

Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Trabajo Social
Medicina Social
2011



“Salud Mental y Trabajo Social”

Nuevo paradigma, nuevas prácticas.

Integrantes:

- Chistik, Clara (cchistik@gmail.com)
- González, Flavia (flaka_22_87@hotmail.com)
- Moussou, Flavia (flavia_moussou@hotmail.com)
- Paulino, Fernanda. (ferpaulino83@hotmail.com)
- Salas, Raúl (salasraulmaria@gmail.com)

Introducción

El presente trabajo de índole teórico, abordará el proceso histórico de la Salud Mental.

Para el mismo se planteara la concepción de salud y salud mental con los cuales acuerda el grupo de trabajo.

En dicho análisis se trabajará los distintos paradigmas con los cuales se abordó la Salud Mental, la perspectiva de sujeto que se planteaba en dichos paradigmas y los modos de intervención llevados a cabo.

Entre los paradigmas mencionados se hará hincapié en el paradigma de la Atención Psiquiátrica y en el denominado Salud Mental, ya que por un lado, son dos modelos que presentan concepciones y modos de intervenir diferentes en relación a este campo, y por otro, tuvieron (y aún tienen) gran influencia sobre el mismo.

En el desarrollo se hará referencia a las políticas sociales, entendidas como la materialización de decisiones o posturas ideológicas.

Finalmente se establecerá la relación entre Trabajo Social y Salud Mental, construyendo el lugar del Trabajo social en este campo, desde una perspectiva de derechos, tanto de las personas con padecimiento mental como de su núcleo familiar o de apoyo y de los profesionales, de autonomía relativa de la profesión en el campo de la salud mental y las posibles intervenciones del mismo teniendo en cuenta las concepciones de salud y salud metal propuestas al inicio del trabajo.

Desarrollo

Para lograr un análisis profundo acerca del tema de nuestro trabajo, consideramos que es importante desarrollar tanto el concepto de *salud* como el de *salud mental*. Entendiendo que el concepto de salud, esta constituido, entre otras dimensiones, por la dimensión de Salud Mental.

En lo que respecta al concepto de *salud* acordamos con la definición dada por Weinstein, que tiene una marcada diferencia con la definición dada por la Organización Mundial de la Salud, la cual es reconocida mundialmente. El autor entiende a la salud como “*conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo o un colectivo. La salud es una propiedad de los seres vivos, el muerto perdió completamente su salud, lo inorgánico nunca lo tuvo, el enfermo siempre conserva capacidad de salud*” (Weinstein; 1988: 47-47).

Consideramos esta definición dado que, al introducir el concepto de capacidades, permite por un lado, incluir a todos los hombres vivos, ya que todos tienen capacidades. Por otro, si bien todos tienen capacidades, estas se presentan en cada uno en diferentes modos. Es decir, retoma y valoriza la salud singular de cada uno. En este sentido, la definición puede ser general pero al mismo tiempo singular.

Estas capacidades, imbricadas mutuamente, están presentes en la cotidianeidad de toda persona, no sólo en el enfrentamiento de conflictos (como propone Ferrara) sino en las distintas situaciones (lúdicas, emotivas, creativas, cognoscitivas, sexuales, etc.) en que se desenvuelven las personas.

Esta definición parte de un sujeto activo, ya que la salud se construye en la medida que este sujeto desarrolla sus capacidades individuales y/o colectivas. Es decir, es productor de su salud. Pero este ser productor no se encuentra aislado, sino que en el desarrollo de sus capacidades se encuentra condicionado por diversos factores. Por lo tanto, no significa que sea el único responsable de su salud.

En este sentido, la salud se configura a partir del desarrollo de las capacidades individuales y colectivas, en relación con los condicionamientos políticos, económicos, sociales, culturales de una sociedad y época determinada. De este modo, se entiende a la salud- enfermedad como un proceso.

Otro elemento que tuvimos en cuenta para considerar esta definición, es que el autor no explica la salud desde la enfermedad, sino en términos positivos ya que la entiende inherente al hombre.

