

Necesidad de incorporar y/o profundizar la perspectiva de Derechos Humanos en la formación profesional de los agentes de Salud Mental ¹

YAGO DI NELLA

Toda labor institucional tendiente a un verdadero cambio social se vuelve de por sí subversiva, y su evolución y duración depende de una interacción compleja entre las personas que la llevan adelante, las autoridades de la institución y la lucha política dentro de la sociedad en la cual la institución está inscripta.

Marie Langer (1989)

1- La intersección Salud Mental – Derechos Humanos

[quien] pretenda trabajar en sectores sociales empobrecidos habrá de operar sobre el tríptico salud mental / ética / derechos humanos, como ruedas-engranajes del abordaje clínico. El atascamiento de uno de estos engranajes altera los otros, y la dinamización de uno cualquiera de ellos dinamiza a los demás.

Fernando Ulloa (1995)

En la consideración de las situaciones de vulneración de los derechos de las personas con padecimiento psíquico (y sus consecuencias), la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación² supone una intersección necesaria, tanto desde el punto de vista conceptual como el ético.

En el abordaje de esta problemática toman como referencia diversos instrumentos internacionales en el ámbito de las Naciones Unidas³. Por un lado, en la promoción y

¹ Versión con pequeñas modificaciones de la Ponencia presentada en el marco del *Encuentro Internacional de Salud Mental “Nuevos sufrimientos, nuevos tratamientos”*. 2-3 de diciembre de 2005. San Luis. Argentina. Organizado por el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, la Universidad de La Punta (Instituto de Estudios Sociales, económicos y psicosociales) y el Colegio de Psicólogos de San Luis.

² Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

³ Entre los más relevantes, pueden citarse:

- **Declaración de los Derechos de Retrasado Mental.** Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 2856 (XXVI) del 20 de diciembre de 1971.
- **“Declaración de Alma-Ata”,** resultado de la Conferencia Internacional sobre **Atención Primaria de la Salud.** Organización Mundial de la Salud (OMS). 6 al 12 de septiembre de 1978.
- **“Declaración de Caracas”,** resultado de la **Conferencia Regional para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud.** Copatrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 14 de noviembre de 1990.
- **Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental.** Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 119. 46 Sesión. 1991.
- **Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental.** Organización Mundial de la Salud. División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias. 1995.
- **Recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de la Personas con Discapacidad Mental** (Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Santiago de Chile, 4 de abril de 2001, aprobado por la Comisión en su 111° Período de extraordinario de Sesiones).

protección de los derechos humanos, son necesarias múltiples acciones complementarias con la común finalidad de velar por el cumplimiento de las normas que reconocen y reglamentan los derechos fundamentales en este país, y de garantizar la igualdad de oportunidades y la no discriminación de grupos o personas. Uno de ellos, lo constituye especialmente aquellos seres humanos captados por los dispositivos de salud mental, sean estos públicos o privados. Cómo hablar de derechos tales como el de la dignidad humana, de la identidad personal y cultural, o del derecho a vivir en comunidad (todos incluidos en la Declaración Universal de Derechos humanos y, por lo tanto, de carácter constitucional en nuestra Argentina), sin referirse al incuestionable impacto en la salud mental, para quien no le fueran garantizados y respetados estos elementales principios de acuerdo básico. No son más que actos de reconocimiento del otro en tanto sujeto pleno de ciudadanía. Pues entonces, tenemos un primer principio, **“no hay salud mental posible, donde no se garantizan los derechos humanos”**. No hay posibilidades de una construcción de subjetividad donde predominen procesos de –y hacia la salud, cuando se vulneran derechos sistemática y permanentemente.

Cualquier supresión (o inaccesibilidad) de derechos, impacta en la construcción de subjetividad alterando la salud mental, sea el que fuere su estado en ese momento, pero siendo de mayor gravedad en aquellas personas o grupos previamente vulnerados o desprotegidos comunitariamente y/o por el Estado. Podemos reformular entonces el primer principio diciendo que **“toda violación de derechos humanos repercute en la salud mental del sujeto violentado”**.

Pero veremos también que puede hacerse una lectura en el sentido inverso. Veamos. Entre las problemáticas que afectan al colectivo social de las personas con padecimiento mental, se pueden considerar algunos tópicos ubicables en la intersección SM-DH. Consideramos con especial preocupación:

- la gran cantidad de personas internadas por períodos terapéuticamente indeterminados (crónicamente, en buena parte) como principal expresión de falencias históricas y sistemáticas en las políticas públicas de salud;⁴
- la carencia y/o falencias de servicios de atención primaria y de modelos descentralizados de atención (lo que conlleva la actual inequidad en el acceso a los servicios y prestaciones de salud mental por parte del Estado);
- la vulneración de derechos por parte de las agencias policiales y judiciales (en la consideración del padeciente como objeto de tutela antes que como sujeto de derecho) y
- la fragilidad del marco ético en que se desarrollan las prácticas asistenciales, observable –por ejemplo- en la excesiva medicalización farmacológica como respuesta automática a los más diversos cuadros nosológicos (resultado de complejos procesos sociales, económicos, judiciales, vinculares y subjetivos).

-
- **Nuevas Directrices para medir la Salud.** Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa OMS/48. 15 de noviembre de 2001.
 - **Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual.** Conferencia OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud) de Montreal sobre discapacidad intelectual, organizada por el Centro de readaptación Lisette-Dupras en asociación con el Centre de readaptación del Oeste de Montreal y el Centro colaborador OMS/OPS de Montreal. Septiembre 2004.

⁴ Muchas veces los Organismos de Administración de Justicia en la necesidad de *“hacer algo”* con el padeciente mental que tienen frente a sí *“olvidan”* lo prescripto en diversos documentos de Naciones Unidas con rango constitucional, como los Pactos internacionales de Derechos Humanos, y en especial dos: El Pacto de San José de Costa Rica y la Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, donde se establecen principios para con las personas de dignidad y especificación de derechos y garantías de enorme implicancia para la temática de la SM de la población, y en especial de las personas alojadas en establecimientos monovalentes. Así, deciden protegerlo, arrumbándolo en algún *“manicomio”*. Si el tutelado pudiera responder, si tuviera palabra, seguramente pediría que no lo protejan más. Sería deseable que los funcionarios y agentes del Poder Judicial conocieran acabadamente los lugares (poco visitados), a donde envían a quienes, muchas veces, tampoco conocieron sino en papeles de notas e informes.

