



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



**Salud Mental y Complejidad:  
Tramas históricas, afectivas y comunitarias  
para un abordaje crítico**

Monografía

Nadia A. Fernández Martínez

Universidad de la República  
Facultad de Psicología  
Licenciatura en Psicología  
Trabajo Final de Grado

Tutora: Dra. Verónica Blanco Latierro

Revisor: Mag. Germán Dorta

Montevideo, Diciembre 2025

## Índice

Resumen .....	3
Introducción.....	4
1- Conceptos Fundamentales.....	6
1.1 Paradigma, Complejidad .....	6
1.2 Pensar el sujeto en devenir .....	7
1.3 Lo Instituido y Lo Instituyente.....	7
1.4 Estética.....	8
1.5 Micropolítica .....	9
2- Acontecimientos destacados, Historiografía y Crítica .....	9
2.1 Edad Media.....	9
La bruja y el Inquisidor .....	9
2.2 Edad Moderna .....	12
El Loco y el Alienista .....	12
2.3 Edad Contemporánea .....	13
El Enfermo Mental y el Psiquiatra Institucional .....	13
Gubernamentalidad y Biopoder .....	15
El Lugar de lo Psi.....	17
Lo Psi, Discursos y Narrativas .....	19
Síntesis de la sección: Acontecimientos destacados, historiografía y crítica .....	20
3- Actualidad y Alternativas .....	21
3.1 Paradigmas y Movimientos .....	21
3.2 Nivel Mundial .....	25
3.3 Latinoamérica, Uruguay .....	27
Síntesis de la sección: Actualidad y alternativas .....	31
4- Otras Dimensiones para Pensar la Salud Mental .....	32
4.1 Lo Afectivo, lo Estético.....	32
4.2 Habitar, lo Cotidiano .....	35
4.3 Resistencias.....	36
Síntesis de la sección: Otras dimensiones para pensar la salud mental.....	38
5- Algunas Líneas Reflexivas y Propositivas del Entramado Salud Mental.....	39
5.1 Asumir la Complejidad y más allá .....	39
5.2 Habilitar Otros Recorridos.....	40
5.3 ¿Hacia Dónde Vamos? .....	42
5.4 Reflexiones para seguir pensando.....	43
Referencias .....	44

### Resumen

En este trabajo se asiste a un pensamiento crítico sobre las concepciones de salud mental y sus diferentes abordajes a través de algunos siglos hasta nuestra actualidad. Presenta un recorrido historiográfico por Occidente e indaga algunas condiciones y dinámicas socioeconómicas que la configuraron. Con enfoque de género, los aportes del Giro Afectivo, la estética y la Psicología Comunitaria dialogan como articuladores no exhaustivos en su problematización. Intenta pensar por fuera de los discursos dominantes, reconocer ciertos instituidos que la han constreñido, anudar alternativas y dimensiones actualmente relegadas. Conecta con algunos movimientos que generan tramas disidentes de pensamiento y abordaje. Procura construir un gesto instituyente que movilice el interés por crear otros modos de concebir la salud. Invita a desplegar la imaginación colectiva, desde el pensamiento complejo hacia una complejidad expansiva en clave de salud mental comunitaria.

**Palabras clave:** salud mental; psicología comunitaria; afectividad; complejidad; instituido/instituyente.

## Introducción

Las circunstancias socio-históricas actuales nos interpelan como sociedad, estamos frente a la oportunidad de nuevas formas de comprensión y abordaje de la salud. Las construcciones imaginarias en torno a la salud mental, las creencias y las experiencias acerca de ella se han transformado en el transcurso del tiempo. Podemos preguntarnos: ¿Cuáles imaginarios sociales pueden estar moldeando actualmente la percepción de la salud mental y sus prejuicios asociados? La primera impresión es que hablamos desde múltiples posturas que ponen en evidencia el funcionamiento de ciertas lógicas instituidas.

El liderazgo de la medicina en el campo de salud influyó en que la psicología se abstuviera de reflexionar acerca de la salud mental y su papel como disciplina no constreñida al asunto de la enfermedad mental (Morales Calatayud, 2021, p.38-39).

Este trabajo intentará hacer confluir algunas fuentes desde lo complejo para pensar la salud mental. Bajo un enfoque de género, se propone la interacción de la Psicología Comunitaria, la estética y lo afectivo como dimensiones de análisis imbricadas en su configuración, pero no exhaustivas. El desafío es pensar la salud de forma integral ligada a lo afectivo comunitario bajo perspectivas no enmarcados en las estructuras de los discursos dominantes.

Cuestionar las causas sociales del sufrimiento psicológico e inclinarse hacia el cambio colectivo son contradictorios respecto a la mirada individualista hegemónica actual. Las teorías de género han profundizado en el análisis de los afectos y revalorización de las emociones como herramienta de construcción colectiva implícitas en prácticas de salud. Exponen la patologización de las mujeres como resultado de su contexto social patriarcal y mecanismos de opresión. “En lugar de ver el dolor personal como algo aislado, el feminismo ayuda a ver cómo este dolor está conectado con las injusticias estructurales y las experiencias compartidas por otros” (García y Becker, 2024, p. 135).

En consonancia, “el giro afectivo nos invita a reconsiderar el papel de las emociones, no solo como fenómenos subjetivos e individuales, sino como fuerzas colectivas que moldean las dinámicas de poder y las relaciones interpersonales” (García y Becker, 2024, p. 129). Las teorías feministas propiciaron la visibilización de estas dimensiones, aportando tres pilares epistemológicos que sirvieron de base al giro afectivo: la disolución de la dicotomía razón-emoción, la problematización de la asociación entre emoción con lo femenino y la razón con lo masculino, y el concepto de la experiencia como fuente productora de conocimiento.

Este *giro* alcanza su legitimidad teórica a nivel internacional en el siglo XX y XXI, mientras que en Latinoamérica ha ganado interés hacia la segunda década del siglo XXI (López Sánchez, 2024). Su perspectiva está ligada a los procesos de construcción de la realidad social y con esto a la estética, con la cual es posible explorar las construcciones imaginarias que influyen en las experiencias de salud mental. Blanco (2024) la define: “la estética implica toda una dimensión política en tanto habilita la apertura o el cierre a la multiplicidad de formas que se producen en la vida colectiva, integrando la reproducción y la creación como procesos vitales” (p.133-134).

Con todo lo antes expuesto, desde la psicología comunitaria se analizan las dinámicas de poder que condicionan el abordaje y estigmatización de la salud mental, así como también se integra la afectividad y los modos en que se expresa para pensarla desde otros modelos de pensamiento. Desde una mirada ecológica de interacción individuo-ambiente, deviene una reflexión crítica y teórica bajo el campo psicosocial. “La psicología comunitaria se define como una psicología de relaciones creada para un mundo relacional” (Montero, 2004, p.49).

No se trata de redefinir la noción de salud mental, sino visualizar una perspectiva diferente. Como construcción colectiva que rescata la participación activa de las personas y el entramado de vínculos entre estas y el ambiente, en permanente interrelación. Rescatar lo comunitario como espacio de resistencia frente al modelo reduccionista de salud, la importancia del cuidado y la construcción de sentidos frente al sufrimiento psíquico, dando lugar a las singularidades. Tomar el paradigma de la complejidad sería un primer paso para un cambio de concepción o modelo. Este trabajo intenta componer un gesto instituyente hacia esa posibilidad. La invitación consiste en pensar: ¿cómo nos imaginamos un modelo de salud mental comunitaria abierto a la complejidad? Hay múltiples caminos para acercarse a esta mirada, por lo que se tomarán en consideración el alcance y las limitaciones a nivel socio-histórico y personal.