Por último, dicha definición no pretende ser acabada, sino por el contrario, permite la incorporación de distintos elementos para su complejización y su adecuación a la realidad en que se efectúa, evitando así, la sistematización y apriorismo.

En relación al segundo concepto, *salud mental*, que consideramos relevante desarrollar, y a diferencia del de salud, la OMS establece que no existe una definición oficial sobre salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones objetivas y disputas entre teorías profesionales.

Dentro de la definición de salud de la OMS se encuadra la conceptualización de salud mental dada por la Organización Panamericana de la Salud, la cual dice: *“Salud Mental: estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que puedan introducirse en su ámbito físico y social”*(La Pulseada, 2006: 1).

Este modo de definir la salud mental no es único sino que hay otros autores, médicos, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales que trabajan la temática y que no tienen la misma posición que la OPS al definir el término.

Una de las posturas es la del psicólogo especialista en salud mental Yago Di Nella¹ para el cual salud mental *“se refiere a un estado de bienestar, físico, psíquico y social de la persona, en relación con su comunidad de pertenencia. Sobre todo como componente no separable de la salud en general, con la necesidad de no pensar la salud mental y la física por separado”* (La Pulseada, 2006: 1).

Este autor hace hincapié en el tema de no pensar por separado lo mental de lo físico debido a que se basa en la “teoría de la enfermedad única” de

¹ Licenciado en Psicología y coordinador de la Cátedra Libre de Salud Mental y Derechos Humanos “Marie Langer”.

Pichón Rivière. Otro de los puntos importantes es el lugar que ocupa lo social y la sociedad en esta definición, y no tomarlo como algo meramente individual del sujeto que se enferma.

Otro de los autores, Margarita Pérez², hace referencia a que *“la salud mental es necesariamente un concepto colectivo”* (La Pulseada, 2006: 2). A su vez la autora considera a la salud mental como *“la capacidad de los sujetos para transformarse, contenerse, vincularse y encontrar lugares, espacios y caminos en conjunto”* (La Pulseada, 2006: 2).

Asímismo, podemos mencionar el aporte que realiza Barrios a esta concepción, quien la entiende desde el plano de las diferencias que existen en la trayectoria de cada sujeto en su padecimiento y explica que *“... el padecimiento no es entendido sólo como cuestión de un individuo en cuanto su estructura mental, sólo en una dimensión privada, sino como cuestiones enmarcadas en procesos sociales que tienden a la exclusión masiva de personas de mejores e igualitarias condiciones de vida”* (Barrios; 2004:111).

Por último, es necesario plantear la concepción de la Salud Mental que promueve la ley 26.657: *“En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”* Esta definición fue el resultado de un proceso colectivo que apunto a la transformación del abordaje sobre la salud mental. Proceso que será desarrollada a continuación.

Una vez planteado los conceptos centrales del trabajo (salud-salud mental), se expondrá 2 paradigmas, los cuales consideramos fundamentales ya que le impregnaron un modo de entender y abordar a la salud mental.

- Recorrido histórico de la Salud Mental

En la Edad Media empiezan a surgir las instituciones de encierro, con el objetivo de encerrar a aquellos que causaban “desorden social” (locos,

² Coordinadora de la carrera de Psicología Social de la Universidad de las Madres de Plaza de Mayo.

vagabundos, prostitutas, mendigos, etc.), en este sentido el encierro era entendido como castigo. Aquí se puede analizar que la concepción de salud que subyacía es la de “enfermedad como peligro”. En relación a esto último Berlinguer explica que ésta es considerada como un riesgo directo para la salud de los otros, entendiendo que la enfermedad es transmisible. De ahí que se apele a la necesidad de aislar la fuente de contagio real, el sujeto, culpabilizándolo de su enfermedad, conllevando prácticas de control sobre las personas y no sobre las enfermedades; dando lugar a la medicina punitiva. Con respecto a esto damos cuenta que la relación medico-paciente se construía verticalmente, es decir, el sujeto tenía una actitud pasiva frente a su enfermedad, en tanto no participaba en el proceso de tratamiento. En cuanto que el médico tenía la palabra única y habilitada a partir de prescribir el diagnóstico y el abordaje.