Esta situación constituye un grave problema con consecuencias más o menos irreparables - según el caso- de situaciones de total pérdida de los derechos más elementales. Así, los problemas más característicos de la salud mental en Argentina remiten indefectiblemente a la desprotección de las personas frente a diferentes vulneraciones de derecho, esto es, puede presumirse sin demasiado riesgo de error que en toda historia clínica de personas con sufrimiento psíquico, situaciones de violación de algún derecho humano fundamental.

La problemática más grave (donde hace crisis todo el esquema de intervención) es en la crítica y extendida situación de las personas sometidas a internaciones prolongadas, más allá de los requerimientos psicoterapéuticos, sobre todo en el ámbito de las instituciones totales. Así, *“los derechos más frecuentemente violados en hospitales psiquiátricos [son]... el derecho ser tratado con humanidad y respeto, el derecho a una admisión voluntaria, el derecho a la privacidad, la libertad de comunicación, derecho a recibir tratamiento en la comunidad, derecho a proporcionar consentimiento informado antes de recibir cualquier tratamiento y el derecho a recurrir a un tribunal independiente e imparcial que determine la legalidad de la detención en un hospital psiquiátrico”*⁵.

Este análisis nos lleva a la segunda afirmación, que opera en el sentido inverso de la anterior y establece el carácter de implicación recíproca entre los términos de la intersección SM – DH: ***“las restricciones propias de los dispositivos institucionales de internación prolongada abandonan la adecuación a derecho (vulneración sistemática) cuando no constituye una medida de tratamiento de la crisis o incidencia de agravamiento, que propenda a la posterior rehabilitación sociocomunitaria efectiva”***. Al contrario, pasa a constituirse a partir de su dilación o aplazamiento indefinidos en un ataque a las libertades y la dignidad humana de la persona (consagrados constitucionalmente), pues establecen un encierro irrazonable, ajeno a su beneficio y elección. Así, en nuestras sociedades asilares de exclusión del otro padeciente, la norma es la máxima intervención custodial y represiva con la mínima constitucionalidad. Se trata de dispositivos de control antes que de reestablecimiento del mayor grado posible de salud. En definitiva, **cuando no prima el principio de intervención mínima, la medida de internación, se transforma en una reclusión** potencialmente ilegal y, con toda seguridad, ilegítima.

Es imperiosa la necesidad de introducir un profundo debate –aún no instalado en la sociedad, aunque sí se empieza a escuchar en la esfera del “saber técnico”-, sobre la antinomia que encierra la paradoja de proteger los derechos humanos inalienables de todo ser humano (incluidas las personas con sufrimiento psíquico) y la persistencia de prácticas asilares o manicomiales (cultura institucional de internación con permanencia indefinida: práctica custodial-tutelar en instituciones-depósito) atentatorias de dichos derechos.

Tratándose de una “cultura” que escapa y supera –justamente- el ámbito o campo de la salud mental, y se encuentra enmarcado en el universo de las prácticas de discriminación y exclusión de todo lo distinto a “la norma” (normalidad) y a “lo improductivo” en una sociedad dada (principio de orden social de fines del siglo XIX), se requiere repensar buena parte de nuestro maletín de ideas y acciones, propiciando iniciativas innovadoras, espacios de discusión y de reflexión con representantes del Estado en sus distintos estamentos y organizaciones de la sociedad civil, sobre las formas y modalidades de abordaje de las problemáticas referidas a la intersección entre Derechos Humanos y Salud Mental.

2- Formaciones: crítica de la identidad profesional neoliberal desde una perspectiva histórica

“Conste, pues: la universidad es distinta, pero inseparable de la ciencia. Yo diría: la Universidad es, además, ciencia. (...) Pero no un además cualquiera y a modo de simple añadido y externa yuxtaposición, sino que -ahora podemos, sin temor a confusión, pregonarlo- la Universidad tiene que ser, antes que Universidad, ciencia. Una atmósfera cargada de entusiasmos y esfuerzos científicos es el supuesto radical para la existencia de la Universidad. Precisamente porque esta no es, por sí misma, ciencia -creación omnímoda del saber riguroso- tiene que vivir de ella. Sin este supuesto, cuanto va dicho en este ensayo carecería de sentido. La ciencia es la dignidad de la Universidad; más aún -porque, al fin y al cabo, hay quién vive sin dignidad-, es el alma de la Universidad, el principio mismo que le nutre de vida e impide

⁵ Naciones Unidas: *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*. Asamblea General. 1991.

que sea sólo un vil mecanismo. Todo esto va dicho en la afirmación de que la Universidad es, además, ciencia. (...).

Pero es, además, otra cosa. No sólo necesita contacto permanente con la ciencia, so pena de anquilosarse. Necesita también contacto con la existencia pública, con la realidad histórica, con el presente, que es siempre un integrum y sólo se puede tomar en totalidad, sin amputaciones ad usum delphinis. La Universidad tiene que estar también abierta a la plena actualidad; más aún, tiene que estar en medio de ella, sumergida en ella. (...) Y no digo esto sólo porque la excitación animadora del aire libre histórico convenga a la Universidad, sino también, viceversa, porque la vida pública necesita urgentemente la intervención en ella de la Universidad como tal”.

José Ortega y Gasset.
“Misión de la Universidad”.

Si realizamos un corte en las distintas generaciones de profesionales de la SM desde 1960 hasta la fecha, podemos observar diferencias progresivas respecto de lo que era (o debía ser) el profesional, acorde a la época en que se formó y a la idea que dejó en el cuerpo social respecto de su rol y función social. De la relación entre “Formación” y “Práctica” surge el **perfil**. Este es producto y producción incesante de una serie de construcciones en donde se articulan contradictoriamente lo buscado en los programas de estudio y lo esperado y/o demandado socialmente. Cuando de esta articulación no se liga (o entra en conflicto de intereses entre el rol asumido y el esperado–necesitado por la comunidad: función social) ha de observarse la aparición de los llamados **“síntomas profesionales”**. (Di Nella, Yago; 2010)

Lo que sigue es un esquemático racconto acerca de la relación entre el ejercicio profesional (principalmente del psicólogo) y el imaginario social de éste para sí y para los demás.

