



# Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones

**Silvia Faraone**

Lic. en Trabajo Social. Dra. de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Sociales. Titular de la Cátedra de Problemáticas de la Salud Mental en la Argentina. Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

## Resumen

En la Argentina la ley 26.657 sancionada en el año 2010 impone un proceso de reforma en el campo de la salud mental sin precedente para este país y para América Latina. Esta legislación basada en los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, pone en crisis la propia construcción histórica de la enunciación del problema sobre el cual se interviene.

Si bien la ley establece la noción de padecimiento psíquico, su reglamentación avanza sobre otras nociones tales como trastorno y enfermedad. Así, la consolidación de estas formaciones discursivas supone asumir estos enunciados articulados con prácticas sociales concretas. Éstas ubican puntos de conflicto en los procesos transformadores y sobre los cuales se armonizan intervenciones heterogéneas en tensión permanente.

En este artículo se despliegan y problematizan estos diferentes enunciados desde una perspectiva histórica. Los mismos identifican una problemática difusa que supone una diversidad de significados y que involucran la producción de prácticas sociales e intervenciones diversas con mecanismos no homologables de tutela jurídica y de igualdad de derechos.

## Palabras clave

Enfermedad mental - Trastorno mental - Discapacidad mental - Padecimiento psíquico.

## Abstract

In Argentina, 26.657 Law, promulgated in 2010, imposes a reform process in mental health field that has no precedents in the country neither in Latin America. This legislation is based in the human rights of the mental health services' users, and enters a crisis in the very historical construction of the problem' enunciation in which it intervenes.

Even if the law establishes the notion of psychic suffering, its regulation moves forward on other notions such as disorder and disease. The consolidation of this discursive formations lead to suppose this enunciations in its articulations with specific practices. They locate conflict points in transforming processes on which heterogeneous and in tension interventions are harmonized.

This article unfolds and problematizes different enunciations from a historical perspective. They identify a vague problematic that supposes a variety of meanings and that involves the production of social practices and diverse interventions, with mechanisms that are not comparable to juridical tutelary and equality of rights.

## Key words

Mental disease - Mental disorder - Mental disability - Psychic suffering.

## Introducción

---

Hablar de las nociones, conceptos, tipificaciones en el campo de la salud mental exige recorrer un camino de especificaciones no poco conflictiva, ya que las mismas difieren teórica, conceptual y legalmente; pero también, desde lo contextual, esos enunciados tienen implicancias prácticas, subjetivas y sociales sobre los sujetos portadores de esos significados. Esa enunciación contribuye diferencialmente a la colonización de la vida del sujeto (Grimberg, 2003; Tamburrino, 2009).

La ley nacional de salud mental 26.657 sancionada en la Argentina en el año 2010 define en su artículo primero que tiene por objeto el goce de los derechos humanos de “*aquellas personas con padecimiento mental*”. La reglamentación avanza sobre la definición de padecimiento mental y establece “*que se refiere a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como situaciones más prolongadas de padecimientos incluyendo trastornos y/o enfermedades*”.

A través de las investigaciones realizadas por la autora (1) se pudo identificar que las nociones expuestas por la ley y la reglamentación –padecimiento/sufrimiento, trastorno, enfermedad– involucran dimensiones históricas, sociales, económicas, morales y epistemológicas que impactan diferencialmente en la construcción de práctica en el campo de la salud mental. Como señala Ana C. Augsburg (2002), esas nociones organizan tanto saberes populares –consecuencia de experiencias cotidianas– como un cuerpo teórico conceptual entramado en prácticas profesionales específicas.

Son esas enunciaciones expuestas por la ley y la reglamentación las que guían la discusión abordada en este artículo ya que si bien entre ellas se abren zonas de intersección, lejos de clausurar un problema en el campo de la salud mental, instituyen tensiones, disputas y conflictos. Para abordar este problema, se rastrea el modo particular por el cual se definen históricamente esos enunciados, a partir de buscar “*sus condiciones de existencia en las prácticas sociales y no en los sujetos*” (Murillo, 1997: 30). Se recurre entonces a la construcción de un mapa conceptual, a partir de una búsqueda organizada en base a documentos que permiten avizorar nociones, conceptos, tipificaciones, en las cuales es posible más de una respuesta en forma simultánea, incluso a pesar de las contradicciones que se puedan presentar. Así, estos enunciados responden a conjuntos expresados y articulados con prácticas concretas que no forman un sistema homogéneo, sino que “*se articulan en la dispersión, en la diferencia*” (Murillo, 1997: 34). Enfermedad, trastornos, sufrimiento/ padecimiento, discapacidad mental, identifican una problemática difusa, con intersecciones incom-

pletas, con regularidades y dispersiones, que supone una diversidad de significados y que involucran la producción de prácticas diversas y mecanismos no homologables de tutela jurídica y de igualdad de derechos.

Metodológicamente, el trabajo propuesto se realizó a través de un relevamiento de fuentes secundarias con un procesamiento y análisis utilizando el método analítico-interpretativo. El corpus de la fuente documental incluye legislaciones nacionales, internacionales y supranacionales, tratados y manuales de clasificación, artículos académicos, así como sitios de Internet –donde se accedió a información periodística, producciones y difusiones que son accesibles por este medio– (todos ellos se detallan en la bibliografía).

## Enfermedad mental

---

La incorporación de un mapa conceptual permite comprender el modo de definir la enfermedad mental y su paralelismo con el proceso diagnóstico y la terapéutica de encierro impuesto por la psiquiatría tradicional, así como las diferentes perspectivas que la discuten y cuestionan. Un conjunto de documentos y normativas internacionales debaten la utilidad de esta noción; por ejemplo, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, ya en 1977, redactó un primer conjunto de recomendaciones vinculadas a prácticas extramurales sobre la situación de las ‘personas con enfermedad mental’ (Council of Europe, 1977). Su importancia es relevante a los efectos aquí analizados, ya que introduce los primeros cambios en la perspectiva de los abordajes en salud mental en torno a procesos de reforma, pero no acerca de la propia noción de enfermedad mental. Este documento coloca el término enfermedad mental como un concepto extremadamente difícil de definir, y expresa que esta dificultad se debe a que el concepto de salud / enfermedad mental cambia con el tiempo y en las distintas regiones, a la par que surgen nuevas alteraciones psicológicas relacionadas con el ritmo de trabajo, el estrés y los modelos sociológicos de la vida moderna.