A partir de mediados de siglo XIX bajo la influencia del positivismo como corriente de pensamiento, la psiquiatría redefine sus conceptos, de este modo la psiquiatría moderna se constituye en base a la comprensión organicista de la locura e introduce como gran cambio en las prácticas terapéuticas la “medicalización”. Esta redefinición se vincula con el privilegio que contaba y cuenta la medicina como ciencia hegemónica para establecer los tratamientos que corresponden en los casos de enfermedad, en tanto la misma es considerada como neutral, apolítica, y que posee un discurso fuertemente biologicista (naturalizante) que le permite disponer del control de los cuerpos como parte de su campo disciplinar, según lo explica Achard

A mediados de siglo XX, más precisamente en la década del 60', las prácticas de la institución psiquiátrica fueron fuertemente cuestionadas en Europa y EE.UU., buscando una nueva modalidad de tratamiento para los padecimientos mentales. Estas prácticas intentan romper con el modelo hegemónico caracterizado por la atención psiquiátrica (medicalización, manicomialización de las enfermedades mentales). Esta modalidad de intervención que se denomina Salud Mental, intenta comprender los padecimientos mentales desde las condiciones de existencia de las personas afectadas, es decir, abordar los problemas en el conjunto de las relaciones familiares y sociales de los individuos que padecen problemas mentales.

Este nuevo paradigma se materializó en 1978 con la Ley 180, en Italia. Si bien, ésta marco un rasgo importante, la intención de romper con el tratamiento de la atención psiquiátrica proviene de décadas anteriores: 1948 en Inglaterra Maxwell Jones plantea el sistema de comunidad terapéutica; en el mismo año en París se trabaja desde dos dimensiones la psiquiatría de sector y la psiquiatría institucional y psicoanálisis; 1960 en Estados Unidos aparece la psicología comunitaria y se comienza hablar de salud mental; y en 1965-1970 aparece la antipsiquiatría. La Reforma Psiquiátrica contiene y supera estas modalidades.

Nuestro país no estuvo al margen de las críticas al modelo manicomial, *“...Si bien en Argentina el modelo manicomial continuó siendo la respuesta frente a la problemática de la salud mental, antes del golpe militar de 1976 se desarrollaron experiencias alternativas...”* (Utopías. 2003: 98).

Con el retorno de la democracia, las prácticas manicomiales fueron reformuladas, abriendo así el camino a nuevas experiencias, como es el caso de los modelos abiertos y comunitarios, donde el más paradigmático es el que se dio en la provincia de Río Negro, el cual fue un proceso paulatino de transformación, postulando la erradicación de los manicomios (desmanicomialización), introduciendo así un nuevo modelo de atención basado en las prácticas comunitarias de salud mental. En Argentina esta nuevo paradigma se legitima en el 2010 con la Ley 26.657 “Derecho a la Protección de la Salud Mental”.

Además, es en este contexto que se hace el reconocimiento de los Derechos Humanos de los pacientes encerrados en las instituciones psiquiátricas, despojados de cualquier tipo de acceso a la ciudadanía.³

Surge así la necesidad de la intervención de profesionales de distintas disciplinas como actores institucionales, que antes no eran relevantes en la dinámica del funcionamiento, esto da lugar a un conjunto de prácticas producidas desde una nueva lectura de lo institucional.

³ Ciudadanía: entendiéndola como la categoría que posibilita que las personas puedan utilizar o desarrollar sus derechos tanto civiles, políticos y sociales.

- Campo de la Salud Mental

Diversos autores, tales como Galende, Bauleo, Basaglia, Cohen, entre otros, concuerdan que en la década del 60 es el momento en que surge el campo de la Salud Mental; etapa en que el ámbito de la Salud Mental dejó de ser un espacio exclusivo de los médicos para darle el lugar a un abordaje de tipo interdisciplinario, intersectorial, interprofesional e interinstitucional. Esto provocó un cambio completo desde la relación médico-paciente hasta todo tipo de intervención realizada por los nuevos actores que intervienen en el campo de la salud mental.