En los '60, el agente de SM era visto como un **agente de cambio**, de cambio social, preocupado por la política y la transformación de la sociedad de la que era parte. Su formación privilegiaba el abordaje de la subjetividad en su interjuego con el entorno, desde un posicionamiento de crítica social a lo establecido. Sin duda, sería inentendible este período si no es enmarcado en los movimientos libertarios de la época: lo sexual, lo cultural, lo nacional, lo regional, lo filosófico, lo científico, etc. Pero además, ya adentrándonos en la dinámica de la incipiente psicología de nuestro país, debe necesariamente ser introducida una figura que cambiaría la historia de la disciplina en la región. Un norteño, analizado de Enrique Pichón-Rivière, sostenía una serie de discusiones que operaban como interjecciones: el psicoanálisis y la dialéctica materialista; el marxismo y el psicoanálisis; el psicoanálisis y la conducta; el psicoanálisis y la grupalidad; éstos y la enseñanza en la universidad; etc. Aún no ha sido suficientemente estudiada su participación determinante en ese imaginario social del psicólogo como agente de cambio, social, no siendo éste entendido de otra forma, puesto que el cambio sólo ha de ser tal a condición de ser para el conjunto social (y es en este punto que comienzan a aparecer los primeros rastros de lo acallado. Se trata de un silencio de hospital... y queremos conocer el nombre de la enfermedad que nos convoca a no hablar para preguntarle ¿por qué?). Ese hombre fue José Bleger.

En los '70 el psicólogo se define como **trabajador de la salud mental**. El compromiso social y profesional se acentúa fruto de la creciente corriente de pensamiento amparada en el genio creativo del “viejo” Pichón, la fuerza comprometida de la “tierna luchadora” *Mimí* Langer y la sistematización y entrega en la búsqueda por un proyecto para la Psicología de *Pepe* Bleger.

Comienza el proceso de solidificación de la interdisciplinariedad en el campo de la salud mental, donde los profesionales **psi** trabajaban conjuntamente, respetando el campo específico de cada disciplina, pero entendiendo la enfermedad mental como un producto social, que exige un abordaje holístico del ser humano en tanto ser social. El hecho de referenciarse como *Trabajador*, lleva a los profesionales a agruparse, o a fortalecer los espacios de participación de los agrupamientos previos, en forma de gremios y asociaciones que participarían luego de manera gravitante en el quehacer social de un momento socio-histórico de profunda efervescencia política, sobre todo en el debate ideológico. La salud mental comienza a servir de pantalla para otros movimientos coordinados de distintas profesiones, disciplinas y oficios. Es, sin lugar a dudas, la vanguardia del pensamiento humanista de la región, junto al movimiento sociopedagógico de Paulo Freire en el Brasil. Su destino sería la represión, ya que su método dialéctico imposibilitaba la confrontación en el campo de las ideas sin caer en el ridículo, en la contradicción, o directamente de prejuicio.

Las dictaduras latinoamericanas marcarían los siguientes designios, como así también los

pasos de sus referentes. Desde mediados de los '70 y toda la década de los '80 el profesional psi tiende a definirse como **psicoanalista**. La práctica profesional es la de una profesión liberal, neutral socialmente, pretendidamente a-histórica y a-política, orientada hacia la clínica privada, individual y (a veces) hasta individualista. La formación de grado universitario, tanto como el control de la profesión, se derechizan hasta lo inhumano. Ahora, antes que "*agente de cambio*", el se presentará como "**más allá**" del **Statu Quo** y reemplazará el Rol de "*Trabajador de la Salud Mental*" por el de **Profesional independiente (a-político) cuenta-propista**. Este abrupto cambio en la autoconsideración del rol y la función social -veremos luego- surge como necesidad y se desarrolla luego como emprendimiento.

En los '90 no se define un **perfil** de modo más o menos unánime en proporción, ni se fijó en su forma, pero podemos pensarlo en general como de un **profesional cuestionado** (autocuestionado y cuestionado por la comunidad que lo entorna). Cuestionado, por un lado, en la contradicción, inercial y paralizante, entre sus deseos iniciales de prestar servicio a aquél semejante que sufre y su formación no comprometida y descomprometedora, planteada por fuera de lo social-histórico (?), con claras **consignas desmovilizantes para con inquietudes referentes al compromiso social**. Por otro, respondiendo con un esquema teórico-metológico desconectado de la realidad social de nuestro país, y que poco sirve para resolver los problemas que planteaba el fin de milenio neoliberal. Los principios sobre los que se fundaba la transmisión en las universidades argentinas ostentan, quizá por primera vez, la hegemonía de la ilusión de neutralidad social de la práctica psi. Muchas veces se expresa mediante desestimaciones y racionalizaciones de distinto tipo, orden y figura. La propuesta de pretensión universal consistía en circunscribirse a la lectura del texto, del relato y descifrarlo en su logicidad interna, estructuralmente determinada.⁶ Una tarea semejante a la que realiza el investigador que practica una autopsia, en este caso del enunciado. Un mamarracho epistemológico y hermenéutico. No hay forma coherente y eficaz de leer enunciado alguno sin contexto, sin su entorno. ¿Cómo independizarlo de su medio de producción?⁷

En los últimos años comienza a construirse (o a reconstruirse) una corriente revisionista, buscando, creando y animándose a usar herramientas teórico-metológicas provenientes (entre otras fuentes) de la Escuela Argentina de Psicoanálisis, aggiornadas o no, e implementando propias, como forma de dar cuenta del **compromiso social que el profesional tiene con la comunidad** a la que pertenece, esto es, re-creando un discurso a la vez que re-encontrando a sus propios locutores⁸. Esta operación de resignificación no debe ser vista únicamente como dada por un impulso propio de "retorno a las fuentes" o algo similar; pareciera ser en cambio una **reacción desesperada ante los problemas que surgen en la práctica profesional o pre-profesional**, con la consecuente contradicción antes planteada entre Perfil de la formación y la demanda para con la profesión, desde el cuestionamiento que provoca el choque con la casuística. Frente a los nuevos marcos teóricos donde son eliminados o excluidos una serie de problemáticas en el ámbito de la salud mental, bajo formas más o menos justificatorias de la

⁶ Esta posición es insólita y dislocada si pensamos el paradigma desde donde la epistemología de las ciencias sociales y humanas se encuentran y cómo piensan desde esos momentos hasta hoy en día.