## 1- Conceptos Fundamentales

### 1.1 Paradigma, Complejidad

Montero (2004) alude a la noción de paradigma como un modo de conocer, un modelo que contiene una concepción del mundo, del sujeto y de las relaciones entre ambos. Constituye ideas y prácticas, modos de pensar y de producir conocimiento. Propone para la Psicología Comunitaria: el “paradigma de la construcción y transformación crítica”, o *psicología social comunitaria latinoamericana* (p.41), pero aclara que ya ha traspasado las fronteras geográficas. En el paradigma comunitario se articulan cinco dimensiones. La dimensión *Ontológica*, reconoce que todos los seres humanos son sujeto cognoscente, no solo el profesional porta un saber; los miembros de la comunidad son actores sociales con quienes se construye el conocimiento; *Epistemológica*, implica la mirada compleja y relacional de la producción del conocimiento situado. La dimensión *Metodológica*, involucra la participación activa de todos los actores sociales, la Ética: incluye al Otro en relación al conocimiento, como sujeto cognoscente y como objeto de conocimiento, en igualdad y respeto por su aporte. Y por último la dimensión *Política*, refiere al carácter y finalidad del conocimiento producido, la acción comunitaria en un espacio construido de escucha y respeto hacia todos los integrantes del proceso.

Según la autora, las tres primeras dimensiones son parte de la estructura del paradigma científico, mientras que las otras dos han sido invisibilizadas y no se reconocen de manera explícita. La ética y la política son integradas en la psicología comunitaria debido al continuo examen crítico de sus prácticas y de su producción teórica. Todas las dimensiones están intrincadas, permeadas, son interdependientes, componiendo una perspectiva holística, una mirada desde la complejidad (Montero, 2004). Estas dimensiones serán abordadas por diferentes autores en el desarrollo de este trabajo.

De Lellis y Mozobancyk (2009) toman los aportes de Edgar Morin<sup>1</sup> (2005) y lo citan para referirse a la complejidad como el “tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico” (p.8). Se trata de una perspectiva no reduccionista, de pensar la acción desde lo cotidiano más allá de la disciplina que se ponga en práctica. El paradigma reduccionista mantiene la separación de la psiquis (a cargo de la Psicología), del cuerpo (a cargo de la Medicina), así como también se ha separado el sujeto biopsíquico del medio social (abordado por la

---

<sup>1</sup>Para profundizar, se recomienda la lectura de *Introducción al pensamiento complejo* (Morin, 2005).

Sociología). Mientras que el modelo complejo conforma un campo heterogéneo, ligando a la incertidumbre con la idea de sistema abierto, compuesto por emergentes. De manera que conocemos siempre un recorte de la realidad. Esta perspectiva da cuenta de las tramas que configuran la vida social, implica la recursividad, rompiendo con la idea lineal de causa-efecto, donde el efecto es también causa, por ejemplo: el sujeto es productor y producto del orden social (De Lellis y Mozobancyk, 2009).

El pensamiento complejo habilita otros modos de pensar la salud mental, asumiendo la articulación de dimensiones relegadas en el paradigma reduccionista tradicional.

## **1.2 Pensar el sujeto en devenir**

Resulta relevante considerar los aportes de G. Simondon (filósofo francés, 1924-1989) para una comprensión más profunda del ser humano. Su perspectiva supera la idea del sujeto en interdependencia con otros y el entorno. Lo toma como una continuidad psíquico-colectiva irreductible, transindividual, dinámica, de elaboración recíproca y de acción, donde la afectividad juega un papel muy importante. El ser está en constante devenir, atravesado por lo interno y externo. Lo transindividual permite superar la dicotomía individuo/sociedad y la interacción entre ambos, refiere a la imbricación que conforman en relación, donde emoción y acción forman un tejido que atraviesa esa red de relaciones (Heredia, 2012). Este devenir de procesos imbricados, inmanentes a todas las dimensiones del sujeto, puede asociarse con la perspectiva compleja en cuanto a su permanente constitución como sistema abierto, integrando otros sistemas como la familia, la ciudad, el medioambiente, la naturaleza. En relación dinámica, lo que Simondon refiere a relación transductiva con el entorno.

## **1.3 Lo Instituido y Lo Instituyente**

En consonancia con esta mirada, desde un enfoque social-histórico, Castoriadis (2010) alude a la creación constante e indeterminada social, histórica y psíquica de figuras y formas que componen lo que llamamos realidad, lo denomina imaginario social. Es decir, los sujetos desde su continuidad psíquico-colectiva y el momento social e histórico en que se inscriben, construyen, interpretan, transforman y dan sentido a tales construcciones. Las prácticas y normas establecidas que regulan la vida social, política y económica de cada época comprenden lo que el autor denomina lo instituido. De manera que el imaginario social se compone de lo instituido y lo instituyente, este es, la capacidad de la sociedad

para crear y transformar lo instituido. El autor define al imaginario social: “en una palabra, es la unión y la tensión de la sociedad instituyente y de la sociedad instituida, de la historia hecha y de la historia que se hace” (p.172).

Es importante aclarar que si bien la complejidad, la noción de sujeto de Simondon y los aportes de Castoriadis provienen de diferentes marcos conceptuales y fundamentos filosóficos, comparten, como se ha desarrollado anteriormente, una visión dinámica y relacional, no reduccionista del sujeto, de lo social y de la realidad misma. Sus enfoques derivan de diferentes planos de pensamiento, epistemológicos, ontológicos y desde la dimensión social e histórica respectivamente, pero se complementan y enriquecen la mirada hacia la que se conduce este trabajo. La salud mental es atravesada por este entramado complejo. “La complejidad no es un fundamento, es el principio regulador que no pierde nunca de vista la realidad del tejido fenoménico en la cual estamos y que constituye nuestro mundo” (Morin, 2005, p. 146).

Cabe cuestionar en qué medida las instituciones que hoy se sostienen en la sociedad determinan los modos de vida y de qué manera la salud mental se ve afectada por éstas. ¿Con qué lógicas instituidas se relaciona actualmente la noción de salud mental y cuáles son las tensiones que se ponen en juego? Puede estimarse su concepción como producto de lo instituido en cuanto a las convenciones aceptadas, las creencias culturales y estigmas que se sostienen en torno ella. Mientras que lo instituyente se evidencia en el surgimiento de diferentes movimientos sociales que buscan y desafían la transformación de las normas establecidas, nuevos enfoques, abordajes y políticas al respecto.

#### **1.4 Estética**

Otra dimensión implícita en la construcción de la realidad, que es parte inmanente de las relaciones entre los seres y el entorno que habitan, es la estética. Mandoki (2017) amplía el campo de la Filosofía Estética, demostrando que lo sensible también opera en la vida cotidiana y no solo en el arte o la belleza. Asegura que está inmersa en los procesos de subjetivación y en la transformación de los seres en convivencia con el entorno, en retroalimentación continua del devenir de cambios a nivel material y simbólico. Proveyendo así procesos de significación. No solo implica modos de percibir sino también un quehacer que no es ingenuo, que está embebido en nuestra forma de ser y hacer en el mundo. Por lo que la estética está íntimamente vinculada a lo afectivo relacional, a lo sensible, atraviesa lo instituido e inspira a lo instituyente, permea todos los ámbitos de la realidad social.



## 1.5 Micropolítica

Nos constituimos bajo los efectos y afectos de la interrelación con otros y el entorno. El encuentro entre las formas del mundo y las fuerzas del flujo vital, permiten la generación de algo nuevo, devenires del sí y del mundo (Rolnik, 2019). Estas fuerzas refieren a la sensibilidad, creatividad, afectividad que atraviesa los cuerpos, el deseo que nos conecta con la vida en permanente cambio. Integran la esfera micropolítica, formaciones del inconsciente en el campo social que definen modos de existencia bajo una cierta política de subjetivación y de deseo. Rolnik toma el término de Guattari y lo traduce respecto a la realidad latinoamericana, en clave decolonial. “La cuestión micropolítica es la de cómo reproducimos (o no) los modos de subjetivación dominantes” (Rolnik y Guattari, 2006, p.155). Según la autora, la micropolítica es una herramienta estética, ética y política para transformar la vida desde lo situado. Por lo tanto, conocer las estructuras instituidas y sus tensiones con las dinámicas instituyentes permitiría observar el *entre*, los espacios que posibilitan la creatividad y nuevos modos de pensar la salud mental.

Esta articulación de conceptos acompañará el recorrido de las composiciones del imaginario social y de los procesos de subjetivación que convocan a la concepción y abordaje de la salud mental en algunas épocas hasta nuestros días. Así como también serán de apoyo para configurar otras formas de pensarla.