En ese mismo documento se recomienda redefinir otras nociones imbricadas en el campo de la salud mental tales como: peligrosidad, detención compulsiva, tribunales, o comisiones especiales e independientes de bienestar mental. Asimismo, insta a los Estados parte a otorgar al paciente mental el derecho de ser escuchado ante la justicia, y a tomar medidas para reducir las grandes instituciones psiquiátricas y desarrollar servicios sociales ramificados en la comunidad. Si bien este documento avanza sobre concepciones transformadoras en el campo de la salud mental, la noción de enfermedad mental reasume un nuevo estatus social que reubica, hasta la actualidad, la relevancia y persistencia de este concepto en las prácticas en este campo.

## Discusión socio-antropológica

La interrelación en la construcción de un hilo conductual que estudia la enfermedad mental, desde el método científico de la medicina positivista –pensamiento fundado en el modelo anatomoclínico kraepeliano de fines del siglo XIX y basado en la experimentación de síntomas– es debatida desde perspectivas socio-antropológicas, generando un cuestionamiento sobre la propia noción de enfermedad mental. Así, el término de “enfermedad” circunscribe al sujeto de la intervención a la mediación de la biomedicina y, por lo tanto, la problemática del campo de la salud mental queda capturada por una disciplina que adquiere carácter médico y a partir de la cual el hospital asume un espacio que está determinado por lo curativo-terapéutico (Foucault, 1996). Precisamente este concepto proviene asociado a la medicina biológica, en términos a-históricos, fijo en su diagnóstico, a-cultural.

Desde un trabajo que cuestiona estas perspectivas, en *Enfermedad mental y personalidad*, Foucault establece que no se puede enunciar la noción de enfermedad mental (patología mental) relacionada a la enfermedad orgánica (patología orgánica), sino que solo se puede pensar ésta asociada a una reflexión sobre el “hombre mismo” (Foucault, 1961). En *El poder psiquiátrico*, Foucault (2007) retoma esta idea y establece que la diferencia entre lo mental y lo orgánico resulta central ya que pone en juego la posibilidad de establecer si una determinada situación, una conducta, una forma de actuar, es o no una enfermedad mental, a diferencia de las enfermedades orgánicas que no admiten esta duda.

Lo que es y lo que no es enfermedad mental, la nebulosidad acerca de esta noción, ha atravesado –y continúa haciéndolo– el campo de la salud mental en todas sus dimensiones. También en este aspecto los diferentes anclajes epistemológicos ubican esta noción de modo multívoco. El libro de Roger Bastide, *Sociología de las enfermedades mentales*, problematiza la dispersión entre las significaciones otorgadas a la enfermedad mental y a la psiquiatría social. Este autor plantea que la noción de enfermedad mental acarrea grandes diferencias de definiciones según las orientaciones de los usos del término. Y pone en juego la interrelación entre enfermedad mental y el estudio de lo normal y lo anormal (lo patológico), estableciendo que “en el curso de estas discusiones se han ido desprendiendo nociones que interesan a la sociología psiquiátrica tanto como a la etnopsiquiatría” (Bastide, 1998: 90).

El histórico trabajo de Ruth Benedict, publicado en 1934 en el artículo *La antropología y el anormal*, ya introdujo en ese momento una disputa entre la psiquiatría y la antropología. Esta autora pone en cuestión las categorías nosológicas con las cuales los psiquiatras definen lo anormal en términos de enfermedad men-

tal, y observa en sociedades primitivas estudiadas por etnólogos situaciones análogas a las definidas por estos como anormales, pero ocupando lugares diferenciales de la anormalidad. Dice al respecto: “Lo cierto es que existen culturas bien descritas en las cuales los anormales funcionan cómodamente y con honor y, aparentemente, sin peligro, ni dificultad para la sociedad”, establece que la descripción de esas sociedades, “nos pone frente a la evidencia que la anormalidad se define culturalmente” y que “ninguna civilización puede utilizar en sus normas tradicionales todo el rango potencial de comportamiento humano”. Benedict concluye que, “el concepto de lo normal, es en realidad, una variante del concepto de «el bien», refiere a lo que la sociedad ha aprobado” (Benedict, 1934).

Por otro lado, John Foley, en un análisis que plasma Bastide, realiza un intento interpretativo para “hacer salir el problema de lo patológico de la subjetividad de los juicios de valores y darle una base científica; no que él elimine los valores, sino que los valores se constituyen aquí en «hechos» colectivos, observables y cuantificables y no como «juicios de valores»” (Bastide, 1998: 92). En este concepto, Foley tiene una interpretación sobre lo anormal (patológico) afín a lo desarrollado por Emile Durkheim en *Las reglas del método sociológico*, quien establece que “un hecho sólo puede calificarse de patológico con relación a una especie dada” y que “las condiciones de salud y de enfermedad no pueden definirse en abstracto y de una manera absoluta” (Durkheim, 1991: 58).

Otros autores del campo social reinterpretan el hecho de lo anormal-patológico-enfermedad mental a partir de diferentes teorías, particularmente las del “etiquetamiento” y la “teoría de la desviación” (Goffman, 1989, 2004; Becker, 1971), y su relación con los procesos de producción. En este argumento, el valor otorgado a lo normal como adaptación, y a lo anormal como desviación, introduce nuevas dimensiones al análisis de la enfermedad mental, vinculadas a la segregación y al castigo en espacios de internamiento crónico.

Esta perspectiva será reinterpretada por Eugene Minkowski al establecer que el enfermo mental (alienado), más que un desviado es un ‘diferente’ que se ha apartado, no respecto a otros hombres como de sí mismo: a partir de esto, el enfermo mental puede explicarse “no tanto como un desviado sino un diferente” (citado en Canguilhem, 2009: 85).

Para estos autores del campo social, el “rótulo”, en términos de diagnóstico psiquiátrico, imprime un “estigma social” (Goffman, 1989) que no se condice en términos de enfermedad, sino en un conjunto de valores negativos para el sujeto que lo acarrea. Desde esta perspectiva, es determinante la noción de “peligrosidad” en la construcción del imaginario social sobre la enfermedad mental.



En esta dirección, David Rosenhan parte de la hipótesis de que la noción de enfermedad mental pierde todo rigor de verdad, al ser determinada por procesos diagnósticos de escasa seriedad. Los difusos límites entre normalidad y anormalidad son el enclave que Rosenhan pone en cuestión. Señala que *“la normalidad y la anormalidad, el estar sano y el estar loco [enfermo], así como los diagnósticos que se derivan de ellos son posiblemente menos determinantes de lo que se cree generalmente”* (Rosenhan, 1982: 99).