Según Emiliano Galende estos cambios llevaron a que se genere un nuevo foco desde donde abordar los problemas, que era *“comprender los sufrimientos mentales del individuo en el conjunto de sus relaciones familiares, grupales y sociales en un sentido amplio”* (Galende; 1997: 31). Esto llevó a que el objeto de la Salud Mental fueran las relaciones que se dan entre el sujeto y la sociedad como algo unido y no separadamente el individuo, por un lado, y la sociedad, por el otro.

Una de las grandes críticas que se le realizó al campo de la Salud Mental fue la de las internaciones de larga duración, específicamente a la institución manicomial y la falta de tratamientos que tengan como objetivo verdaderamente la recuperación de los sujetos internados.

A partir de estas críticas y nuevas visiones, es que se comienza a hablar (como ya mencionamos anteriormente) de un proceso de desmanicomialización.

La desmanicomialización refiere a dos cosas: por un lado, la demolición de la estructura física, el edificio con sus normas y vínculos, y por otro lado, es la creación de una psiquiatría sin la institución del manicomio. Según Bauleo *“La desmanicomialización significa un cambio radical en la comprensión y atención del sufrimiento mental”* (Bauleo; 1999). Esto se traduce en una disminución de internaciones psiquiátricas, se cierran salas, se achica la cantidad de camas, etc. Lo que se busca es una mayor apertura a la comunidad, pero en lo concreto se generan prácticas expulsivas, ya que a nivel comunitario las personas que son expulsadas no encuentran la consecuente contención que

postulan dichas teorías, no se han producido respuestas sociales para la inserción de los sujetos externados.

Con respecto a lo antes dicho, Kinoshita plantea que la desinstitucionalización no se corresponde con la simple apertura de las puertas del manicomio, en el sentido de que ese servicio extrahospitalar puede reproducir la misma lógica manicomial ya que, según Serra (2008: 2), éstas lógicas suponen, anteceden y exceden los límites del hospital psiquiátrico, es necesaria una lucha contra una lógica interna que anula al sujeto, lo suprime, obstruyendo sus capacidades de transformación. Teniendo en cuenta que lo manicomial es expresión de lógicas implícitas en diversas prácticas sociales se torna necesario construir procesos de sustitución de esas lógicas.

Dentro de esos procesos de sustitución, nos parece que una herramienta indispensable es la planificación y gestión de políticas sociales.

- Políticas sociales en salud mental

Entendemos a las políticas sociales en los términos que plantea Claudia Danani, es decir, las políticas sociales son las *políticas estatales* orientadas a intervenir en lo social. En este sentido la autora las propone como las acciones sociales del Estado, considerando que las mismas lo son tanto por acción como por omisión. Un último aspecto a tener en cuenta, a cerca de las políticas sociales, es que el/los sentido/s y orientación/es de las mismas deben analizarse en términos de lucha entre diferentes actores sociales, es decir como distintos “*proyectos socio-políticos en pugna*” al interior del régimen de acumulación del que son producto.

En el contexto actual las políticas sociales y entre ellas las de salud, se ven transformadas en la redefinición de las funciones del Estado. Las prácticas en salud mental son atravesadas por esto, deslizándose el concepto de mercado de la salud donde el Estado se retira de su papel de garante de derechos y tiende a dejar libradas las prestaciones al juego de la oferta y la demanda. La prestación gubernamental se reserva para acciones de corte asistencialista, dirigidas a los sectores marginados.

El sector público con recursos escasos está atravesado por privatizaciones puntuales, descentralización y recorte de la gratuidad.