## 2- Acontecimientos destacados, Historiografía y Crítica

Pensar la sociedad actual implica considerar la historicidad como una red que une el pasado, presente y futuro del ser en devenir. “Por consiguiente, la salud mental, en el sentido que fuere, solamente puede entenderse según el objetivo, la meta, hacia la cual se encamine su sociedad, y de dónde venga” (Fromm, 1995, p.120).

### 2.1 Edad Media

#### ***La bruja y el Inquisidor***

Szasz (2005), en su obra *La fabricación de la locura*, publicada en 1970, propone una óptica interesante para comprender las concepciones de la locura a través de la historia. No solo cuestiona los fundamentos de la psiquiatría, su sistema de clasificación y prácticas, sino que, al igual que Foucault (1999), expone que ciertas condiciones sociales propiciaron la construcción de la enfermedad mental. En su recorrido histórico explica la patologización del desvío, que se manifiesta con la caza de brujas (a partir del siglo XIII en

Europa), evidenciando los mecanismos de una sociedad organizada para defenderse de potenciales daños. “El peligro era la bruja; el protector era el inquisidor” (p.16), su persecución perduró por más de cuatro siglos.

Los primeros hospitales medievales estaban asociados a instituciones religiosas. Continúa Szasz (2005), toda desviación era considerada en términos teológicos, hereje y bruja eran quemados en las hogueras. Esto fue acompañado en 1486 por la publicación del manual para cazadores de brujas *El Martillo de las Brujas* (*Malleus Maleficarum*) de Kramer y Sprenger, dos monjes dominicos. “En resumen, el *Malleus* es —entre otras cosas— una especie de teoría científico-religiosa acerca de la superioridad masculina, que justifica —e incluso exige— la persecución de las mujeres como miembros de una categoría de individuos inferior, pecadora y peligrosa”(p.21). Los criterios para identificarlas incluían características de enfermedades, dejando expuesta su íntima asociación.

El comportamiento de aquellas personas cuya conducta difiere de la de sus semejantes —sea por no alcanzar la norma habitual del grupo, sea por superarla— constituye un misterio o una amenaza similares; los conceptos de posesión diabólica y locura proporcionan una teoría rudimentaria para explicar tales sucesos y métodos apropiados para hacerles frente. (Szasz, 2005, p.15)

La supremacía religiosa y estatal (integrada exclusivamente por hombres) determina los instituidos que mantienen el orden y control social así como también los mecanismos que organizan el campo de la salud. La concepción del enfermo mental como peligroso ha quedado instalada, se mantiene en el imaginario social hasta la actualidad. Podríamos preguntarnos acerca de las lógicas persecutorias y opresivas de la época y si se conservan de alguna manera en las percepciones y tratamientos actuales.

Por su parte, Blazquez Graf (2011) ofrece una perspectiva de género para analizar la cacería de brujas y la amenaza que representaban sus prácticas y saberes frente al poder político, científico y religioso de la época. La ejercían autoridades eclesiásticas y estatales, de forma sistemática, protocolizada y con respaldo legal. No solo se evidencian en estos mecanismos, la misoginia y el miedo social a la autonomía femenina que desafiaba el orden impuesto, sino que queda invisibilizado el aporte histórico de las prácticas en salud que estas mujeres ofrecían. Queda al descubierto cómo las dinámicas de poder configuran discursos en salud. “Las mujeres acusadas de brujería habitualmente tenían un oficio, solían ser cocineras, perfumistas, curanderas, consejeras, campesinas, parteras o nanas, y realizaban sus actividades a través del desarrollo de conocimientos que les eran propios” (p.25-26). La intolerancia a estos saberes situados, empíricos y espirituales, en contacto

directo con la naturaleza y en comunidad fue una de las principales causas de su persecución según la autora. La medicina que practicaban se distinguía claramente de la medicina oficial, la cual era ejercida por hombres. “La persecución de las brujas expresa una confrontación entre dos líneas de conocimiento” (p. 31). Su exterminio se desarrolló hasta el siglo XVII y permitió la destrucción de ese conocimiento. “La aniquilación de las mujeres depositarias de este conocimiento expresa que éstos eran algunos de los territorios de mayor tensión en la construcción de las sociedades modernas y que les fueron expropiados” (p. 122). La violencia epistémica (exclusión sistemática de ciertos saberes) queda invisibilizada por la violencia existencial hacia estas mujeres.<sup>2</sup>

La cacería de brujas fue un plan organizado por las clases dominantes, para infundir miedo y control, se da en medio de grandes convulsiones sociales, revueltas campesinas y el surgimiento del capitalismo. Si bien ha sido multicausal, hay una gran variedad de explicaciones históricas y sociológicas que la relacionan con motivos religiosos, relaciones de poder, control social, cambios en el pensamiento y creencias. Pero sobre todo, se trata de un fenómeno que involucró en su mayoría a mujeres campesinas, pobres, asalariadas, por lo que es imprescindible el enfoque de género para comprender el contexto.

Esta época coincide con la constitución de las bases de la ciencia moderna. Algunos autores consideran que la raíz de la persecución se encuentra en la revolución científica que llevó a un cambio de paradigma, surgiendo el pensamiento cartesiano en reemplazo a la cosmovisión orgánica que integraba el saber y conexión de la mujer con la naturaleza. Además cuestionan el racionalismo científico, aludiendo a una alienación instalada entre los seres humanos y la naturaleza. Encuentran un hilo conductor entre la caza de brujas, la explotación capitalista del mundo natural, sobre el medio ambiente y las mujeres (Federici, 2010, p. 279).

Estos procesos de exclusión, desplazamiento y exterminio se trasladaron a las colonias americanas y forjaron la historia de las poblaciones indígenas de nuestro continente (Federici, 2010). Aunque no es el objetivo de este trabajo profundizar en ello, es ineludible considerarlo para observar los cimientos que componen el pensamiento hegemónico que nos constituye. Si bien no se concebía una noción de salud mental en esa época, las estructuras sociales y sus mecanismos de organización y control dan cuenta de un gran impacto en ella. Hoy pueden identificarse allí el miedo, la persecución, represión, silenciamiento y pérdida de sentido de comunidad como condiciones generadoras de

---

<sup>2</sup> La exclusión femenina de los procesos de producción de conocimiento se ha revertido gradualmente tras su admisión a estudios universitarios a partir del siglo XIX (Blazquez Graf, 2011).

sufrimiento, entre muchas otras. Cabe preguntarse actualmente sobre la continuidad, aunque con otros matices, de estas violencias en el campo de la salud mental, frente a las disidencias, frente a saberes alternativos, incluso ante la falta de reconocimiento de los procesos de colonización que se implementaron frente a la civilización nativa. Se refleja en los discursos y narrativas instituidas que enmascaran estos hechos de la historia de nuestro país y la región. Más adelante se expondrán los aportes de los movimientos feministas y su pensamiento crítico. Han reivindicado la figura de la bruja como mujer insumisa asociada al cuidado de sí, de los otros y del mundo, reconocen el valor de los saberes ancestrales como base del conocimiento científico, recuperan la potencialidad de lo comunitario en el área de la salud. Cuestionan la legitimación de prácticas y procesos de exclusión, dinámicas instituidas en materia de salud mental.

## 2.2 Edad Moderna

### ***El Loco y el Alienista***

Foucault (1999) realizó un análisis significativo sobre la percepción de la locura en la sociedad occidental desde el siglo XV hasta el XVIII. Examinó las formas en que la locura está ligada a dinámicas socioculturales y relaciones de poder. No solo describe cómo se ha “gobernado” a los locos mediante el lugar que se les asignó, el cuidado y los modos de tratamiento, sino también sobre la organización económica y las circunstancias sociales que lo determinaron. Interpeló la existencia de una estructura cultural y social de la experiencia de la locura más allá de la consideración del loco desde su vivencia interna.