## Las corrientes reformistas

En la misma trayectoria que los aportes antropológicos y sociológicos, un conjunto de autores pertenecientes al campo de la salud mental –específicamente vinculados a movimientos de reformas psiquiátricas– también pusieron en duda la construcción del diagnóstico psiquiátrico y la propia noción de enfermedad mental, tal como se interpreta desde la nosología psiquiátrica.

Varios autores ligados a la reforma psiquiátrica en Italia, particularmente Franco Basaglia, centraron el análisis de la noción de enfermedad mental en las condiciones concretas de producción económico-social, lo que los llevó a considerar que no se encuentra definida por la ideología médica, sino por el sistema socio-económico que determina sus modalidades (Basaglia, 1986). La enfermedad mental reviste, en este análisis, un significado distinto según el nivel social del enfermo.

Desde esta perspectiva se le asigna al diagnóstico psiquiátrico un valor de etiquetamiento que codifica una pasividad irreversible que, sostiene Basaglia, puede ser de otra naturaleza; no es siempre, ni únicamente patológica pero, dice, *“desde el instante en que se la considera únicamente en términos de enfermedad, no entra en duda la significación discriminatoria de ese diagnóstico”* (Basaglia, 1972: 141). Esta construcción deja abierto un interrogante acerca del lugar específico de la enfermedad mental en el contexto global de las problemáticas sociales en general. Este será un nuevo avance en términos teóricos, que enfatiza la imprecisión de esta noción y el riesgo de englobar las problemáticas sociales como enfermedad, al medicalizar aquello que se percibe como problemático cultural y socialmente.

Giovanni Jervis, otro autor italiano y colaborador de Basaglia, realiza un intento por encontrar una respuesta a este interrogante al analizar las variables particulares que intervienen para que un comportamiento interpretado como desviación, anormalidad, se diferencie de otros, en términos sociales, y le incumba en forma particular a la psiquiatría. El autor estableció que aquellos a quienes se atribuye un diagnóstico de enfermedad mental suelen ser individuos con pro-

blemas que son más graves, o bien diferentes, de los que padecen el resto de los oprimidos o marginados (citado en Menéndez, 1979: 47). Sin embargo no logró especificar cuál es esa particularidad que establece la categoría de gravedad.

La antipsiquiatría inglesa de mediados de siglo pasado se preguntó también acerca de los límites en la producción de las categorías que explican la enfermedad mental. La obra del psiquiatra David Cooper cuestiona la noción de enfermedad mental, y establece una crítica a lo que define como la objetivación de los síndromes y síntomas que son observados para conformar un diagnóstico de enfermedad mental. A partir del intento de definir la esquizofrenia, cuestiona los enunciados diagnósticos y establece que *“se refieren a las perturbaciones externas de un grupo y no a los desórdenes de las personas que padecen dichos síntomas”* (Cooper, 1985: 15).

Sin embargo, el anclaje crítico más resonante, desde la perspectiva de la antipsiquiatría, estuvo dado por el autor húngaro radicado en EE. UU. Thomas Szasz, cuando interpretó que *“la categoría enfermedad mental es un mito construido socialmente, una metáfora que equivocadamente se ha considerado un hecho real”* (Szasz, 1976: 32). Este autor buscó demostrar que la noción de enfermedad mental funciona como un mito. Para Szasz *“los hombres tienen problemas de la vida, problemas biológicos, económicos, políticos y/o psicosociales”* (Szasz, 1976: 33), incorpora dentro de estos últimos a los que afectan los valores morales y puntualiza que los problemas definidos como enfermedad mental se supeditan a estos valores. Así, la utilización de la noción de enfermedad mental se relaciona con las estructuras de poder económico-político.

## Síndrome o Trastorno mental

Otro conjunto de enunciados tipificados en diferentes documentos ubica al sujeto de la intervención en salud mental como portador de síndromes o trastornos mentales, redefiniendo así la propia noción de enfermedad mental. En esta interpretación han tenido un papel prioritario los manuales de clasificación internacional, que codifican modos de pensar y organizar el comportamiento, y los clasifican en categorías nosológicas. Augsburger dice que una clasificación se define como *“un sistema de categorías a las cuales se asignan entidades mórbidas de acuerdo con criterios preestablecidos”* (Augsburger, 2002: 63).

A partir de la noción de trastorno mental, la psiquiatría, como práctica política, encuentra nuevos nichos de control social que instituyen innovaciones al proceso de medicalización, redefiniendo la significación de lo normal o lo patológico (siempre en términos de anormalidad) y las terapéuticas, específicamente las de encierro institucional.

## La valoración de los manuales de clasificación internacional

Para elaborar diagnósticos en salud mental son utilizados, en particular, dos instrumentos: la *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE)*, de la OMS, y el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental (DSM)*, de la American Psychiatric Association (2).

La CIE es una nosografía de características descriptivas del conjunto de problemas salud-enfermedad, utilizado en principios con fines estadísticos y epidemiológicos. Si bien el propósito de consensuar internacionalmente los sistemas clasificatorios de enfermedades se remonta al siglo XIX, fue recién a partir de la sexta edición del Manual de la CIE, publicado en 1952, cuando se incluyó un apartado específico para problemáticas de salud mental. La revisión en vigencia, CIE-10, fue publicada en 1994 y, entre sus 21 capítulos, tiene uno, el quinto, dedicado a “trastornos mentales y del comportamiento”, que incluye la mayoría de las problemáticas referidas al campo de la salud mental.

El DSM, es un instrumento con características de nomenclatura y orientación diagnóstica. Su primera edición data de 1952 y, desde entonces, en sucesivas revisiones, se fueron incorporando modificaciones metodológicas y conceptuales de acuerdo al contexto socio-político general y del campo de la salud mental en particular.

El DSM IV, aún en vigencia en la Argentina (ya se ha publicado en EE.UU. el DSM V), reconoce como objetivos, tal como el CIE-10, constituirse como una herramienta para la investigación epidemiológica y el intercambio científico. Pero, además, se enuncia como guía útil para la práctica clínica (Fortineau, 2002; Stagnaro y Tesone, 2004; Mises, 2004).

Jane Russo y Ana Venâncio señalan que el DSM, particularmente a partir de la versión III, es proclamado como un manual a-teórico, basado en principios de testeo y verificación a partir de los cuales cada trastorno es identificado por criterios accesibles a la observación y medición empíricas. Según las autoras esta clasificación, con pretensiones de neutralidad y generalidad para todo tiempo y lugar, condujo a la globalización de la psiquiatría norteamericana (Russo y Venâncio, 2006).