La descentralización constituye un componente contradictorio: tiende a poner más cerca de las poblaciones los canales de decisión sobre sus recursos en salud, lo que llevaría a una mayor adecuación a los requerimientos y a un funcionamiento menos burocrático. Sin embargo esto no constituye una consecuencia ni lineal ni necesaria, depende de la asignación y distribución de recursos y de los reales resortes de participación que se produzcan. De hecho puede fortalecer el desentendimiento del Estado y promover una mayor inequidad, es ésta última la direccionalidad de las políticas sociales en la actualidad. Los planes asistenciales son de corte vertical y clientelista, se trata de prestaciones fragmentarias y puntuales, existiendo una declinación de las incipientes propuestas comunitarias que nacieron con la vuelta a la democracia.

En relación a lo anterior, y como propuesta superadora frente a las actuales características de las políticas sociales en salud mental, Cohen postula plasmar el apoyo social en políticas sociales y no como respuestas aisladas o beneficencia. Propone tres niveles a la construcción de una alternativa seria: construir una trama social que permita la contención de la persona externada, estrechando los vínculos con la sociedad; el Estado debe poner en marcha políticas sociales que sostengan todo el proceso de reinserción del paciente; al fin de impedir una nueva modalidad de internación se necesita lo específico de una asistencia en Salud Mental.

Siguiendo el planteo de este autor se puede introducir el término de contrahegemonía, planteado por Breilh, al tratamiento de la salud mental hegemónico. Estas prácticas contrahegemónicas requieren de los elementos que plantea Cohen, necesitándose paralelamente de un trabajo interdisciplinario e intersectorial que refuerce los vínculos comunitarios en pos de *“un pensamiento integral sobre construir la determinación social de la salud”* (Breilh, 2009:50)

El objetivo principal de este nuevo paradigma es devolver los derechos civiles a las personas internadas y reconocerlos como sujetos de derecho. Lo principal en este proceso es la puesta en marcha de políticas y planes de salud destinadas a satisfacer las demandas de externación de los sujetos con años de institucionalización que asegure la recuperación de los mismos y la vuelta a su circulación social habitual.

En contraposición al encierro manicomial, se proponen la apertura de Hospitales de día y la constitución de casas de convivencias. Siguiendo la línea que desarrolló originalmente en Italia.

Estas medidas se suman al modo de intervención anteriormente expuesto.

Es por lo antes dicho que, desde el Trabajo Social surge un interrogante ¿Cómo la intervención profesional puede contribuir a ese objetivo?

- Trabajo Social y su relación con Salud Mental

Serra propone asumir en este nuevo paradigma la perspectiva de derechos, reconociendo la responsabilidad indelegable que tiene el Estado de poner en marcha políticas sociales y de salud, concretas y comprometidas con las necesidades de estas personas. Esto permite ubicar la práctica de la salud mental en el campo de la reivindicación y conquista de derechos.

Sumado a esto, es importante tener en cuenta que el proceso de desmanicomialización se introduce en Argentina hace pocas décadas, por lo que no solo es un proceso aún en desarrollo y con diversas dimensiones a explorar, sino que también es un proceso que no es tenido en cuenta en la agenda pública del gobierno (o si lo es, es de forma limitada) y lo que ello implica es la falta de garantías que posibilite la potencialización de dicho proceso, la falta de una política integral que involucre y satisfaga las demandas, requisitos, necesidades que el proceso requiere. Por lo que, quienes intervienen en dicho ámbito, se encuentran con dificultades que deben enfrentar generando prácticas que atiendan lo inmediato pero que a su vez, generen productos que aporten al fortalecimiento del proceso, y así una transformación de la visión e idea social de la Salud Mental.

Planteado esto consideramos que un desafío que debe afrontar el trabajador social es el de construir prácticas instituyentes asentadas en el nuevo paradigma que quiebren con las viejas, pero aún vigentes, lógicas y prácticas institucionales.

Desde el abordaje del nuevo paradigma sostenemos que el profesional del Trabajo Social debe insertarse, trabajando en pos del reconocimiento de los derechos, generando un abordaje integral desde la perspectiva de la Salud Mental.