El destino de los locos variaba de acuerdo a sus circunstancias. Según Foucault (1999), en el siglo XV, a los extraños y vagabundos se los confiaba a mercaderes, peregrinos y marineros en sus viajes, de manera que se mantenían en lugares de paso, o en embarcaciones a las que llamaban las *naves de los locos*. Y a los ciudadanos locos, se los trataba en hospitales. Formas de exclusión y reclusión que cumplían con la seguridad social. Las naves representaban un umbral ambiguo, un espacio en medio de dos territorios a los que el sujeto no pertenecía. En palabras del autor: “el loco, por lo tanto, no puede ser loco para sí mismo, sino solamente a los ojos de un tercero, que, tan sólo él, puede distinguir de la razón misma el ejercicio de la razón” (p.290).

A fines de este siglo, Europa experimentaba un proceso por el cual la fuerza de trabajo y la fuerza creativa se convirtieron en motores de capital, transformando las dinámicas económicas y culturales. Rolnik (2019) examina este sistema que Guattari denominó régimen colonial-capitalístico. Afirma que no solo se expresa en la economía sino en todas las esferas de la existencia, afecta la vida cotidiana y los procesos de

subjetivación. “El orden capitalístico es proyectado en la realidad del mundo y en la realidad psíquica. Incide en los esquemas de conducta, de acción, de gestualidad, de pensamiento, de sentido, de sentimiento, de afecto, etc.” (Rolnik y Guattari, 2006, p.57).

Sobre el siglo XVII terminaba la caza de brujas y comenzaba la persecución del loco. Szasz (2005), expone que la organización social en pos de su protección derivó en la Psiquiatría Institucional. “Para ser considerado loco, bastaba con estar abandonado, necesitado, ser pobre o rechazado por los padres o la sociedad” (p.27).

La crisis económica de Europa lleva a que mendigos de todas las edades y sexo fueran reclusos y obligados a trabajar como mano de obra barata. En estas lógicas de encierro también se encontraba la locura. En palabras de Foucault (1999), “el confinamiento es una creación institucional propia del siglo XVII” (p.124). Se trataba de una medida económica pero indicaba el momento en que la enfermedad mental se percibía en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad de trabajar e integrarse a la comunidad, conformando así un problema para la ciudad. Los valores éticos y la capacidad de trabajo determinaron la percepción de la locura y las condiciones de vida de los internados, operando en todas las dimensiones de sus vidas.

El internamiento no es exclusivamente parte de un tratamiento médico, sino que sirve para mantener el control social a través del disciplinamiento que el régimen capitalista promueve (Rolnik, 2019). Estas circunstancias continuaron hasta finales del siglo XVIII, dejando instalada la idea de trabajo y pobreza como opuestos (Foucault, 1999).

El encierro es el comienzo de un nuevo orden que se extenderá hasta nuestros días, transformando sus prácticas. Atraviesa los cuerpos y las subjetividades imposibilitadas de pertenecer a la vida colectiva. Cabe cuestionar cuánto del modelo capitalista que aún se conserva en las dinámicas socioeconómicas, continúa sosteniendo concepciones restringidas acerca de la salud mental. De qué manera se legitiman las formas de vida esperables y los saberes instituidos que no alcanzan para comprender la actualidad.

## **2.3 Edad Contemporánea**

### ***El Enfermo Mental y el Psiquiatra Institucional***

En el siglo XVIII emergía otra institución: la familia burguesa. Foucault (1999) describe que su sustento estaba a cargo del masculino, mientras que las tareas relacionales de reproducción y cuidados se feminizó y desvalorizó como trabajo. Los cambios económicos y las nuevas formas de producción propiciaron la organización de los saberes técnicos. A fines de este siglo la medicina ingresó a los internados para determinar quién

está loco y quién no. El conocimiento médico y psiquiátrico ejerció su poder definiendo lo normal y lo patológico, la clasificación de las enfermedades mentales y los diagnósticos. Las causas de la locura se ubicaban en las perturbaciones anatómicas o fisiológicas, y alteraciones de la conducta.

Por su parte, Szasz (2005) argumenta: “por más que la Inquisición y la Psiquiatría Institucional se hayan desarrollado a partir de distintas circunstancias económicas, morales y sociales, sus operaciones respectivas son similares. Cada organización articula sus métodos opresivos en términos terapéuticos” (p.43). Esto refleja las lógicas instituidas inscriptas en las diferentes instituciones y cómo las condiciones socio-históricas y culturales en las que producen su conocimiento afectan los modos de pensar y actuar acerca de la salud mental.

R. Castel examinó el surgimiento de la psiquiatría como disciplina científica y práctica institucional a fines del siglo XVIII y principios del XIX. En *El orden psiquiátrico* (2009) ofrece un análisis crítico y plantea cómo se configuró la noción de la locura y el psiquiátrico como espacio social, médico y legal para tratarla, asumiendo una forma de control justificada ante la peligrosidad o anormalidad del sujeto. Sostiene que así se constituyó la figura del enfermo mental, su marginación y estigmatización. En sus palabras: “el loco es la figura generalizada de la asociabilidad. No transgrede una ley precisa como el criminal, puede violarlas todas” (p.35).

En *La gestión de los riesgos*, Castel (1984) analizó los cambios sociales, la vulnerabilidad e inseguridad y las formas en que se gestionan. Explica que la creciente incertidumbre ha llevado a las instituciones y a la sociedad hacia una cultura de la prevención y evaluación de los riesgos como eje central de la vida cotidiana. Advierte que la psiquiatría ha contribuido a la noción de salud mental mediante mecanismos de normatividad ligados a las normas sociales y culturales, lo cual no solo implica diagnósticos sino estigmatización y marginación de la figura del enfermo. El enfoque de gestión de riesgos busca prevenir y reducir los síntomas, pero también ha posibilitado la tendencia a la medicalización que se hace presente en la vida diaria, desplegando otras formas de sufrimiento y exclusión. De acuerdo con el autor, este enfoque no aborda la complejidad e implicancias multidimensionales que están en juego, se trata de una forma de funcionamiento biopolítico.

En la misma línea, Goffman (2001) propone una serie de ensayos donde explora la vida en lo que denomina *Instituciones Totales*. Lugares de residencia y trabajo donde individuos aislados de la sociedad, comparten en su encierro rutinas reguladas

formalmente. Estos son los hogares para ancianos, para huérfanos, hospitales psiquiátricos, cárceles, cuarteles. Su trabajo fue publicado en 1961 y examina el impacto en la identidad y la vida en los hospitales psiquiátricos. Demuestra cómo se transforman las subjetividades de estas personas a través de la adaptación de roles ajustados a las exigencias del contexto institucional y sus lógicas de funcionamiento. El sujeto queda absorbido, renunciando a su tiempo e intereses en un mundo particular, colmado de privaciones, vigilado y serializado en actividades compartidas. “Se auspicia una confusión sistemática entre la obediencia a los otros y el ajuste de la personalidad propia” (p. 377). El saber de sí del sujeto lo tiene el psiquiatra. La ropa se vuelve anónima, los objetos personales se reducen, las rutinas de alimentación, limpieza y descanso están pautadas bajo márgenes esperables de cumplimiento y docilidad. En consonancia, Szasz (2005) afirma: “al igual que el inquisidor, el psiquiatra puede «sentenciar» a una persona a la enfermedad mental, pero no puede borrar el estigma que él mismo ha impuesto” (p. 80). Agrega: “la enfermedad mental arroja al paciente fuera del orden social, del mismo modo que la herejía arrojaba a la bruja fuera del orden social medieval. Este es, en realidad, el verdadero objetivo de los términos estigmatizantes” (p. 242).

El saber médico organizado en torno a sujetos designados como locos, esto es, la medicalización de la locura, no solo queda ligado a procesos socioeconómicos sino a instituciones y prácticas de poder. La tendencia a patologizar la experiencia humana y categorizarla puede ser considerada una forma de opresión (Foucault, 1999).

Además recordemos que las mujeres han sido las más afectadas por éstas dinámicas, desde varios siglos atrás. En este contexto puede observarse cómo ha sido pensada y gestionada la salud mental desde las instituciones y las relaciones de poder, lo cual está íntimamente relacionado con las circunstancias socioeconómicas de la época, que se exploran a continuación.