Es a partir de esta versión del DSM cuando emerge el concepto de trastorno mental. Este concepto es asimilable a un “síndrome o manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica, sin especificación de causa” (DSM III). El surgimiento del término trastorno, en la década de 1980, significó una categorización si / no de acuerdo a “supuestos criterios objetivos dados por una taxonomía del síntoma” (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007: 29). Es interesante señalar aquí los estudios desarrollados por Shorter

y publicados en su libro *Historia de la psiquiatría*, de 1999, estos marcan como a lo largo de cuarenta años se extendió sensiblemente la clasificación de trastornos en este manual. En el DSM I, en 1952, se detallaban 106 diagnósticos y en el DSM IV, en 1994, alcanzaban los 297 diagnósticos (citado en González Pardo y Pérez Álvarez, 2007: 31). Con la publicación del DSM V la producción de nuevos trastornos se verá incrementada aún más drásticamente. Esto puede enmarcarse en lo que se denomina un abordaje dimensional, que en lugar de recortar entidades discretas apunta a establecer continuos y borra aún más las demarcaciones entre lo definido como normal y patológico. Según Allen Frances esto se dará de dos maneras: nuevos diagnósticos que podrían ser común en la población general y umbrales de diagnósticos más bajos para muchos desórdenes existentes (Frances, 2010).

En el sentido aquí desarrollado, Arthur Kleinman y Meter Benson agregan que a través de estos instrumentos la experiencia moral del paciente está siendo privada de moralidad, y que la subjetividad misma está experimentando transformaciones “en virtud de las cuales se reconforman alrededor procedimientos burocráticos y modelos técnicos de manera que la vida deviene algo nuevo, diferente y peligroso” (Kleinman y Benson, 2004: 21). El DSM utiliza desde entonces la noción de trastorno mental como “un concepto que no tiene límites precisos y que carece de una definición operacional” (Korman e Idoyaga Molina, 2010: 31). El propio manual expresa la conflictividad acerca de esta conceptualización, a pesar de lo cual, la asume y la instala como hegemónica para la lectura de las problemáticas en el campo de la salud mental.

Es interesante la traslación de la noción de enfermedad mental a la de trastorno mental; noción que no tiene límites precisos y posibilita nuevas interpretaciones acerca de prácticas, comportamientos, actitudes, etcétera, de los sujetos individuales y sociales sobre los cuales interviene específicamente el campo de la salud mental. Este pasaje debe ser problematizado en los procesos des/ institucionalizadores, ya que esta noción condujo a una refundación de nuevas formas de medicalización y a una reconfiguración de los mecanismos de control social duro, centrados históricamente en la institución asilar, por mecanismos de control social blando basados en estrategias extramurales (Pavarini, 1994). Así se abren nuevos desafíos que reinterpretaron lo normal, lo anormal, la desviación y la diferencia en innovadores procesos de medicalización.

## Los actuales procesos de medicalización

Se requiere hacer un breve paréntesis para expresar qué se entiende por medicalización. Al conceptua-

lizar el término desde los aportes de ciencias sociales, Foucault abordó la cuestión de la medicina y la medicalización como estrategia de gobierno de las poblaciones, trabajando sobre la hipótesis que ningún problema es intrínsecamente médico o no.

La medicalización como proceso histórico es un tema muy amplio, que ha sido abordado desde múltiples campos y tradiciones de pensamiento. Acuñado por el filósofo, historiador y crítico social Ivan Illich, en su libro *Némesis médica: la expropiación de la salud* en 1975, el término medicalización define un proceso que se extendió de forma imparable por la sociedad de nuestro tiempo, por el cual los médicos se ocupan y tratan problemas no médicos que atañen al bienestar humano. Es interesante observar que la medicalización aquí presentada no está asociada a lo que anteriormente señalaba Jervi en términos de gravedad, sino que está centrada en términos de extensión de prácticas médicas a problemas que antes eran señalados como de otro orden.

La medicalización se presenta entonces a modo de un producto socio-cultural, donde inciden diversos factores que en, un contexto social e histórico específico, permiten que se desarrollen las líneas argumentales de los diversos actores sociales que han intervenido e intervienen en la génesis y producción (y reproducción) de dicho proceso.

Una reseña realizada por Peter Conrad acerca de estudios sobre medicalización llevados cabo desde 1980 considera que la clave de este proceso está en la definición de un problema en términos médicos, utilizando un lenguaje médico para describirlo, adoptando un marco médico para entenderlo, y/o utilizando la intervención médica para tratarlo (Conrad, 1992), dando cuenta de una serie de condiciones para que un comportamiento sea medicalizado; esto es, concebido y tratado como un trastorno, de manera tal que se incorpore al ámbito de injerencia de la medicina, y en el caso particular de la salud mental, también de la psicología.

En esta misma línea, en su artículo *Medicalization of everyday life* Szasz discute el problema de la medicalización, entendiendo que ésta no es medicina ni ciencia sino una estrategia semántica y social que beneficia a algunas personas y daña a otras. El autor marca que en la actualidad cualquier sujeto puede ser, en algún momento, alternativamente socorrido o dañado por la medicalización (Szasz, 2007a, 2007b).

Muchos académicos contemporáneos posicionan hoy al complejo médico-industrial como actor que ocupa el lugar que antes tuvieron los médicos en el proceso de medicalización de la vida humana (Blech, 2005; Moynihan y Cassels, 2006; Metzl y Herzig, 2007; González Pardo y Pérez Álvarez, 2007; Iriart, 2008). Este nuevo proceso de medicalización es denominado por Szasz como farmacracia (Szasz, 2007a).

Para finalizar, y retomando la noción de trastorno mental aquí expresada, la misma reubica al campo de la salud mental, sus estrategias y prácticas, en una nueva dimensión de la medicalización; así, la relación estrecha entre padecimientos sociales y trastorno mental que se asigna en la actualidad al campo de la salud mental, condiciona el proceso de atención, las prácticas institucionales y las dimensiones de los procesos des/institucionalizadores. La medicalización de los problemas sociales en el campo de la salud mental no es nueva, pero sin embargo, a partir de la difusión de la noción de trastorno mental –y su interpretación en los manuales de clasificación psiquiátrica– adquiere una mayor relevancia, tanto en procesos medicalizadores como en las innovadoras y diversas líneas conductuales de la psicología.

## La noción de discapacidad en el campo de la salud mental

Si bien ni en la ley 26.657, ni en su reglamentación emerge esta noción, considero central ubicarla en este recorrido ya que la misma ocupa un lugar central en los debates actuales del campo.