⁷ El caso más patético que haya visto surgió de las experiencias llamadas "Presentación de Enfermos" realizada en los hospicios (Hospital Neuropsiquiátrico Alejandro Korn de Melchor Romero) monovalentes. En forma obligatoria para la aprobación de una asignatura de grado académico de la carrera de psicología tuve que sufrir-asistir a una práctica donde un entrevistador interroga a un paciente allí alojado, en presencia de una treintena de silenciosos escuchas, en un juego de interrogatorio y relato no solamente improcedente, sino indigno para aquél que ningún poder tiene en la relación. Allí, unos pobres tipos compadecían exponiendo por enésima vez sus historias y sus penas actuales en una entrevista única, apartado de todo tratamiento o estrategia terapéutica, que no conducía a nada ni le servía en lo más mínimo, a no ser a la prestigiante presencia del profesor/a, si la sabía conducir del modo esperado. Los escuchas, por su parte, tratando de no languidecer al triste espectáculo, concentrados en captar lo requerido para el informe de evaluación de la actividad. Nuestra función única e irrevocable era captar las interrupciones del discurso y capturar *las marcas significantes de estructura subjetiva*, y nada más. El resto de lo dicho y sus implicancias, era poco menos que basura del discurso. Así, las denuncias de malos tratos, por ejemplo, no debían ser escuchadas sino en cuanto a la función que cumplieran y el lugar que les asignara el sujeto desde ese restrictivo punto de vista. Todo a costa del principal protagonista, el sujeto padeciente. Los derechos humanos aquí quedan a la deriva. Mejor dicho, es parte de una dimensión desconocida. O peor, negada.

⁸ Esto se da al mismo tiempo que los referentes del "movimiento" vuelven del exilio, o bien retoman la palabra...).

resignación, los más resistentes a caer en la "desesperanza profesional" no se contentan, desconfían. Se lanzan en una búsqueda como decíamos desesperada ("sin esperar") por nuevas respuestas (para la psicosis, las deficiencias, la psicósomática, las adicciones, etcétera) que asocian a las "viejas" concepciones de los años 60 y 70, con la necesidad lógica de readecuaciones a los nuevos contextos.

Pero a pesar del retorno de la democracia, la reapertura de las carreras y las sanciones de las leyes de ejercicio profesional, el clima del mundo *psi* había cambiado rotundamente. El cambio en el imaginario social del "trabajador de la SM", que había dejado, como consecuencia, la dictadura militar (a través de sus *improntas inconcientes* de miedo, terror, silencio, autocensura y desmemoria), colocaba a los que volvían del exilio en una situación anómica, ya que sus prácticas profesionales, basadas en las técnicas y metodologías propias de la *Escuela Argentina de Psicoanálisis*, aparecían ahora como *anacrónicas* (propias de los '70 y "pasadas de moda", dirían algunos). La complicidad del silencio hacía del mundo *psi* un "como si", como si no hubiera pasado nada o, lo que es peor, como si la historia comenzara de nuevo (negación).

La formación de los nuevos profesionales se orientó predominantemente a la práctica clínica individual y privada, de orientación hegemoníamente lacaniana, en el caso del psicoanálisis y medicamentosa a más no poder en la perspectiva psiquiátrica. Cualquier otro tipo de herramienta teórico-conceptual y/o técnico-metodológica era desestimada, censurada, ocultada, callada. Todos los aportes desarrollados por la Escuela Argentina sobre la construcción (social y vincular) de la subjetividad, grupos, instituciones, comunidades, se transformaron en un desaparecido más. Los Hospitales y los otros servicios públicos de Salud Mental prácticamente dejaron de ser un lugar de conjunción de la práctica *psi* con la **responsabilidad social del profesional**, para pasar a ser, muchas veces, un lugar donde adquirir experiencia gratuita y de captación de clientela para sus consultorios privados. Se privilegia la asistencia de la espera clínica de lo patológico y, consecuentemente, se produce el trasplante del modelo de "consultorios externos" para el tratamiento psicoterapéutico de la enfermedad (replicación de la medicina más tradicional y retrógrada) a la Salud Mental Pública hospitalaria. El nombre "**consultorios Externos**" habla por sí sólo, y no requiere demasiado trabajo de interpretación. Es eso, justamente. Este modelo, hegemoniza los servicios y se instala como LA forma de atención hospitalaria, por sobre toda acción de prevención en SM, y ni hablar de la promoción de la Salud, no considerada en lo más mínimo. En una automutilación del campo profesional, los psicólogos cierran así su propio campo de intervención en el ámbito público de la psicología de la salud, en una modalidad de acción reductiva, innecesaria e útil y peligrosamente ineficaz (pues de una forma u otra la comunidad capta esto y saca sus conclusiones sobre la capacidad de trabajo de sus profesionales).⁹

Al cierre de la década de los '90 comienza a vislumbrarse un quiebre en el paradigma del psicoanalista neoliberal (sea lacaniano, kleiniano, feudiano, rogeriano, o cualquier otro "iano" [Ulloa] que plantee la práctica como otra oferta del "mercado *psi*" de la SM) y el psiquiatra medicador, enmarcados ambos en la práctica individual cuentapropista. El choque entre la formación que enseña una práctica particular, restrictiva y acotada y el rol profesional que la sociedad reclama, produce en el estudiante de grado y de postgrado una sensación muchas veces extrema de **angustia ante el encuentro con la práctica** profesional o preprofesional, en donde se encuentran **desalentados** en sus ideales de participación como agentes de cambio social, **inermes** respecto a la posibilidad real de realizar acciones de intervención modificatorias de esas realidades a las que se enfrentan con tanta ansiedad (en tanto cuentan con un único recurso, la terapia analítica o medicamentosa ortodoxas –respectivamente–, para un sin número de situaciones de sufrimiento mental de multicausalidad y con una compleja trama vincular y social-contextual) y **desorientados** (con o sin conciencia, pero con la difusa percepción de la contradictoria relación entre formación académica y realidad laboral-profesional), frente a **todas** las demandas a las que no pueden responder en una casi nula inserción laboral para aquello en que se ha sesgado la formación de grado, sobre todo en el caso de los psicólogos: *la clínica, individual, privada, de las neurosis freudianas, con demanda analítica*. Mucha y muy amplia presión para tan corta y escueta respuesta.