### ***Gubernamentalidad y Biopoder***

Berrío, Franco y Suárez (2021), plantean que el sujeto se capitaliza y el mercado es el eje principal desde donde se ordena la vida según las necesidades de producción y consumo. “En este sentido, es posible pensar que lo que se intenta vender no son los productos y servicios, sino emociones deseables a través de una transacción económica” (p.18). La auto-exigencia de sostenerse inserto en una sociedad regida por la competencia lleva al sujeto a auto-explotarse. “Así, los problemas cotidianos son individualizados y se quita responsabilidad a las instituciones financieras, a las empresas, al Estado y, en general, se niega la participación que tales factores estructurales, culturales y sociales, puedan tener en ellos” (p. 21).

La riqueza del Estado depende de la salud de la población, de la conservación y promoción de la vida así como de la participación de cada sujeto en su capacidad de apropiarse de su cuerpo y poder venderlo como fuerza de trabajo. De esta manera deviene la gubernamentalidad. Refiere a la implicación estructural entre el gobierno estatal y las técnicas de autogobierno de los sujetos en la sociedad occidental. Autogobierno y autodisciplinamiento gradualmente se extendieron a toda la población hacia finales del siglo XIX. Ahora toda la población se vuelve sujeto biopolítico (Lorey, 2016).

Stolkiner y Ardila (2012) citando a Foucault, definen biopoder como “el conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que, en la especie humana, constituye sus rasgos biológicos fundamentales podrá ser parte de una política, una estrategia política, una estrategia general de poder” (p.18). Se trata de un dispositivo que estructura lo social, los cuerpos y la subjetividad. El poder se ejerce sobre los cuerpos individuales (anatomo-política) y a través de la regulación de fenómenos colectivos como la salud, natalidad, mediante la medicalización, la educación y demás instituciones (esto es la biopolítica).

En este sentido, la noción de instituido (Castoriadis, 2010) expone el marco simbólico normativo que sostiene el poder sobre la vida y los aportes de Foucault (1999) nos muestran cómo esto opera en los cuerpos y en la sociedad. La salud mental queda así inscripta como campo de control social.

La obra póstuma *La patología de la normalidad* (1995), rescata algunos seminarios de Erich Fromm (1900-1980) dictados en la década del '50. Exhibe sus ideas acerca de la sociedad moderna capitalista occidental como deshumanizadora del individuo. Se pregunta: “¿es cuerdo el individuo adaptado a una sociedad loca?” (p. 101). Explica que el sujeto es reducido a una pieza de la maquinaria productiva y consumidora, que ha perdido el contacto con lo sensible y la capacidad de pensar de manera crítica. Destaca que el ser humano queda inmerso en este sistema a través de procesos de enajenación, donde pierde autenticidad, conexión real consigo mismo y los demás, vive en modo automático. Cuestiona la idea de que el sujeto “normal” es aquel que se adapta de forma pasiva a este sistema. Un modo de vida alienante que ha logrado la aceptación social debido a que la mayoría de las personas vive bajo sus lineamientos. No se percibe como problema porque se ha naturalizado la desconexión con las emociones, el consumo y la competencia. Se manifiesta en las rutinas vacías, en la incapacidad de construir vínculos profundos. “No estamos en contacto con nuestros semejantes ni con la naturaleza” (p. 67).

En la misma línea, Fernández Christlieb (2023), plantea que el ritmo de la sociedad nos exige formas de consumo, de descarte, determina lo que aprendemos y cómo vivir. La excusa del mundo cambiante y de la superficialidad evita la profundización y los



cuestionamientos que buscan otros sentidos. Esta superficialidad acompaña todas las esferas de la vida, genera el debilitamiento de los lazos sociales y la desconexión con la afectividad.

No cabe duda de que la noción de poder como productor de sujetos que nos ha dejado Foucault continúa en vigencia y ha sido articulada en diferentes esferas de análisis. Lorey (2016) habla de la precariedad e inseguridad como espacios de poder en la formación de los sujetos en la actualidad. En su dimensión de gubernamentalidad, la precarización es productiva en tanto instrumento de gobierno de explotación capitalista, basado en el autogobierno y sometimiento, pero a la vez potencialmente empoderador. Estos procesos ineludiblemente atraviesan la salud mental. La autora sostiene que a pesar de que el sujeto ejerce de forma activa su explotación propia y su autoprecarización es voluntaria, surgen nuevos modos de subjetivación para resistir a las formas neoliberales de dominación y nuevos poderes instituyentes. Algunas de estas formas de resistencias serán desarrolladas más adelante.

### ***El Lugar de lo Psi***

En el contexto de crisis socioeconómica, movimientos sociales y críticas al paradigma hegemónico en el campo de la salud, se produce la diferenciación de la Medicina Social con respecto a la Salud Pública y la Medicina Preventiva. En el campo de la Salud Mental el equivalente abarca los discursos de la Higiene Mental y la Prevención en Salud Mental, entre otros. El campo de la Medicina Social se consolida en Europa a mediados del siglo XIX, incorporando la influencia del ambiente a la explicación de las enfermedades, por ejemplo la Epidemiología buscaba trascender los fenómenos biológicos para analizar procesos de carácter social (Stolkiner y Ardila, 2012).

Se va transformando una concepción asilar y biologicista hacia la incorporación de lo psicosocial. Desde el abordaje de la enfermedad como estado se pasa a comprender e intervenir en el entorno, considerando salud-enfermedad como proceso, un enfoque integral que abre la posibilidad a la prevención de las enfermedades y a la promoción de la salud (Stolkiner y Ardila, 2012).

Miranda (2018) realiza un acercamiento a las raíces de la noción de salud mental desde el siglo XX. “Es difícil entender esa suerte de caleidoscopio que constituyen, tanto las prácticas orientadas a la salud mental, como las definiciones mismas de salud mental, sin adentrarse en las disciplinas y discursos que han contribuido a la creación de este campo” (p. 87). Destaca que el trabajo de Freud es sustancial para la constitución de la misma. “Freud no está ajeno a una concepción fisiológica de la salud, en tanto piensa en la mente a

modo de 'aparato', con subsistemas, instancias y funciones" (p.89). Luego algunos de sus colaboradores se apartaron formando sus propias corrientes psicoterapéuticas, como Adler y Jung. Se alejaron de la medicina moderna para acercarse al existencialismo y posibilitando futuras corrientes humanistas y transpersonales. Simultáneamente surgió en Estados Unidos la corriente conductista. "El conductismo cuestiona el concepto de enfermedad mental como entidad, y sostiene que lo que hay son conductas desadaptativas" (p. 89). Esto es de gran impacto en la clínica psicológica y la concepción de la salud mental. La normalidad ya no es el eje de la salud sino la adaptabilidad al medio, lo cual se desplazó paulatinamente a la felicidad. En el mismo país, en la década del '60 aparece la Psicología Humanista con figuras como Rogers y Perls. Este movimiento se aparta de la noción de adaptación y normalidad con un enfoque más holístico considerando la experiencia subjetiva. De esta psicología deriva la Transpersonal integrando aspectos espirituales y de realización personal, con Maslow como su principal referente.

Continúa el autor, que surgió la psicología social en Alemania y Estados Unidos desarrollándose como disciplina durante el siglo XX. De esta manera la noción de salud mental queda atravesada por la noción moderna de progreso y asociada al desarrollo personal como una búsqueda de metas que van más allá de la satisfacción de las necesidades. "Es decir, lo que impliquen términos como autorregulación, autodesarrollo, armonía, la felicidad, etc. va a variar según el contexto cultural en el que se promuevan" (p.90). Destaca que el Primer Congreso Mundial de Salud Mental (Londres, 1948) tenía como lema "Salud Mental y Ciudadanía del Mundo", lo cual evidencia el afán de un nuevo orden mundial cuyo propósito era el bienestar biopsicosocial como garante de paz. La salud mental queda ligada a términos como ciudadanía, derechos humanos, democracia, exclusión social y paz como sinónimo de orden (Miranda, 2018).