Así la noción de discapacidad mental irrumpe en documentos de organismos internacionales que ponen en escena, en el campo de la salud mental, otro modo de enunciación del sujeto de la intervención. Esta noción estuvo vinculada históricamente a diagnósticos relacionados al retraso mental o debilidad mental –oligofrenia– (Aznar y González Castañón, 2010; Wahlberg y Triskier, 2010), sin embargo, hoy su enunciación se amplió encontrando, en algunos textos jurídicos (Kraut, 2006), ciertos intersticios para dar legitimidad a derechos sociales –acceso a los servicios de salud, rehabilitación, etcétera– que con otras enunciaciones no son garantizados.

Dos instrumentos internacionales, vinculados a garantizar los derechos de los pacientes, dan la primera identidad a la emergencia de la noción de discapacidad relacionada genéricamente a la enfermedad mental. Por un lado, la *Declaración sobre los derechos del retrasado mental* del año 1971, de la ONU, que incorpora en una misma categoría conceptual los derechos de las personas enunciadas como “mentalmente desfavorecidos”. El objetivo de este documento fue establecer el bienestar y el respeto de los derechos de estas personas. Esta enunciación es vaga y permite ampliar la noción de discapacidad en términos poco precisos. La declaración introduce el concepto de atención comunitaria, así como la protección contra la explotación, los abusos y los tratos degradantes. Asimismo, establece la figura de tutor, el derecho a un debido proceso en caso de haber cometido algún delito, la figura de la salvaguarda jurídica, y el derecho a revisiones periódicas.



cas ante los juicios de la declaración de incapacidad o insania (ONU, 1971).

Por otro lado, la *Declaración de los derechos de las personas impedidas*, también de la ONU del año 1975, modificó el término de retraso mental por el de “persona impedida”, y en su artículo 1º lo define como aquellas “*personas incapacitadas de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales*” (ONU, 1975). Incapacidad y discapacidad, en términos enunciativos, son homónimos y el documento expresa la garantía de los derechos civiles y la igualdad de condiciones entre las personas incapacitadas / discapacitadas y los demás sujetos sociales. Otro aspecto abordado por la declaración es la autonomía de los sujetos (denominadas personas impedidas en este instrumento jurídico).

En el sentido aquí expresado por ambos documentos la formación discursiva instala un conjunto de expresiones imbricadas en prácticas legislativas, jurídicas e institucionales que ubican al sujeto de la intervención en salud mental en términos de sujetos con ‘retraso mental’, ‘personas impedidas’, ‘personas incapacitadas’. Así, la garantía de derechos sociales fue encontrando discursivamente en estos documentos una primera asociación con características enlazadas a aspectos contradictorios de la enfermedad mental, es decir, ubicando el centro de la denominación en aquellos aspectos discapacitantes del sujeto. Lo que se pone en escena, entonces, es que el derecho aquí expresado puede interpretarse solo en tanto a “persona discapacitada” y no en tanto “sujeto de derecho”.

Este aspecto señalado tomó aún mayor vigencia en 1993, cuando la ONU reintrodujo la centralidad del concepto de *discapacidad* en la agenda de los Estados miembros para garantizar los derechos de las personas con enfermedad mental. Esta centralidad se dio a través de las *Normas uniformes sobre la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad* (ONU, 1993a). En el mismo año, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena (ONU, 1993b), hizo hincapié en que los derechos de las personas con discapacidad mental están protegidos por los derechos internacionales, ya que todos los derechos humanos son universales y comprenden a estas personas. La Conferencia solicitó a los gobiernos que establecieran legislaciones especiales con el fin de garantizar esos derechos.

Otro conjunto importante de normativas lo constituyeron las observaciones generales del *CDISC*, de la ONU. En 1994, dicho Comité adoptó la *Observación general n° 5* (ONU, 1994), que especifica la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos-Sociales de las personas con discapacidad (OMS, 2005: 10). Estas observaciones constituyeron un aporte impor-

tante a la aplicación específica de los pactos de derechos humanos y reestructuraron un posicionamiento, al formular objeciones al término de “persona discapacitada” utilizado hasta ese momento, y pronunciarse hacia una nueva enunciación: “persona con discapacidad”. Si bien se especificaba que no había una definición acordada sobre este concepto, el documento adopta una mirada tendiente a que “*la discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental*” (ONU, 1994: art. 3).

Más cercanamente en el tiempo la *Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad* (OEA, 1999), aprobada en nuestro país por la Ley 25.280 de 2000, y la *Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad* (ONU, 2008), que se incorporó al derecho interno de nuestro país través de la Ley 26.378, del mismo año, abarcan un conjunto de dimensiones y dominios que introducen el concepto personas con discapacitadas psicosociales.

Como punto central, estos documentos permitieron recolocar derechos sociales ceñidos al concepto de “discapacidad mental”. Como consecuencia, se reubicaron nuevas formaciones discursivas en las cuales la discapacidad mental emerge ligada a la garantía de derechos de los sujetos que dan cuenta de esa *discapacidad* (aunque sea en términos transitorios) a través de una certificación (certificado de discapacidad), y resigna a otros sujetos de la intervención en salud mental que no pueden legitimar, a través de un certificado, su dolencia.

Situar estos documentos plantea nuevos desafíos dado que, como ya se expresó, amplían derechos –y en este sentido podría pensarse en los pacientes institucionalizados por años–, pero también implica problematizar la forma confusa de la “certificación mercantil de la discapacidad” que hoy se instituyen en las prácticas sanitarias, judiciales y sociales en nuestro país.

## Padecimiento mental

También, se pueden ubicar entre las convenciones las pertenecientes a la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP): la *Declaración de Hawaii II* (AMP, 1983), y la *Declaración de Madrid* (AMP, 1996), que reglamentan un conjunto de principios de la práctica del profesional psiquiatra en el marco del respeto por los derechos humanos de las personas con “padecimiento mental”.

Estos documentos enfocan la importancia acerca de que los pacientes psiquiátricos deben ser tratados con las mismas reglas que los otros pacientes, y se organizan en torno de la discusión de la asistencia en la voluntariedad del paciente, en el tratamiento ambulatorio y en la restricción a la hospitalización. En otro orden, un punto particular en el análisis de protección de derechos lo constituye el artículo 7 del *Pacto Internacio-*

nal de Derechos Civiles y Políticos, de 1992, que protege contra la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes, así como a ser sometidos, sin libre consentimiento, a experimentos científicos y/o médicos. Se aplica además a las instituciones médicas, en especial las psiquiátricas, y exige que los gobiernos prevean información sobre la detención en hospitales psiquiátricos y las medidas para prevenir abusos (OMS, 2005: 12).

La emergencia del concepto de padecimiento psíquico está aquí vinculada no solo a los derechos sociales, sino también a los derechos humanos y políticos.