⁹ Por otra parte, de este tipo de auto-restricciones de rol, surgen los espacios vacíos de demandas sociales en salud no satisfechas que legitiman las ocupaciones (consideradas usurpaciones, pero sin autocrítica alguna) que otras disciplinas harían sobre el campo de la salud, quizá con menor injerencia teórico-metodológica, pero con mayor visión global, apertura temática, perspectiva eco-social y disposición práctica para la inventiva en estas –supuestamente– "nuevas" áreas de trabajo.

Este cambio que se comienza a observar de reapertura de la visión psi hacia lo socio en la construcción del perfil profesional, no es por la declinación de su propio desarrollo, sino por la re-aparición de la realidad social como variable de ajuste a las teorías imperantes. Los cambios geopolíticos mundiales, el nuevo ordenamiento internacional y las transformaciones consiguientes en la economía y en la sociedad de nuestro país, afectan el campo de la Salud Mental, que se manifiesta en un *aumento de las problemáticas clínicas relacionadas con el trabajo, la desocupación y la pobreza, y la aparición de nuevas en relación con la cultura consumista mediática (mejor dicho in-mediática)*, que cuestiona la formación monometodológica de los nuevos profesionales, que se encuentran con que lo aprendido en la Universidad no les sirve –aparentemente- para abordar estas problemáticas. En realidad, lo que no sirve es su Dogma, como forma de transmisión y como práctica descontextuada (el “ianismo” del que habla Ulloa¹⁰). Llamamos a esto “*síntoma profesional de los dispositivos congelados*”, pues la dogmatización de la transmisión hiper-teórica, sumado al miedo aterrador de lo novedoso que supone ser la realidad social para el nuevo profesional recién salido de la “burbuja universitaria” representan ambos una carga que lo paraliza, rigidizándose en torno al dispositivo conquistado sufrientemente en esa formación.

Entonces, *desalentados, inermes y desorientados* los jóvenes graduados de las nuevas generaciones hacen cursos tras cursos de manera interminable, sin percibir el encierro intelectual que es extrapolar mecánicamente los conceptos teóricos a la realidad. Cuando estos no sirven para abordajes eficaces (porque la realidad se niega a hacerle caso a teorías de escritorio) se suele culpar a la variable (la realidad) y dejar como constante el bien tan trabajosamente conquistado (el autor o discurso –académicamente correcto- a recitar). La dimensión práxica así es constantemente desaparecida de lo real de la práctica académica y aparece como una *variable molesta* en el *campo simbólico de los textos* y de la formación.

En ese nivel de análisis poco queda para pensar sobre nuestro tema, **la intersección SM-DH**. Las academias son más bien reacias a articular estos términos, para nosotros inseparables. Sin embargo, las cosas están cambiando. No quizá por la propia dinámica de los centros de formación, sino por lo que de los espacios públicos de debate en SM se filtra y penetra en las universidades. Bienvenido sea.

3- Salud Mental: del modelo asistencial institucionalista al modelo comunitario de atención primaria

“La atención de la salud mental deviene obligadamente en una problemática que debe ser asumida desde un enfoque interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial. Cuando se piensa desde una perspectiva macrosocial, y aquí es donde planteamos los cambios en la cultura, se requieren también cambios en la cultura profesional y en nuestra comunidad profesional”.

Balentín Barembli (2001)

Actualmente –y teniendo en cuenta la crisis socioeconómica de nuestro país con la consecuente ruptura de vínculos- se observa una clara proliferación de manifestaciones de ansiedad y angustia incontrolables, con fuertes manifestaciones somáticas, formas disociadas de la personalidad, estados depresivos, de pánico, violencia (tanto en el ámbito del hogar como en las instituciones y la comunidad), conductas adictivas y de aislamiento extremo. Frente a este escenario complejo de diversidad de problemáticas clínicas, surgen situaciones de carácter humano, subjetivo, sanitario, económico y social, que mantienen un patrón común: **la estigmatización de las personas con padecimientos mentales**. Esta, se funda en mitos populares originados por la falta de conocimiento, de recursos y de una histórica falencia de claras políticas públicas, inclusivas y democráticas, fundadas en los derechos humanos básicos de los sujetos de atención y, en segundo término, de los trabajadores y profesionales que se desempeñan en ese ámbito laboral.

Una de las principales reflexiones que surgen de este complejo cuadro en el ámbito de la Salud Mental es la creciente toma de conciencia que en ella se requiere respecto a la necesidad de apoyarse en una concepción integral del ser humano (cuya primera conceptualización aportara José Bleger en los años `60). Las dimensiones **protovinculante** (económica y eco-productiva),

¹⁰ En la obra citada.

psicosocial (vinculante relacional de crianza) y **sociocultural** (vinculante social de convivencia comunitaria), comienzan a ocupar el lugar que les corresponde y que por tanto tiempo se le negó dentro del campo del estudio y del ejercicio de las disciplinas que en ella operan, como la psicología, el trabajo social, la epidemiología, la psiquiatría, etc. Esta revalorización no se realizó por otra razón que la necesaria aceptación de la necesidad de su inclusión en la explicación de los hechos psico-pato-lógicos, como formando parte de un fenómeno más complejo y de mayor integración: **LO HUMANO**.

En la última década se ha podido observar un movimiento coincidente en los centros de enseñanza de todo el mundo, para adecuar los planes y la orientación de los estudios. Pero este sentido "revisionista" no siempre sigue la misma orientación. Cuanto más liberal es la política del Estado, más se desdeña y/o reniega de estos factores, que llaman "ambientales" (como si el sujeto pudiera elegir su participación en él), en la determinación de la Salud Mental de la población, cuya expresión concreta es el **sufrimiento psíquico del semejante**; mientras que cuanto más popular y participativa se vuelve la misma, aparece una tendencia a la inclusión de esos factores, a veces, en forma desajustada, inorgánica y hasta desarticulada, pero siempre con una mayor conciencia de la importancia determinante de las **condiciones socio-históricas en la construcción de la subjetividad**.

Bien, estas reflexiones apuntan a recuperar las diversas dimensiones (escamoteadas, olvidadas o incluso calladas) que articulan dichos procesos de construcción de subjetividad en el ámbito de la Salud Mental. Profesionales de todos los tiempos han sustentado su vinculación personal con el sujeto de intervención sobre una práctica de presunto sentido común, más específicamente del carácter del prejuicio. Esta disciplina evolucionó de acuerdo con los conceptos histórico-culturales que predominaron en cada etapa de su historia y con la contribución individual que cada prestador de S.M. hizo en relación con su particular experiencia. Con los progresos de las disciplinas de la Salud en todos sus campos y con los avances de la investigación en las disciplinas de la convergencia: Psicología Social, Sociología Jurídica, Criminología Clínica, Epidemiología, etc., fue desarrollándose un conocimiento cada vez más detallado y profundo de aquellas prácticas empíricas.