Con el propio desarrollo disciplinar, la psicología en el ámbito de la salud se ha visto en la necesidad de incorporar a su corpus de conocimiento la comprensión de los fenómenos sociales en la producción de subjetividades y comportamientos vinculados a la salud. (Blanco, 2011, p.2)

Sobre la segunda mitad del siglo XX surge la Psicología Comunitaria como manifestación del cambio paradigmático y de la crisis de la Psicología centrada en el individuo y la enfermedad (Rodríguez, 2007). Según Montero (2004), la Psicología Comunitaria nace marcada por la complejidad, con el objetivo de intervenir en los problemas psicosociales y generar no solo transformaciones en las personas y sus entornos, sino hacerlos partícipes de las mismas. "El paradigma se expresa en la psicología comunitaria a

partir de los modos de hacer, al mismo tiempo que se definen sus actores, agentes externos e internos, redefiniendo sus roles y señalando el campo compartido de su acción” (p.41). Es asertivo el término modelo en lugar de paradigma, como modo de hacer y comprender que al decir de la autora “no es vitalicio” (p.41) sino que compromete la construcción del saber y articulación con otros modelos.

### ***Lo Psi, Discursos y Narrativas***

Berrío, Franco y Suárez (2021) de acuerdo a las ideas de Foucault, analizan cómo la Psicología, o el discurso que interpreta a los sujetos en términos psicológicos, ha sido utilizada como instrumento de gobierno en el sistema liberal. “Complementándose con saberes como la estadística y la experimentación, desde el siglo XIX la Psicología se ha fortalecido como campo disciplinar validado por la ciencia y la autoridad social” (p.3). Sostienen que para el siglo XX la función Psi es discurso y herramienta de control de los sistemas disciplinarios que afectan las dinámicas sociales e impactan en la salud mental, constituyendo una tecnología gubernamental. La vida social se ha psicologizado en cuanto a que la Psicología aporta comprensión acerca de lo social a través de la explicación de lo individual.

Las narrativas actuales impulsan la autorreferencia e independencia de los seres humanos, sobre lo cual Lorey (2016) afirma que se trata de una falsa individuación. Los sujetos se conducen por voluntad propia hacia las conductas hegemónicas y el encasillamiento de una normalidad determinada, son sujetos biopolíticos autoprecarizados. Lo que hacemos y consumimos, son objetos de gubernamentalidad que sirven al sistema de poder, pero en vez de tomar la forma de encierro o control directo, conducen las conductas a través de discursos de autogestión, instalándose en la vida cotidiana (Lorey, 2016).

Guattari propone en la década del '60 la noción de Capitalismo Mundial Integrado (CMI). “Aquello que llamé producción de subjetividad del CMI no consiste únicamente en una producción de poder para controlar las relaciones sociales y las relaciones de producción. La producción de subjetividad constituye la materia prima de toda y cualquier producción” (Rolnik y Guattari, 2006, p.42). Esta producción incluye la modelización de los comportamientos, percepción, memoria, relaciones sociales, sensibilidades, procesos de normalización, entre otros.

Estos discursos colonizan los modos de vida y los procesos de subjetivación bajo el afán de la eficiencia, el consumo y la productividad, colocando así a la salud mental como uno de los engranajes que sostiene este mecanismo. El orden instituido ahora nos habla de un ideal de salud que sea funcional al sistema.

Al pensar en los fenómenos psicológicos y sociales vinculados a la salud, los aportes de la psicología social y la psicología social comunitaria sobre el vínculo, los procesos de subjetivación, los colectivos sociales estigmatizados y las políticas públicas resultan sustanciales. (Blanco, 2011, p.3)

Los discursos reconocen la importancia de integrar las ciencias sociales y la psicología al campo de la salud, pero en la vida cotidiana, en la realidad actual, los servicios de salud continúan absorbidos por la asistencia médica (Morales Calatayud, 1997).

### ***Síntesis de la sección: Acontecimientos destacados, historiografía y crítica***

En el recorrido histórico desarrollado se exponen algunas transformaciones que acompañaron las concepciones de la salud mental en diversas épocas. Su abordaje ha sido causa y efecto de condiciones sociales, culturales, circunstancias económicas, históricas y políticas. La construcción histórica de la bruja muestra cómo los cuerpos femeninos fueron estigmatizados, perseguidos, aniquilados y patologizados durante varios siglos. Sus saberes fueron desacreditados, invisibilizados y asimilados por la ciencia moderna.

Bajo el pensamiento médico-científico se transitó desde la noción de la salud como individual centrada en la enfermedad, hacia la consideración de la salud-enfermedad como proceso, desplegando los ejes prevención de la enfermedad y promoción de la salud. En el campo de lo mental, sucede el mismo recorrido, inicia como parte del campo médico, con enfoque biologicista y asilar de la enfermedad mental, incorporando luego lo psicológico y psicosocial, relacionando sujeto-ambiente en la promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad mental. El reconocimiento de la influencia de factores socioculturales y económicos abrió la posibilidad de una perspectiva más allá de lo patológico individual, poniendo en tensión los paradigmas.

La Psicología, y todas las disciplinas, conforman un campo discursivo, criterios teórico-metodológicos, instrumentos y prácticas. Por lo que problematizar la salud mental se complejiza aún más cuando las herramientas con que se dispone abordarla forman parte de los mismos procesos de construcción de conocimiento hegemónicos. Los saberes psi también han sido parte de los dispositivos de control social, de producción de subjetividades y de reproducción de sentidos instituidos, por esto es importante indagar las lógicas que aún

operan a través de ellos. Podríamos preguntarnos ¿qué elementos de biopoder asociados a lo psi actúan actualmente? ¿Qué discursos circulan en la vida cotidiana y afectan las prácticas de salud mental? ¿Cómo se reproducen los sistemas de exclusión y qué formas tienen ahora? ¿Qué lugar otorgamos al pensamiento crítico y ético de nuestras prácticas profesionales?

En el siguiente apartado se describen algunas alternativas que han surgido en diferentes latitudes y se analizan las condiciones actuales en nuestro país, desde la institucionalidad.

### 3- Actualidad y Alternativas

#### 3.1 Paradigmas y Movimientos

Como se ha desplegado hasta el momento, puede decirse que actualmente hay un consenso respecto a que la salud mental responde a complejos procesos biopsicosociales y que conviven diferentes paradigmas en torno a ella.

El enfoque tradicional basado en el paradigma positivista [el cual Saforcada y Moreira (2015) denominan *individual-restrictivo*] defiende una concepción biologicista de los trastornos o enfermedades del cerebro, con respaldo de la medicina, la industria farmacéutica y los principales organismos internacionales. Este enfoque reduce lo mental a procesos biológicos y toma como criterio de normalidad la ausencia de enfermedad (Pérez, 2013). Si bien la farmacéutica ha realizado importantes aportes en materia de salud, a nivel de la salud mental aplica las mismas lógicas hegemónicas universales en sus abordajes.

En consonancia, Restrepo y Jaramillo (2012) asocian el enfoque biomédico con los servicios especializados y el comportamental enfocado en la prevención a través de la información y estrategias de promoción de vidas saludables. Agregan que como crítica a éstos, donde la medicalización y la perspectiva de riesgos apuntan a la enfermedad pero no a la salud, surge el enfoque socioeconómico [de *salud colectiva* para Saforcada y Moreira (2015) y *social-expansivo* para Morales Calatayud (2021)]. Desde éste se analizan las estructuras sociales y los modos de vida como determinantes en el proceso salud-enfermedad. Cuestionan la normalización, la medicalización, el individualismo, el modelo económico capitalista. “No basta con un cambio de definición para trascender las concepciones patologizantes de la salud mental, sino que es necesario un cambio de racionalidad y sobre todo un cambio en la posición política” (p.208).

Los principales paradigmas en salud que aún conviven implican enfoques disciplinares y de formación de recursos humanos, programas, instituciones y servicios de salud que impactan en las prácticas y acciones en salud concretas, por lo cual la psicología es atravesada por este entramado. El paradigma social-expansivo parte de la contextualización del sujeto, permite tomar la salud-enfermedad como un continuo que oscila según la situación de experiencia del sujeto y sus relaciones (Morales Calatayud, 2021)

Tanto el paradigma *individual-restrictivo* y el *de salud colectiva* tienen como componente principal de acción en salud a los equipos de salud. Si bien en el primero hay una sola disciplina que está a cargo: la medicina (la psicología puede realizar un papel secundario), en el segundo es multidisciplinar (incluye a la antropología, sociología, historia, etc.), pero aún continúan manteniendo al margen el factor humano (Saforcada y Moreira (2015).