## Implicancias epistemológicas del padecimiento / sufrimiento

La enunciación en estos documentos de las nociones de “padecimiento psíquico” o “sufrimiento mental” pueden ser vinculadas a una ruptura epistemológica en el campo de la psiquiatría y la salud mental. Algunos autores enlazan la enunciación de estas nociones a la emergencia de la constitución del propio campo de la salud mental (Galende, 1990). El sufrimiento psíquico se vincula con el tejido social en el sentido de entender el padecimiento no restringido a la noción de enfermedad-trastorno-discapacidad –como fue expuesto hasta aquí–, sino a la propia relación del sujeto (incorporando su punto de vista) con lo social y lo cultural (Menéndez, 1997; Conrad, 1987; Alves, 1993).

Estas nociones irrumpen y dislocan las concepciones biomédicas sobre el propio proceso de salud-enfermedad / trastorno-atención; a diferencia del concepto de “enfermedad” o “trastorno”, los nuevos enunciados de “padecimiento” o “sufrimiento” instituyen un concepto histórico-social sobre el padecer (sufrir), es decir un concepto cultural y, por lo mismo, cambiante en cada contexto. Emiliano Galende introduce la noción de “performativo” para demostrar esta diferencia, y establece que “*los enunciados performativos constituyen un caso particular de lo que Bourdieu denomina «dominación simbólica» hecho constatable en el juego de poder (y frecuentemente de violencia) que sostiene la intervención del psiquiatra*” (Galende, 2008: 56).

En la misma clave, Meryn y Ezra Susser buscan aclarar la diferencia entre las nociones de enfermedad y padecimiento; entienden por enfermedad-trastorno (*disease*) a un proceso fisiopatológico, una enfermedad objetiva, haciendo referencia con este concepto a un modelo biomédico. En cambio, con padecimiento, padecer (*illness*) refieren a la dolencia o estado subjetivo percibido por el individuo (Susser y Susser, 1996). El padecer tiene una connotación social y cultural. Kleinman y Benson introducen la noción de malestar (*sickness*), como producto de las relaciones entre ambas y dicen que esta requiere de la participación del discurso médico profesional para su construcción (Kleinman y

Benson, 2004). Desde la perspectiva que se adopta en este artículo, el padecimiento o sufrimiento involucra un presupuesto epistemológico que instituye la subjetividad como elemento sustantivo, sin limitar la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas, sino a la comprensión de la emergencia de nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer.

## Aspectos culturales y políticos.

Diversas investigaciones antropológicas brindan también un aporte sobre la relación entre cultura y padecimiento. En este sentido, y entendiendo que la cultura se vincula con la producción de sentidos y significados por los cuales los sujetos organizan y simbolizan sus prácticas, la noción de sufrimiento mental se puede pensar como una construcción histórica social cultural compleja y de múltiples dimensiones. Los estudios sobre padecimientos crónicos (Strauss y Glasser, 1975) introdujeron nuevas dimensiones acerca del padecimiento en tanto redefinición de la propia vida de los sujetos, y de las relaciones de éstos con otros sujetos.

En sus trabajos sobre VIH, Mabel Grimberg (1999, 2000, 2003) realizó aportes para pensar el padecimiento crónico, que podrían ser asimilables para repasar el padecimiento mental. Esta autora hace referencia a que un complejo variado de padecimientos “*es un acontecimiento y un proceso a la vez individual y colectivo, cuya conformación y sentido deben contextualizarse en los modos, las condiciones y las trayectorias de vida de los sujetos*” (Grimberg, 2003: 81). Grimberg concluye que el padecimiento no puede leerse como un suceso preciso en la vida de un sujeto, sino por el contrario, como un acontecimiento que coloniza la vida misma y se confunde con ella (Grimberg, 2003). Se trata entonces de colocar el padecimiento como una construcción subjetiva e intersubjetiva enlazada a procesos estructurales e históricos. Kleinman, por su parte, aporta que la experiencia del padecer incluye la vida moral de quien la sufre (Kleinman, 1988).

Francisco Mercado Martínez y otros (1999), siguiendo a otros autores –Scheper-Hughes y Lock; Castro y Alves– hablan de la “experiencia del padecimiento” y la definen como: “*(...) aquel fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva en la cual los individuos enfermos y sus integrantes de la red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emocionales, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie de eventos ligados y/o derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y modelan*” (Mercado Martínez y otros, 1999: 182).



Estos autores hablan también de “trayectoria del padecimiento” y de “carrera del padecimiento”. Por “trayectoria del padecimiento” asumen *“aquel proceso cambiante que abarca desde el inicio de los síntomas y llega hasta la muerte e incluye las percepciones, evaluaciones, manifestaciones y efecto a corto o largo plazo tanto en el individuo enfermo como en quienes lo rodean a causa del padecimiento”* (Mercado Martínez y otros, 1999: 182). Esta perspectiva de la trayectoria del padecimiento se aleja de las consideraciones tradicionales de la historia natural de la enfermedad según la biomedicina o los modelos de análisis sociomédicos.

Por otro lado, “la carrera del padecimiento” es concebida por estos autores como: *“(…) el proceso en el cual los sujetos buscan, seleccionan, usan y evalúan determinadas estrategias, medidas y programas para la atención de su padecimiento (…). Un proceso cambiante en las cuales se incluyen las formas, las modalidades como los individuos organizan y responden a su enfermedad, teniendo en cuenta los modos de atención existentes en su medio así como los recursos materiales y simbólicos disponibles”* (Mercado Martínez y otros, 1999: 183).

Byron y Mary-Jo Good proponen incluir en el llamado “cultural hermenéutico” a la noción de padecimiento en un sentido fundamentalmente semántico, y establecen que su transformación en enfermedad sucede a través de un proceso de atribución de significados que asigna cada sujeto en una red de significados inherentes a cada cultura (Good y Good, 1980).

Naomar Almeida Filho (2001) añade aspectos políticos e ideológicos a los aportes hasta aquí analizados, poniendo permanentemente en juego los diferentes modelos de complejidad que tiene esta precisión. Coincidiendo con lo expresado por Augsburg (2004), la contribución de Almeida Filho aporta a problematizar las condiciones concretas en que se generan los padecimientos otorgándole a éstos un carácter procesual e histórico que no queda expresado en las clasificaciones mórbidas, y cuya utilización, como fue señalado en la noción de enfermedad o trastorno, conducen a una patologización de las situaciones cotidianas.