Al mismo tiempo, la profundización del conocimiento de la **Doctrina de los Derechos Humanos y la tecnología necesaria para su efectivización**, han demostrado **cuán imperioso es** para el profesional del área **poseer esos conocimientos y aplicarlos a su práctica profesional**. En la actualidad, no utilizarlos en el trato con las personas a asistir lo hace tan responsable del curso de la enfermedad y de sus consecuencias, como dejar de asistir una crisis de angustia o callar ante el sufrimiento provocado por algún maltrato innecesario. Esto, en tanto dichas normas están presentes en la Constitución Nacional reformada en 1994.¹¹

Estas prácticas fueron dando los elementos fundamentales para una construcción del *Objeto de la atención*, y no al revés. La supuesta modalidad puramente teórica como forma de alcanzar o abordar el **Objeto** no sólo **es una mentira histórica**, sino que también es una imposibilidad metodológica. Está claro que, por ejemplo, **Freud** no buscaba ni estudiaba el **psiquismo**. Le preocupaba un tipo especial de sufrimiento. Que ello terminara en una **Teoría del Aparato Psíquico** no es más que una consecuencia de una práctica, enmarcada en una realidad socio-cultural determinada por la **represión social de lo sexual**. La inversión del sentido del camino del permanente cuestionamiento sobre la realidad actual y local -antes se

¹¹ Es preciso aclarar que, si bien no son específicos del área de la Salud Mental, cada uno de estos instrumentos delimitan una serie de derechos y garantías para con los sujetos de atención y de obligaciones para con el Estado, que permiten establecer parámetros y ponderaciones para la normativa interna. Destacamos:

- **Declaración Universal de Derechos Humanos.** Asamblea General. 1948.
- **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.** 9ª Conferencia Internacional Americana. 1948.
- **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.** Asamblea General. 1966.
- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.** Asamblea General. 1966.
- **Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.** Asamblea General. 1966.
- **Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica).** Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos. 1969.
- **Convención contra la Tortura, otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.** Asamblea General. 1984.

decía en el “aquí y ahora”- que la práctica asistencial en S.M. (siempre interdisciplinaria) impone, hacia la conceptualización sistemática en teorías, obedece a motivaciones ajenas a la Ciencia.

Esa acumulación de conocimientos en la materia coincide con la toma de conciencia sobre la necesidad de incorporar los distintos saberes a los programas de S.M. en cualquier ámbito laboral. En ellos se comprende que es necesario aumentar el número de profesionales, elevar su formación, motivarlos para una **práctica de corresponsabilidad social**. Se hace necesario además, incorporar a científicos que exploren en las ciencias del hombre: abogados, médicos clínicos, psiquiatras, sociólogos, psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos, etc.; pero se impone al mismo tiempo cada vez más la convicción de que los proyectos serán fecundos en la medida en que se traduzcan en una **actitud humanitaria en la práctica**, por parte de todos los profesionales y técnicos.

Los que trabajan en S.M. constituyen la primera línea de acción en la prevención del conflicto social, en tanto reciben a aquellos “*ubicados*” (estigmatización) como los emergentes de situaciones de desigualdad social. Sus actividades cubren entonces un área insustituible de la obra a realizar: **el cumplimiento de los Derechos Humanos, sobre todo el Derecho a la Salud**. Este incluye el de la salud del trabajador de la Salud: *deber de todos, para con los demás trabajadores*.

De lo que antecede surgen dos conclusiones: por un lado, la inserción laboral (con contacto, no sólo bibliográfico) crítica y reflexiva de los profesionales y técnicos del área tiene una decisiva gravitación en la posibilidad de llevar adelante con éxito los programas de S.M.; por el otro, es urgente capacitarse adecuadamente para esta **misión de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la organización comunitaria**, que permita no institucionalizar (no cronificar, al menos) la atención y posibilite el cumplimiento del art. 29 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, sobre el **Derecho a Vivir en Comunidad**. El conocimiento de los factores socioculturales y psicológicos y el desarrollo de una **actitud humanitaria en la atención**, a través de la **ética del respeto por la dimensión personal del sujeto con sufrimiento mental**, posibilitan al trabajador guiar su labor a la **reintegración socio-comunitaria**. Esta última será entendida entonces, no ya como una rama más del espectro laboral, sino como un servicio que emane de una actitud ética de **corresponsabilidad social** para con los más vulnerables. Sobre estas bases, sus esfuerzos tenderán a que cada sujeto pueda gozar plenamente de la realización de sus posibilidades en una vida participativa, grupal y solidaria.

El campo de trabajo que nos ocupa fue clásicamente concebido como la aplicación y adecuación de conocimientos y metodologías a un ámbito distinto y abarcativo, que circunscribía, delimitaba y establecía grandes limitaciones a la práctica. Pero en los últimos tiempos algunos hechos de gran significación social (entre los que se destaca la inclusión de la Declaración de los Derechos Humanos y de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño en la Constitución Nacional de 1994), van de-construyendo algunos prejuicios acerca la “*forzada y resignada pasividad*” con que se desarrollaba muchas veces el rol profesional en el área, reconstruyendo, a la vez, **una demarcación ética que comienza a re-cuestionarse la función social del profesional de la Salud**, tan castigada décadas pasadas.

Es obvio que la Universidad no enseña solamente el arte de curar. Además, imparte función profesional y social en el marco de **una** política y **un** proyecto global, sea implícito o explícito. En tanto uno de los objetivos centrales de todos los dispositivos técnicos es lograr aproximarse a una concepción integralmente respetuosa del ser humano, no sólo implicaremos en nuestro aprendizaje el conocimiento sobre el sujeto a atender, sino también sobre el profesional (rol, función social, condicionamientos, control social, etc.) y el referido al vínculo entre ambos. Éste siempre se dará en un momento histórico del desarrollo de la sociedad, en su ciencia, en su economía, en su política y en los procesos socio-culturales de sus comunidades. Si Freud nos legara aquello de que toda psicología será, en definitiva, Psicología Social; entonces podremos decir hoy plagiándolo un poco, que **toda política de Salud Mental debe ser, en definitiva, de Salud Mental Comunitaria**.