El accionar del trabajador social es importante dentro de este campo ya que desde la profesión se plantean estrategias de intervención que llevan al fortalecimiento de los vínculos familiares, entendiendo por esta no solo a la familia biológica, sino también toda persona que este dispuesta y cuente con los recursos necesarios para constituirse como persona de apoyo o referencia de los pacientes externados, como así también a recuperar la historia de vida de los mismos, con el objetivo de acompañar a la construcción de su autonomía.

Entendemos a la autonomía como la posibilidad de desarrollarse libremente en la sociedad ya sea en los canales de inclusión al mercado laboral, las acciones culturales y comunitarias, teniendo el poder de tomar decisiones por sí mismo haciendo uso de sus propios medios; entendiendo que este proceso no se da de forma individual sino que implica la presencia y apoyo de otros.

Por otra parte, concordamos con lo que plantea Barrios en lo que respecta a *“pensar las prácticas desde la clave de la posibilidad de construcción y resignificación permanente de los lazos sociales, significa verlas en un movimiento constante que se pone de manifiesto en las acciones que los sujetos van desplegando a partir de “la subjetividad de la experiencia vivida”*. (Barrios; 2004: 113).

Consideramos que el fortalecimiento de los lazos se puede lograr a través de un trabajo comunitario. Este trabajo podría incluir actividades que favorezcan a la promoción, conceptualizada por Czersnia como aquellas *“...medidas que no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales.”* (Czersnia; 2006:5).

Pensando nuestra práctica profesional como constitutivamente ética y política es que el Trabajo Social debe apuntar a las potencialidades y capacidades de los sujetos, teniendo en cuenta que esa intervención concreta forma parte de un posicionamiento ético - político que define tanto prácticas como discursos. El cambio de lógica requiere rupturas y creación de nuevas formas de pensar nuestras prácticas que se correspondan con un proyecto profesional ético- político alternativo, acordes a un proyecto social más amplio. Lo alternativo solo puede darse a partir de la ruptura y se puede hacer ruptura conociendo y reflexionando sobre aquello que queremos romper.

Conclusión

A pesar de los avances en cuanto a la Salud Mental que hay en Argentina, el sistema de atención pública en nuestro país nos brinda una modalidad de funcionamiento desarticulada y fragmentada, como expresión, aun vigente, del paradigma de atención psiquiátrica. Esta realidad se expresa diariamente en las dificultades y desafíos que los dispositivos alternativos de atención en Salud Mental atraviesan.

Queda expresado de esta forma que el nuevo paradigma de atención en salud mental es un proceso que no está dado de una vez para siempre sino que según Kinoshita *“es un proceso social, complejo y contradictorio, en la cual se producen innovaciones en las características y participación de los actores, en los contenidos o en los modos de conflicto [...] la reforma no es un objetivo finalmente alcanzado [...]”* (Kinoshita; 1995:5)

Consideramos que el Trabajo Social debe apoyar este proceso complejo a través de su práctica y aportar su saber y posicionamiento para la construcción de Políticas Públicas Sanitarias Nacionales desde el concepto de ciudadanía. Como explica Michelli y López de esta manera estarían presentes los derechos de los ciudadanos, logrando un sistema de salud menos inequitativo y desigual. En este sentido las autoras plantean que *“...la equidad consiste en crear o favorecer, para cada individuo, la posibilidad de perseguir y alcanzar el nivel potencial de salud que le es propio”*. (Michelli; 2005: 6)

La intervención del Trabajo Social debe abordar los problemas en el conjunto de las relaciones familiares y sociales de los individuos que padecen problemas mentales. A partir de esta distinción sostenemos que el profesional del Trabajo Social debe insertarse, trabajando en pos del reconocimiento de los derechos, generando un abordaje integral desde la perspectiva de la Salud Mental, reconociendo la responsabilidad indelegable que tiene el Estado de poner en marcha políticas sociales y de salud concretas y comprometidas con las necesidades de estas personas. Esto permite ubicar la práctica de la Salud Mental en el campo de la reivindicación y conquista de derechos.