## Observaciones finales

Se ha repasado a lo largo de este artículo los dilemas en torno a los conceptos, nociones y tipificaciones en salud mental. Así se profundizó en: “enfermedad”, “trastorno”, “discapacidad” y “padecimiento” o “sufrimiento”, acentuando especialmente en que estas formaciones discursivas acarrear prácticas y políticas diversas, así como disímiles perspectivas referidas a derechos sociales y políticos.

El enfoque en la noción de “padecer” condujo a problematizar la construcción de una categoría cultural y, por lo mismo, cambiante en cada contexto; y admitió un supuesto epistemológico que instituye la “subjetividad”

como elemento sustantivo, no limitando la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas (tal la dimensión de “enfermedad” o “trastorno”), sino a la comprensión de nuevas representaciones y expresiones de las formas de “padecer”. Esta noción encontró acogida en los procesos des/institucionalizadores afines a la garantía de los derechos sociales y políticos de los sujetos usuarios de los servicios de salud mental.

El análisis exigió tomar en cuenta una limitación al ejercicio de estos derechos, ya que en varias oportunidades se recurre a otras formaciones discursivas para su garantía. Precisamente, en la concepción de “discapacidad mental” se hallaron ciertos intersticios para dar legitimidad a derechos sociales, en términos de acceso a los servicios de salud, rehabilitación, etcétera, que con otras enunciaciones sobre los sujetos de intervención en salud mental no se garantizaban. El enfoque en la dimensión de la “discapacidad psicosocial” consolida una nueva práctica relacionada con la garantía de los derechos, pero también recoloca la discusión de los derechos universales.

Por otro lado, el análisis exigió tomar en cuenta la aparición de nuevas tecnologías y la transformación de los usuarios de los servicios de salud mental en “consumidores”. En este punto la enunciación del sujeto de intervención desde la noción de “trastorno”, encontró a la medicina en un movimiento inverso del alienismo, fundamentalmente hospitalocéntrico y con una relación médico-paciente fundada en un “tratamiento moral” a partir del encierro. En este concepto, el internamiento prolongado se ligaba a la corrección de la “anormalidad” y a la supresión de la “peligrosidad social”, en cambio los nuevos procesos medicalizadores proponen innovadoras estrategias de disciplinamiento en el exterior de los muros institucionales. Para abordar estas cuestiones se analizaron los manuales de clasificación de enfermedades, en especial el DSM. El término de “trastorno mental” condujo a la globalización de la psiquiatría hegemónica estadounidense y una asociación particular con la industria farmacéutica, que consolidó una fuerte articulación entre la inclusión de diagnósticos y la producción de medicamentos. Los debates actuales sobre la versión DSM V, cuya publicación fue lanzada en mayo de este año en EE.UU., incluyen lo que se define como “abordaje dimensional”, que en lugar de recortar entidades discretas apunta a establecer continuos y borra aún más las demarcaciones entre lo definido como normal y patológico. En este contexto el sujeto consumidor masificado, es el que interesa a la actual construcción social. Precisamente, en estos procesos, la extensión de áreas que antes correspondían a otras dimensiones de intervención –como el trabajo social, la educación, la recreación o lo correccional– son consideradas un espacio en el cual los problemas de la vida son convertidos en médico-psiquiátricos.

En el sentido aquí expuesto se puede concluir que los actuales procesos des/institucionalización se manifiestan semánticamente como contrapuesto a la noción de enfermedad o trastorno, sin embargo pareciera exponerse una estructura argumentativa *en contraposición a o a favor de*, antes que la problematización de la relación compleja de las enunciaciones acerca del sujeto de la intervención en salud mental.

Es ésta una dimensión por demás relevante en la construcción dispositivos alternativos y sustitutivos no solo al orden manicomial, sino también a procesos deshospitalizadores, así como a innovadores procesos de medicalización de la vida (medicamentalizadores y de diversidad de terapias psicológicas) que constituyen nuevos dispositivos de disciplinamiento y control por fuera de los muros institucionales.

## Notas Finales

1. Particularmente se hace referencia a los trabajos de investigación que se desarrollan bajo la dirección de la autora de este artículo en el marco de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UBA. Proyectos UBACYT 2008-2010; 2010-2012 y 2012-2014. Con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.
2. Se hace referencia en este punto a una investigación que dirigí, junto con Cecilia Arizaga (IIGG-Observatorio de Drogas, Sedronar), en la cual se analizaron los instrumentos de clasificación internacional en relación a los nuevos procesos de medicalización a partir de un analizador en niños: el trastorno del déficit de atención. Fue organizada a partir de dos campos: uno educativo, dirigido por Cecilia Arizaga, y otro sanitario, a mi cargo. Aquí se reproducen fragmentos del marco conceptual, titulado "Medicalización: concepto central en el proceso de investigación" (Arizaga y Faraone, 2009: 37-47).

## Referencias bibliográficas

- Almeida-Filho, N. (2001). For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. En *Cadernos de Saude Publica*, 17, 4, pp. 753-799.
- AMP (1983). Guía de éticas para los psiquiatras de todo el mundo, enmienda, 7 ° Congreso Mundial de Psiquiatría, Viena, julio. Disponible en: <http://translate.google.com.ar/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.codex.vr.se/texts/hawaii.html> [consulta, marzo de 2012].
- AMP (1996). Sobre los requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría, Asamblea General, Madrid, 25 de agosto. Revisada en Yokohama, 26 de agosto de 2002. Disponible en: [www.aen.es/web/docs/Declaracion\\_Madrid\\_wap.pdf](http://www.aen.es/web/docs/Declaracion_Madrid_wap.pdf) [consulta, marzo de 2012].
- Alves, P. (1993). A experiência da enfermidade: considerações teóricas. En *Cadernos de Saude Publica*, 9, pp. 263-271.
- Augsburger, A. C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. En *Cadernos médicos sociales*, núm. 80, pp. 61-75. Buenos Aires.
- Augsburger, A. C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. En *Psicología & Sociedade*, vol. 6 (2), pp. 71-80. Minas Gerais
- Aznar, A. & González Castañón, D. (2010). La experiencia canadiense sobre la transformación del campo de la discapacidad: una entrevista a Phillip M. Stephan. En *Vertex*, vol. xxi, núm. 90, pp. 136-140.
- Basaglia, F. (1986). La institución psiquiátrica de la violencia. En A. Suárez (org.), *Razón, locura y sociedad*, pp. 15-34. México: Siglo XXI.
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Barral.
- Bastide, R. (1998). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI.
- Benedict, R. (1934). La antropología y el anormal. En *Journal of General Psychology*, 10(2), pp. 59-82. Trad. M. G. García y N. Cler Pereira, Cátedra de Historia de la Teoría Antropológica, Departamento de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Disponible en [www.filo.uba.ar/contenidos/carreras/...antropologica/.../Benedict.pdf](http://www.filo.uba.ar/contenidos/carreras/...antropologica/.../Benedict.pdf) [consulta, diciembre de 2011].
- Becker, H. (1971). *Los extraños. Sociología de la desviación*. Buenos Aires: Tiempos Contemporáneos.
- Blech, J. (2005). *Los inventores de la enfermedad. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.
- Canguilhem, G. (2009). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Conrad, P. (1987). The experience of illness: recent and new directions. En J. Roth & P. Conrad (ed.) *The Experience and Management of Chronic Illness*, pp. 1-31. Greenwich: Jai.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. En *Annual Review of Sociology*, 18, August, pp. 209-232.
- Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona: Paidós.
- Council of Europe (1977). Recomendación 818, sobre la situación de los enfermos mentales, 12ª sesión de la Asamblea Parlamentaria, 8 de octubre. Disponible en <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta77/EREC818.htm#1> [consulta, diciembre de 2011].
- Durkheim, E. (1991). *Las reglas del método sociológico*. México: Premia.