Así, este inicio de milenio presenta grandes desafíos a la formación en el ámbito de la SM, exigiendo una consideración nueva que permita “leer” las problemáticas de hoy, ajustando, criticando y revalorizando instrumentos teóricos lectores de la realidad, tendientes a la aplicación de técnicas que reenvíen hacia, por una parte, la acción concreta y focalizada hacia esas nuevas temáticas y, por la otra, el replanteo de nuestro rol allí y de su ética. Aquí es donde la perspectiva de Derechos Humanos cobra toda su fuerza, pues se trata de *aprehender* una práctica con múltiples atravesamientos, conceptualizada desde una referencia teórica que

intenta **hacernos críticos de nuestra acción** desde la permanente referencia al marco ético que nos regula y al rol con que nos incorporamos a la comunidad (función social), surge entonces este campo de intersección SM-DH.

4- Vuelta a los Derechos Humanos: el imperativo ético frente a los prejuicios

Principio 1: Libertades fundamentales y derechos básicos

No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por "discriminación" se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad (...).

Principio 7: Importancia de la comunidad y de la cultura

1. *Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.*

2. *Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.*

Naciones Unidas ¹²

Nuestro país se encuentra hoy día con una gran fragilidad normativa, sus instituciones burocratizadas, con prácticas inapropiadas para con el respeto a los derechos del sujeto de atención en SM. Todo esto requiere acciones específicas. Desde varios organismos e instancias se están haciendo enormes esfuerzos por dar prioridad en la agenda social a la implementación de políticas públicas eficaces en salud mental, que contemplen como pilar fundamental **el respeto y la garantía de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental**, sobre todo las que se encuentran en internación prolongada (que en la mayoría de los casos –si no en todos- es de por sí –no nos cansaremos de decirlo- una violación a los Derechos Humanos). Pero sin duda estamos muy lejos de lo que deseamos y de lo que el Estado tiene como deber constitucional. Aspiramos por tanto a promover y aportar en la planificación de estrategias y políticas de intervención en resguardo y garantía de los derechos de las personas con padecimiento psíquico, captados por las prácticas públicas en el área de la salud mental.

Pero ¿Cómo pasar del carácter imperativo del respeto inalienable de los derechos humanos a los dispositivos técnicos que lo hagan posible? Evidentemente, se requiere para ello, la superación de **los mitos que históricamente se han creado y recreado en torno al "padeciente mental"**, promoviendo la idea fuerza de los últimos 100 años, y que debe ser interrogada sin cesar: *¿lo-cura el encierro...?*¹³ **Estos mitos se han constituido y desarrollado popularmente como prejuicios** de alto impacto en las prácticas sociales y en las instancias formales e informales de los sistemas de salud, reforzando la exclusión del ya estigmatizado sujeto padeciente. Entre dichos mitos pueden citarse:

- “El que padece mentalmente es loco” (estigmatización)
- “El loco es peligroso” (peligrosismo - criminalización)
- “El loco es irrecuperable y hay que encerrarlo. Ese es su lugar posible” (irrecuperabilidad - exclusión).
- “La locura sólo le pertenece al loco” (a-socialidad / a-vincularidad).
- “La cura está en el encierro” (manicomialización)

¹² *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental.* Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 119. 46 Sesión. 1991.

¹³ Allá por 1995 un grupo bastante heterodoxo y muy impertinente de estudiantes y graduados recientes de la carrera de psicología de la UNLP, llevábamos adelante una publicación “científica” devenida constructo colectivo de inquietudes y planteos críticos a la formación y en la intención de compenetrarnos de la realidad de la SM, tal como precariamente la concebíamos. Ese instrumento de expresiones y quejas se llamaba “*Revista La Horda*”. Su Número 4 (doble) de unas 80 páginas de materiales diversos, se centraba en la cuestión de lo manicomial y titulaba el tema con esa misma pregunta “*Lo-cura el Encierro?*” En la tapa estaban enfrentados los retratos de Nietzsche y Sócrates. Allí se despertaba nuestro interés por el tema. Vaya un homenaje a sus protagonistas.

- “El padecimiento mental se produce por una alteración o desorden biológico” (medicalización - naturalización)
- “No es loco, (pero) es vago; se hace el loco... no quiere trabajar” (discriminación)

Convengamos en que esta lista no es exhaustiva sino solamente una aproximación. A una compleja trama de discriminaciones y, consecuentemente, exclusiones, que no hacen más que reforzarlos. En ese sentido, cabe consignar que **cada uno de estos mitos atentan directa o indirectamente contra derechos de las personas con padecimiento mental**. Debemos en consecuencia considerar nuevamente la fundamental importancia de la intersección SM-DH para de-mitificar la visión comunitaria (y, sobre todo, de los profesionales) acerca de las significaciones y valorizaciones puestas en las personas con sufrimiento psíquico.

En la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación¹⁴ hemos pensado en las ideas fuerza desde las cuales propender a la neutralización y, en la medida de lo posible, hacer contribuciones para la eliminación de estos mitos, los que por otra parte en la mayoría de los casos fueron introducidos por la “ciencia positiva”, en su faz de discurso legitimador de prácticas de control social. Algunas de estas ideas fuerza son:

- Las personas con padecimientos mentales tienen las mismas necesidades y los mismos derechos que todas las personas.
- La discriminación contra –y/o la desatención de- las personas que tienen padecimientos mentales es una violación de sus derechos humanos básicos.
- Las personas con padecimientos mentales pueden recuperarse y reintegrarse comunitariamente.
- Las personas con padecimientos mentales pueden vivir sus vidas productivamente.
- Las personas con padecimientos mentales hacen contribuciones valiosas a la sociedad. Los padecimientos mentales no son más que una sola parte de la persona. Las personas con padecimientos mentales tienen una gran potencialidad.
- La discriminación de las personas que tienen padecimientos mentales le impiden o dificultan buscar ayuda, lo que las introduce en círculos viciosos de exclusión progresiva.
- Todos somos parte del tratamiento y la recuperación de las personas con padecimiento mental.

Estos primeros planteos hacen necesaria una aclaración. Por precarios y obvios que parezcan, no dejan de ser sustantivos. De hecho, al acercarnos a la realidad operante de las instituciones, comienzan a surgir toda una serie de “recursos teóricos” que suponen su anulación.