Entendemos que el debate sobre la modalidad de atención de Salud Mental, no debe encerrarse dentro de la profesión si no que por el contrario se deben fortalecer los espacios de discusión y construcción con otros profesionales y

miembros que se encuentran implicados en modalidades alternativas de atención en Salud Mental. De esta forma se estará trabajando colectivamente en la construcción de prácticas superadoras, capaces de enfrentarse a las limitaciones que la coyuntura actual nos impone.

Bibliografía

- Achard, P. (comp.) (1980) Cap 1 “Biología y gestión de los cuerpos” de Chauvenet. En: *Discurso biológico y orden social*. Ed. Nueva Imagen. México.
- Amarante, P. Locos por la vida, la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Ed. Madres de Plaza de Mayo. Bs. As. 2006.
- Amico, Lucia del Carmen. (2005) *La institucionalización de la locura: la intervención del trabajo social. Alternativas de atención*. Ed. Espacio, Buenos Aires.
- Barrios, Marisa. (2004) “Las prácticas en Salud mental ante nuevos desafíos. Cómo pensarnos en la reconstrucción del tejido social”. En: *Intervención profesional: Legitimidades en debate*. Ed. Espacio.
- Basaglia, Franco. (1972) *La institucionalización psiquiátrica de la violencia*.
- Basaglia, Franco. Cap.6 “La institucionalización psiquiátrica de la violencia” En: *La institución negada, Informe de un hospital psiquiátrico*. Barral Editores, Barcelona,
- Bauleo, Eduardo. (1999) *Propuesta para sustituir por sistemas de "atención en red" los neuropsiquiátricos* “Demolición física y mental del manicomio”. Diario Página/12. Edición 22 de Julio de 1999. Sección Psicología.
- Berlinguer, Giovanni. (1994) Cap. 1 a 6. En: *La Enfermedad*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Breilh, Jaime. (2009) “Medicina Social (salud colectiva) y medio ambiente” En: *Ecología Política*. Nº 37. Barcelona.
- Casamayor, Adriana y Marchesoni, Cristina. (2005) *Salud mental infanto juvenil. Abordaje grupal desde el trabajo social*. Ed. Espacio, Buenos Aires.
- Czeresnia, D. (1995) “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción” En: *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Lugar editorial. Buenos Aires.
- Cohen, Hugo. (comp.) Saidón y Troianovsky. (1994) *Políticas en Salud Mental. El proceso de desmanicomialización en Río Negro*. Ed. Lugar, Buenos Aires,
- Danani, Claudia. *Políticas Sociales*. “Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población-objeto.” En: *contribución al debate teórico metodológico*.

- Domínguez Lostalo, J.C. y Di Nella, Yago. (2007) *Es necesario encerrar*. P.I.F.A.T.A.C.S (Programa de Investigación, Formación y Asistencia Técnica en Alternativas de Control Social). Cátedra de Psicología Forense, Facultad de Psicología, UNLP. Ed. Koyatun, La Plata.
- Galende, Emiliano. (1997) Cap1: “La nueva configuración de la salud mental. *Un horizonte incierto*” En: *De Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Editorial Paidós, Buenos Aires,
- Kinoshita, Roberto. “Una experiencia pionera: la reforma psiquiátrica italiana.” En: *Salud Mental y ciudadanía*. Plenario de trabajadores en Salud Mental del Estado de San Pablo. Ed. Mandacaru. Traducción del portugués: Clara Weber.
- Ley Nacional 26.657 “Derecho a la Protección de la Salud Mental”
- Michelli Virginia y López Susan. (2005) “Política pública sanitaria nacional: ¿Nuevos parias urbanos o ejercicio de la ciudadanía? Desigualdad y exclusión en el acceso a prácticas medicas de alta complejidad y costo en Argentina”. XXIII CONGRESO NACIONAL DE TRABAJO 2005. San Salvador de Jujuy. Jujuy. Argentina. Mimeo.
- Weistein Luís. (1988) Cap 1. “El Concepto de Salud” En: *Salud y Autogestión*. Editorial Nordan. Montevideo