- Fortineau, J. (2002). Prólogo. En *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente*, versión francesa.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Caronte.
- Foucault, M. (1961). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica.
- Frances, A. (2010). Preparémonos. Lo peor esta por venir: el DSM-V, una pandemia de trastornos mentales. En *Revista Topía*. Disponible en <http://www.topia.com.ar/articulos/prepar%C3%A9monos-lo-peor-esta-venir-dsm-v-una-pandemia-trastornos-mentales>
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Goffman, E. (1989). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (2004). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González Pardo, H. & Pérez Álvarez, H. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Good, B. & Good M. J. (1980). The meaning of symptoms. A cultural hermeneutic model for clinical practice. En *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: Reidel.
- Grimberg, M. (1999). Vivir con VIH: experiencia de la enfermedad y narrativas biográficas. En *Nuevos escenarios regionales e internacionales, III Reunión de Antropología del Mercosur*, pp. 82-85. Posadas.
- Grimberg, M. (2000). Género y VIH-sida. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH. En *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 78, pp. 41-54. Rosario.
- Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. En *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 17, pp. 79-99. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. En *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (5), pp. 1.619-1.626. Brasil.
- Kleinman A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, J. & Benson, P. (2004) *La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina*. Disponible en <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulo2.pdf> [consulta, marzo de 2011].
- Korman, G. & Idoyaga Molina, A. (2010). *Cultura y depresión*. Buenos Aires: Akidia.
- Kraut, A. (2006). Derechos humanos y salud mental en la Argentina. En Galende, E. & Kraut, A. *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar.
- Menéndez, E. (1979). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.
- Menéndez, E. (1997). El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. En *Relaciones*, núm. 69, pp. 237-270.
- Mercado Martínez, F. et al. (1999). La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. En *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 15, núm.1 jan-mar, pp. 179-186. Rio de Janeiro.
- Metzl, J. & Herzig R. (2007). Medicalisation in the 21st century: Introduction. En *The Lancet*, vol. 369, 24, February, pp. 697-698. UK
- Mises, R. (2004). Prólogo. En *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente*, edición castellana. Buenos Aires: Polemos.
- Moynihan, R. & Cassels, A. (2006). Medicamentos que nos enferman e industria farmacéutica que nos convierte en pacientes. Barcelona: Terapia Verde.
- Murillo, S. (1997). *El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Buenos Aires: CBC-UBA.
- OEA (1999). Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Guatemala, 6 de julio. Disponible en [www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html](http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html) [consulta, abril de 2012].
- OMS (2005). Manual de recursos de la OMS sobre salud mental. Derechos humanos y legislación. Ginebra.
- ONU (1971). Declaración sobre los derechos del retrasado mental, A. G., res. 2856 (xxvi), 26 UN GAOR.
- ONU (1975). Declaración de los derechos de los impedidos, A. G. res. 3447 (xxx), 30 UN GAOR Supp. (No. 34) p. 88, Doc. A/10034. Disponible en [www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/st3drdpf.html](http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/st3drdpf.html) [consulta, abril de 2012].
- ONU (1993a). Normas uniformes sobre la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad. A. G. res. 48/96, 20 de diciembre. Disponible en [www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=498](http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=498) [consulta, abril de 2012].
- ONU (1993b). Declaración de Viena. Doc. A/CONF. 157/23, 12 de julio. [www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp) [consulta, febrero de 2011].
- ONU (1994). Observación general n° 5, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sesión 38, 25 de noviembre. Disponible en: [www.es-crcnet.org/resources\\_more/resources\\_more\\_show](http://www.es-crcnet.org/resources_more/resources_more_show)



- htm?doc\_id=428689&parent\_id=425976 [consulta, febrero de 2011].
- ONU (2008). Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/qanda.html> [consulta, diciembre de 2011].
  - Pavarini, M. (1994). Estrategias disciplinarias y cultura de los servicios sociales. En revista *Margen*, año 3, núm. 6, pp. 5-25. Buenos Aires.
  - Roshenan, D. (1982). Acerca de estar sano en un medio enfermo. En Watzlawiek, P. *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
  - Russo, J. & Venâncio, A. T. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. En *Revista Latinoamericana de Psicopatología*. Fund., IX, 3, 460-483.
  - Stagnaro, J. C. & Tesone, J. E. (2004). Presentación. En *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA)*, versión castellana. Buenos Aires: Polemos.
  - Strauss, A. & Glaser, B. (1975). *Chronic Illness and Quality of Life*. St. Louis: Mosby.
  - Susser, M. & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology I: Eras and paradigms. En *Am. J. Public Health*, 86, pp. 668-673.
  - Szasz, T. (1976). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
  - Szasz, T. (2007a). Medicalizing Quackery. En *The Freeman*, 57, october, pp. 22-23. Disponible en [www.szasz.com/freeman20.html](http://www.szasz.com/freeman20.html) [consulta, marzo de 2011].
  - Szasz, T. (2007b). The medicalization of everyday life. En *The Freeman*, 57, December, pp. 18-19. Disponible en [www.szasz.com/freeman23.html](http://www.szasz.com/freeman23.html) [consulta, marzo de 2011].
  - Tamburrino, C. (2009). Contribución a una crítica epistemológica de la discapacidad mental. En *Feminismo/s*, núm. 13, junio, pp. 187-206.
  - Wahlberg, E. & Triskier, F. (2010). Discapacidad y salud mental. En *Vertex*, vol. XXI, pp. 114-116.
-