Los técnicos del saber práctico en SM debemos ser los primeros en repensar y –si es necesario- **reelaborar nuestra perspectiva y función social en favor de aquellos a quienes destinamos nuestra labor**. Y no es un “deber ser” cualquiera. No es más que **restituir la dimensión democratizante de las profesiones de la SM, deconstruyendo nuestros propios prejuicios**. Recuerdo puntualmente una joven psicóloga, recién recibida, que, siendo la única integrante psi de un equipo de salud comunitaria de una Unidad Sanitaria del Gran La Plata, rechazaba todo paciente que fuera niño/a o que presentara sintomatología adictiva o (supuestamente) psicótica. Ella se dedicaba a “*las neurosis adultas*”. Independientemente de toda la serie de apreciaciones que cabe en el caso, nuestro interés se centra aquí en las consecuencias que tiene el rechazo del padeciente mental en un servicio de atención primaria (por lo tanto, “general”) de salud mental pública.

Evidentemente la **desmemoria profesional**, sobre todo en el ámbito de la formación, deja secuelas, a las que llamamos **síntomas profesionales**. Estos suelen aquejar a los que tienen “*título*”, pero –principalmente- **terminan por excluir o vulnerar a los sujetos de intervención**: las personas con padecimiento mental. Valga entonces el recuerdo develador de quienes ponían adelante al sujeto y en la retaguardia a sus preconceptos teóricos, donde nunca, pero nunca el dispositivo decidía la inclusión del sufriente, sino a la inversa. Cabe un brindis imaginario (y por qué no real) en homenaje al recuerdo de los Pichón Rivière, de los Bleger y

¹⁴ Trabajo conjunto realizado entre agosto y noviembre de 2005 entre la Dirección de Derechos de Grupos Vulnerables y el Departamento de Comunicación y Prensa, ambos de esa Secretaría de Estado (Dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos): Documento Interno Preliminar de diseño de una “*Campaña Nacional de Salud Mental y Derechos Humanos*”.

de las Langer; vaya un afectuoso saludo para con los amigos, compañeros y discípulos de ellos y que aún están entre nosotros, con las comprensibles y saludables distinciones y diferencias (bienvenidas ellas), y en general un afectuosos abrazo para los que siguen jugando su vida profesional en aquella **tríada de Ulloa “Salud Mental, Ética y Derechos Humanos”**.

Bibliografía

- Angelini, Silvio Oscar - Di Nella, Yago – Olmos Pablo: *“Formación teórica o adoctrinamiento ¿Debe la Formación adecuarse a la Realidad?”*. Ponencia en el 1º Encuentro Nacional de Estudiantes de Psicología. Agosto 1995 (UNR). Rosario, Arg. Publicado en el N° 1 de la Revista "No-Temas" (Páginas 49 a 54). Noviembre de 2000. Cátedra Psicología Forense y Seminario Teoría Crítica del Control Social. Carrera de Psicología, Fac. de Humanidades y Ciencias de la Educación., U.N.L.P. Ediciones Cuadernos del Caleuche.
- Barembliit, Balentín: (2001) *“Trastornos mentales severos. Atención a la Salud Mental”*. En el libro “Cultura y Padecimiento”. Estela I. Rosig, Compiladora. Facultad de Psicología. UNTucumán.
- Bleger, José: (1996) *“Psicohigiene y psicología institucional”*. Paidós.
- Di Nella, Yago (2010) *“Dispositivos congelados. Psicopolítica de la formación en psicología: construcciones de subjetividad profesional desde un enfoque de derechos”*. Aceptado para su publicación. En impresión. Buenos Aires. Koyatun Editorial.
- Domínguez Lostaló, Juan Carlos – Di Nella, Yago: (1996) *¿Es necesario encerrar? El derecho a vivir en comunidad*. Edición: PIFATACS (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP) - CALEUCHE.
- Domínguez Lostaló, J. C.: (1989) *“Treinta años de práctica profesional de psicólogo”*. Primeras jornadas sobre formación universitaria. Publicado en n° 1, Revista "No-Temas" (Páginas 9 a 19). Op. Cit.
- Fernández, Ana María: (1996) *“Obstáculos, interferencias y quiebres en la formación y en la profesión de la psicología”*. Conferencia dictada en el curso: Psicología como profesión, dirigido por J. C. Domínguez Lostaló. Fac. de Humanidades y Ciencias de la Educ. Colegio de Psicólogos Distrito XI.
- Freud, Sigmund: (1978) *“Los nuevos caminos de la terapia analítica”*. Amorrortu Editores. Obras completas.
- Instrumentos ONU: a) “Declaración de Alma-Ata”, resultado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). 6 al 12 de septiembre de 1978. b) Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 119. 46 Sesión. 1991. c) Recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de la Personas con Discapacidad Mental (Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Santiago de Chile, 4 de abril de 2001, aprobado por la Comisión en su 111º Período de extraordinario de Sesiones).
- Langer, Marie: (1964) *“Premisas para la libertad del Hombre”*. Editorial poligráfica Argentina.
- : (1989) *“Psicoanálisis, lucha de clases y salud mental”*. Artículo de libro: “Marie Langer: Mujer, Psicoanálisis y marxismo”. Recopilación de J.C. Volnovich y Silvia Werthein. Editorial Contrapunto.
- Ministerio de Salud y ambiente: (2005) *Plan Nacional de Salud Mental*. Producido por la Unidad Coordinadora de Salud Mental de dicho Organismo.
- Naclerio, M. L.: (1999) *“Historia de una disciplina: Identidad de una profesión”*. Jornadas de Investigación en Psicología UNLP.
- Menéndez, Eduardo: (1986) *“La salud como Derecho Humano: acotaciones sobre la posibilidad de una práctica diferenciada”*. En Cuadernos Médicos Sociales N°17. México. Publicado en el N° 1 de la Revista "No-Temas" (Páginas 71 a 77). Op. Cit.
- Secretaría de Derechos Humanos de la Nación: (2005) *“Programa de Salud Mental y Derechos Humanos (Políticas públicas, ética e instituciones)”*.
- Ulloa, F.: (1995) *“Novela Clínica Psicoanalítica: Historial de una Práctica”*. Paidós.
- UNLP: (1995) *“Revista La Horda”*. Número 4 *“¿Lo-cura el Encierro? Psicología por la salud o gracias a la enfermedad?”*. Comisión de estudiantes de Psicología.