El modelo de salud comunitaria se visibiliza desde hace algunas décadas. En nuestro país se realizó el 2° Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur en 2007 y luego en 2011, con participación de Promotoras y Promotores de Salud de Paraguay, Brasil y Argentina. Este paradigma nace del trabajo de los profesionales con la comunidad y su directa participación, siendo el equipo multidisciplinar el participante o colaborador (Saforcada y Moreira, 2015).

Este enfoque de atención en la comunidad, encuentra su impulso a través de los movimientos de desmanicomialización en el siglo pasado y actualmente continúa en debate. Algunos autores consideran la necesidad de que se articulen los modelos según las necesidades del contexto, ya que la implementación del modelo de atención comunitario no es por sí solo garantía de derechos; por ejemplo cuando prescinde de la consideración de los fenómenos estructurales que generan los procesos de exclusión social. Esta perspectiva ha ganado terreno a través de la anti-psiquiatría, la psicología social, la psicología comunitaria y el desarrollo de los neurolépticos en la década del '50. De todas formas, en nuestra región predomina el modelo asilar de atención (Pérez, 2013).

En lo expuesto en el capítulo anterior, se identifican algunos elementos relacionados con la anti-psiquiatría en su crítica a la psiquiatría tradicional y sus prácticas. Puede asociarse a este pensamiento una concepción de la locura que supera lo médico y se involucra en la construcción social reflejando sus mecanismos normativos y de exclusión. La consideración de la psiquiatría como institución de control social que invalida al sujeto en su experiencia subjetiva de la enfermedad mental. Y por último las controversias acerca de lo

que se considera normal, la categorización y patologización de las diferencias. Este movimiento promueve alternativas respecto al abordaje de la salud mental, por lo que da cuenta de su intención instituyente tanto a nivel teórico como en sus prácticas.

La antipsiquiatría ha sido a la vez el síntoma y el detonador de una sensibilidad nueva según la cual las escisiones entre lo positivo y lo negativo, el bien y el mal, la respetabilidad y la indignidad, la razón y la locura no vienen dadas *a priori* ni son substancialmente irreversibles. (Castel, 1984, p.29)

Basaglia (2008), uno de los psiquiatras más influyentes del siglo XX en Italia, propone la destrucción de los manicomios. Se lo considera representante del movimiento anti-psiquiatría aunque él no expresaba así su pensamiento. Explica los mecanismos por los que la psiquiatría ha tendido a la opresión más que a la cura, resultando un instrumento de control social. Alude al manicomio como lugar de opresión y no de cuidado, concibe la locura como fenómeno social y la relaciona con la pobreza, la vulneración de derechos, marginación, injusticias y desigualdades. Aquí se evidencia una vez más el carácter instituido de los saberes y poder que porta esta institución. En la segunda mitad del siglo XX, afirma el autor, surgieron algunos elementos de liberación, movimientos de minorías, de obreros, de mujeres, que propiciaron expectativas de cambios en el campo de la salud. Estos movimientos buscaron desmontar las lógicas impuestas que también atraviesan la esfera de la salud mental.

Los aportes de Basaglia impulsaron una reforma en la atención de la salud mental en su país. Un ejemplo es la creación de cooperativas sociales integradas por personas con padecimientos psiquiátricos, con el fin de su inclusión socio-laboral. En Brasil se implementó un modelo similar al italiano. En nuestro país estas organizaciones están conformadas por personas en condiciones de vulnerabilidad social y su funcionamiento está bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. En su normativa (Ley 18407) se establece la inclusión de jefes y jefas de hogares pertenecientes a sectores con necesidades básicas insatisfechas, jóvenes, personas discapacitadas, minorías étnicas (Firpo, 2014). No hay registro formal de cooperativas sociales integradas por usuarios del sistema de salud mental con anterioridad a la aprobación de la Ley vigente en salud mental.

Los movimientos feministas han realizado importantes aportes desde la interseccionalidad y la postura decolonial, contribuyendo a problematizar la salud mental y su desestigmatización. Desde esta perspectiva pueden observarse algunos puntos de

encuentro entre el pensamiento decolonial y la salud mental en términos de estructura de dominación. El *normalismo*, esto es, lo normal ajustado a la norma en oposición a lo patológico asociado a lo anormal o defectuoso. El feminismo habita inevitablemente en espacios constituidos por aquello que cuestiona, por lo que su postura no se reduce a una oposición sino que implica un movimiento de problematización de lo impuesto, ofreciendo herramientas para desarmarlo (Barukel, 2014).

En la misma línea, Rolnik (2019) explica que la nueva “caza de brujas neoliberal” tiene por objetivo a los colectivos feministas, homosexuales, transexuales, indígenas, negros, ya que encarnan para el imaginario conservador la posibilidad de una transformación micropolítica. Asegura que en oposición a estos movimientos se potencia el brote conservador, descalificando las cuestiones de género, buscando reforzar los valores heterosexuales, la familia y el núcleo patriarcal como forma de lazo social absoluto. Entonces la homofobia, el machismo y otras formas de opresión se manifiestan con mayor violencia.

Construimos la realidad aceptando y reproduciendo los instituidos sociales, participamos de procesos de subjetivación determinados y conservamos estructuras sin darnos cuenta que operan otros modos que se activan en el encuentro con las personas, con cosas e ideas, lo que Rolnik (2019) denomina “saber del cuerpo” (p.47). Estos procesos en que reproducimos estructuras hegemónicas los denomina micropolíticas reactivas, mientras que el desplazamiento de ese conformismo representa las micropolíticas activas, donde se inscribe la fuerza instituyente, nuevas ideas, nuevas formas de relacionarnos. Lo micropolítico activo orienta hacia la construcción de lo común, a lo relacional cotidiano, desde donde actuar para descolonizar el inconsciente de la cultura colonial-capitalística. En palabras de la autora: “la descolonización del inconsciente implica un trabajo sutil y complejo, de cada uno y de muchos, que solo se interrumpe con la muerte; nunca está dada por completo” (p.131).

Estos movimientos representan algunas fuerzas instituyentes que se han desplegado, inmersas en la tensión y convivencia de los diferentes modelos que sostienen el campo de la salud mental. A través de aportes situados, demuestran otras formas posibles de pensarla, otorgando insumos adaptables para problematizarla en todas las latitudes.



### 3.2 Nivel Mundial

La idea de participación comunitaria en salud comenzó a tomar fuerza a partir de la declaración de Alma-Ata de 1978 como estrategia de acceso universal a dichos servicios (Bang, 2014). Luego la “Carta de Ottawa” de 1986, con el respaldo de la OMS, reconoce la importancia de la promoción de la salud, con lo cual más que un objetivo a ser alcanzado, la salud trasciende la idea de formas de vida sanas, considerándola inherente a la vida cotidiana. De esta manera la noción de promoción implica prácticas que también supera el ámbito de la salud (Morales Calatayud, 1997).

“La OMS, bajo el slogan “No hay salud sin salud mental”, ha reconocido la salud mental como un aspecto primordial del bienestar y el desarrollo de los individuos, las sociedades y los países” (Restrepo y Jaramillo, 2012, p.203). El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la OMS (2013-2030) es una revisión del anterior (2013-2020) y actualización de sus metas mundiales. Conserva sus objetivos anteriores como estrategias de promoción, prevención, investigación y tecnologías de información al respecto, asistencia integral adaptada a la comunidad y enfoque de Derechos Humanos. Su perspectiva integral abarca factores socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales, como la educación, las redes de apoyo social. Aboga por la intervención multisectorial, involucrando gobiernos, sociedades civiles, sector privado, etc. Reconoce algunos desafíos asociados a la pobreza, la formación de profesionales, la accesibilidad, inclusión y estigmatización. Formula la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (p.1). De esta manera articula aspectos sociales: trabajar de forma productiva, aportar a la comunidad; aspectos subjetivos: bienestar; y elementos objetivos, asociados a la capacidad de superación.

