decir a Castilla del Pino, desde nuevos fundamentos y marcos conceptuales y construir una clínica del sujeto en

su contexto social, una clínica de lo subjetivo, lo social y lo político, para poder responsabilizarse del malestar del sujeto con un paradigma técnico centrado en el cuidado y la ciudadanía. Una clínica y una asistencia que hay que inscribir en la salud pública, tan presente en nuestros primeros andares en lo comunitario. En el pensar en salud y no la salud como bien dice Mario Testa (1989).

Las políticas de salud son en la actualidad uno de los grandes debates técnicos y político-económicos, debate a nivel internacional y nacional que enfrenta dos formas de entender la sociedad y de pensar la salud. Hay dos formas de entender la salud y sus modelos de atención, dos formas de pensarla como sanitarios y como ciudadanos: como una responsabilidad individual o como un asunto social, colectivo. Estas dos formas corresponden a dos modelos asistenciales y a dos modelos de Estado; atraviesan toda la historia de la sanidad y la salud pública y que en salud mental se complementan con otra confrontación: ¿Qué enferma el cerebro o el alma? ¿Mente sin cerebro o cerebro sin mente? Controversia que, en este último caso, refleja la tensión de la cohabitación forzosa entre las llamadas ciencias puras y las ciencias humanas, y en los modelos asistenciales, la manera de entender la estructura política, económica y social de la que dependen las ideologías sanitarias en cada país y en cada época.

Tenemos, pues, para pensar la salud, un eje político: la organización sanitaria, y un eje clínico-psicopatológico; dos ejes que han sido determinantes del modelo asistencial, del modelo de la atención a la salud mental, a los que se añade, cada vez con más presencia, un nuevo eje: el empoderamiento ciudadano, la implicación de la población en las formas de gestionar la salud y la enfermedad. Tres ejes y una consideración moral: una sociedad define su talante moral por la forma en la que cuida a sus sujetos más frágiles. De este modo, lo que ha puesto de manifiesto la crisis financiera actual es el modelo de sociedad. Lo que está en juego es el tipo de sociedad en la que queremos vivir. Los publicistas de los que gobiernan el mundo plantean que no hay un afuera del sistema actual, pero como decía el sociólogo Jesús Ibáñez, «cuando algo es necesario e imposible (con las actuales reglas de juego), hay que cambiar las reglas de juego. Así, lo imposible puede llegar a ser posible» (1997, p. 395). La reforma sanitaria y psiquiátrica, a contracorriente de la política neoliberal, no pudo cambiar las reglas del juego. El futuro de una sanidad y una salud mental comunitaria está en la reforma de la reforma, está en construir una clínica nueva, que dé paso a una salud mental colectiva, donde se recuperen principios primigenios de

la Reforma Psiquiátrica y se desarrollen nuevas alternativas acordes con una sociedad más igualitaria y justa: una clínica que una subjetividad y colectividad, y donde la «curación» no lo sea a cualquier precio.

Referencias

- Álvaro, D. (2010). Los conceptos de «comunidad» y «sociedad» de Ferdinand Tönnies. *Papeles del CEIC*, 52, pp. 1-23.
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. *Archivos de Saúde Mental E Atenção Psicosocial*. Rio de Janeiro: NAU, pp 45-66.
- APA. (1990). *DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- APA (2014). *DSM V*. Madrid: Panamericana.
- Auge, M. (2010). *La Communauté illusoire*. Paris: Payot & Rivages.
- Blanco Prieto, M., Dieguez Porres, M., Fernandez Liria, A., Mirapeix Bedia, I., Moreno Pérez, A., Ortiz Sánchez, D., Ruiz Murugarren, S., Sanchez Pascua, M. (2015). El enfoque de derechos humanos y éticos en el hospital general. En T. Angosto, & V. Aparicio, (Eds.), *El componente de salud mental en el hospital general*, pp. 351-390. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Bleicher, T. (2015). *A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica de Sistema Local de Saúde*. Universidad Federal y Estadual de Ceará.
- Bloch, S. & Chodoff, P. (eds.) (2001). *La ética en psiquiatría*. Madrid: Editorial.
- Brasil, Ministerio da Saude (2002). *Relatório final III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministerio da Saude (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília: Ministerio da Saúde.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Campos, G. W. (2013). Prefacio. En L. Frizon Rizzoto (ed.), *Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90*, pp. 9-11). Sao Paulo: Hucitec.

- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *Revista CS*, 11, pp. 73-114.
- Cortina, A. (1995). Ética empresarial y opinión pública. *Claves de Razón Práctica*, (56), pp. 48-55.
- Damasio, A. (2010). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica.
- Daumezon, G. (2000). El encuentro de la perversión por el psiquiatra. En: P. Aulangier *La perversión*, pp. 7-18. Barcelona: Azul.
- Debord, G. (1990). *Comentario sobre la sociedad del espectáculo*. Barcelona: Anagrama.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Desviat, M. (2010). Síntoma, signo e imaginario social. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*. vol. XXX, núm. 105, pp.125-133
- Desviat, M., González, C., Levav, I, Khon, R., Moreno, P. (1999). Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles. *Psiquiatría Pública*, 11, 5-6. pp. 147-156.
- Fanon, F. (1963). *Los condenados de La Tierra*. México D.F.: FCE.
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Frizon Rizzoto, L. (2013). *Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90*. Sao Paulo: Hucitec.
- Galende, E. & Kraut, A. (2006). *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: El lugar Editorial.
- Goffman, E. (1970). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gracia, D. (1995). *Tiempos difíciles, decisiones difíciles*. Bilbao: Asociación para la Defensa de la Salud Pública.
- Enry Ey H. (s.f.). *Estudios psiquiátricos*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Hardt, M. & Negri, A. (2004). *Multitud*. Barcelona: Mondadori.
- Ibáñez, J. (1997). *A contracorriente*. Madrid: Fundamentos.
- Kraut, A. J. (2010). Derechos específicos de las personas con trastornos mentales. *Revista de Derecho Privado Y Comunitario*, núm. 1, pp. 119-124.
- Mukherjee, S. (2011). *El Emperador de todos los Males. Una biografía del Cáncer*. Madrid: Taurus.

- OMS (2003). *Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental)*. Ginebra: OMS.
- Onocko Campos, R. (2013). *Psicoanálise & saúde coletiva*. Sao Paulo: Hucitec.
- OPAS/OMS (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: Nova Concepção; Nova Esperanza*. Brasília: OPAS/OMS.
- Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa. 1a Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde (Vol. 1).
- Parada, M., Reyes, C., Cuevas, K. & Ávila, A. (2014). Transformaciones del sistema de salud público post reforma AUGE-GES en Valparaiso. *Revista Chilena de Salud Pública*, 18(2), pp. 127-139.
- Pereña, F. (1998). Valor del acto en la discapacidad. *Psiquiatría Pública*, 10(5), pp. 275-279.
- Platón (1998). *Diálogos IV República*. Leganés: Gredos.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades*. Río de Janeiro: TeCorá.
- Szasz, T. (1981). *La teología de la medicina*. Barcelona: Tusquets.
- Testa, M. (1989). *Pensar en salud*. Buenos Aires: Delegación OPS en Argentina.
- Tönnies, F. (1988). *Community & Society*. New Brunswick: Transaction Books.
- Vasconcelos, E. (2010). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. Sao Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, E. (2012). Crisis mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica. *Cad.Bras.Saúde Mental*, 4(8), pp. 8-21.
- Zambrano, M. (1996). *Persona y democracia*. Madrid: Siruela.