La OMS coloca a la salud mental como una dimensión de la salud general, su definición conserva algunas lógicas instituidas de pensamiento, como por ejemplo la noción de normalidad ajustada a las capacidades del sujeto y su disponibilidad a gestionar sus emociones y comportamientos. Aunque también involucra determinantes sociales, económicos, ambientales, políticos, es inevitable notar la distancia entre las concepciones teóricas y la implementación de políticas. Se trata entonces de procesos complejos con multiplicidad de expresiones y puede caer en la idea de inalcanzable.

De esta forma, si conceptualizamos a la salud y la enfermedad mental ya no como entidades objetivas y totales, sino como procesos que coexisten en una misma persona y que se constituyen socio-históricamente, el desarrollo de estos procesos no podrán entenderse por fuera de las prácticas que les dan sentido, principalmente las prácticas de atención y cuidado, ubicadas en diálogo con otras prácticas sociales constituidas históricamente. (Pérez, 2017, p.124)

Miranda (2018) explica a la salud como un ideal incuestionable en la sociedad actual. Destaca que la noción de salud mental presenta un valor estratégico para fundamentar diferentes luchas políticas, y al revés: para promover un tipo de sujeto funcional a determinados sistemas. Asegura que su concepto puede ser usado para definir buenos trabajadores, buenos consumidores y en su nombre puede medicalizarse la vida cotidiana. “Es decir, como instrumento político, es un arma de doble filo” (p.93). “En nombre de la salud mental se critican el individualismo y el capitalismo, como también las dictaduras, la discriminación y la desigualdad. Sin embargo, rara vez se dice qué se va a entender por salud mental” (p.91). En concordancia con sus aportes, la definición de la OMS (2013-2030) respalda la promoción de un ideal social, lo que se espera del sujeto. Se toma la salud mental como condición, no se explicita en qué consiste, sino en qué se refleja. De esta manera, se trata de una serie de condiciones que superan la capacidad del sujeto en la expectativa de que mantenga un estado subjetivo (ideal de bienestar) para alcanzar la salud mental, reflejada en los efectos, en lo concreto de la vida cotidiana: ser un sujeto productivo.

La perspectiva individual, centrada en la enfermedad, evaluada en base a la capacidad de trabajo, la productividad y los valores éticos asociados, determinaban la noción de salud mental en el siglo XVII y se trasladó hasta hoy como perspectiva individual-restrictiva. La Psicología hereda este paradigma, constituyendo un modelo clínico centrado en lo patológico (Rodríguez, 2007). Si bien los abordajes incluyeron el entorno del sujeto a mediados del siglo XIX, puede observarse cómo aún continúa operando el enfoque restrictivo a pesar de los avances importantes en materia de derechos humanos y perspectivas más integrales.

### 3.3 Latinoamérica, Uruguay

Miranda (2018) plantea que en Latinoamérica aún no es posible pensar la salud mental desvinculada de la psiquiatría, la cual como rama de la medicina, iguala salud a normalidad, y normalidad a funcionalidad. “Las definiciones que apuntan al “equilibrio interno” son, en el fondo, fisiológicas” (p.88).

“Un hito significativo que transcurrió con poca repercusión externa en sus momentos iniciales y que encamina a la psicología hacia una visión más amplia de la salud, fue el que se produjo en Cuba en 1969” (Morales Calatayud, 2021, p. 41). En medio de profundos cambios en salud pública, se presenta un plan que integra la psicología al Sistema Nacional de Salud. Con base en el primer nivel de atención y participación comunitaria, énfasis en la atención temprana, promoción y prevención. Aquí se plasma la crítica al modelo centrado en la enfermedad y se incorpora la promoción de la salud reconociendo el desarrollo integral del sujeto. Se reivindica la práctica profesional psicológica, la cual supera la atención de la enfermedad mental ampliando su campo de acción. Subyace el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y el factor humano en contraposición al modelo biomédico predominante (Morales Calatayud, 2021).

La Psicología Comunitaria constituye un antecedente para la concepción de lo que en Cuba se denomina Psicología de la Salud, y en Argentina Psicología Sanitaria. Morales Calatayud (1997) la define como: “la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud” (p.57). Su interés es sobre los procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo a enfermar, la condición de enfermedad, recuperación y secuelas. Así como también en las circunstancias interpersonales, actividades de promoción de salud y prevención de enfermedad, adecuación de los servicios de atención, entre otros. Su concepción es desde la complejidad, trascendiendo la dicotomía mente/cuerpo. Aunque el autor sostiene que en la práctica aún se conserva el modelo clínico enfocado en la curación y no tanto en la promoción de salud y prevención de enfermedad.

Si bien la Psicología de la Salud alcanzó un enfoque más amplio, progresista, integrando un pensamiento complejo, continúa siendo clínico y sus intervenciones son asimétricas respecto a la relación profesional-paciente. Su acción está centrada en el profesional que interviene sobre las personas o la comunidad. Conserva fuertes instituidos

en cuanto a disciplina. A diferencia de ella, la Psicología Comunitaria propone una participación activa de la comunidad, en pos de transformaciones y empoderamiento de los actores sociales. Sus intervenciones rompen con la jerarquía de los saberes del profesional sobre los de la comunidad, deja de ser el experto, valora el saber situado y su función es facilitar los procesos colectivos. Trasciende el enfoque clínico-sanitario y desestructura el campo disciplinario de la psicología tradicional, ofreciendo nuevas respuestas.

Respecto a nuestra región, Pérez (2013) afirma que asistimos a una contradicción. El avance en el abordaje de la salud mental desde lo legislativo con una perspectiva de Derechos Humanos ocurre en el marco de un imaginario social básicamente biologicista, reforzado por las tecnologías de imagen y las neurociencias. Sostiene que en la medida en que se continúe el abordaje orgánico e individual de la enfermedad, no habrá espacio real y simbólico para incluir las dimensiones que hacen al sufrimiento psíquico y el estigma.

En el ámbito de los servicios de salud se observa relaciones asimétricas entre el personal de salud y el sujeto, el cual queda fragmentado en función de su enfermedad y en carácter pasivo, invisibilizando sus aspectos subjetivos (Blanco, 2011).

Actualmente, el abordaje comunitario conserva ciertos rasgos asistencialistas en cuanto a que se dirige a sectores vulnerados de la sociedad, mediante funciones compensatorias frente a las profundas desigualdades, sin considerar los fenómenos estructurales que producen los procesos de exclusión social. Como contrapunto puede tomarse una concepción transformadora desde las categorías de las que se interviene, integrando la noción de redes sociales, de fortalecimiento y autogestión entre otras (Rodríguez, 2007).

Los psicólogos permanecemos aún en un dilema: si hablamos de salud a secas, nos sometemos al riesgo de una inmediata asociación con el fenómeno de la medicalización y la consecuente invisibilidad de los procesos subjetivos; y, si hablamos de salud mental caemos en una verdadera falacia que ha sido superada en el plano conceptual de las ciencias de la salud. (Rodríguez, 2007, p.30).

En el 2017 se aprobó en nuestro país la Ley de Salud Mental (n°19.529), la cual sustituyó a la Ley de Atención al Psicópata de 1936, marcando una nueva orientación sobre la atención en este campo. Aboga por garantizar el acceso a servicios de calidad, capacitación de los profesionales, investigación, abordaje interdisciplinario e intersectorial,

atención integral e inclusión social. En su artículo 8 propone: “el Ministerio de Salud Pública elaborará y aprobará un Plan Nacional de Salud Mental de acuerdo a lo establecido en la presente ley y en la reglamentación respectiva” (p.24). El Plan 2020-2027 tiene como propósito promover y contribuir a la salud mental a través de la implementación de estrategias con perspectiva de derechos humanos, bajo el modelo comunitario e intersectorial de atención. La concepción de salud mental de la ley vigente no difiere de la noción que aporta la OMS, asumiendo como estado de bienestar “el resultado de un proceso dinámico determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos” (Ley n° 19.529, Art.2).

Para que sean posibles los cambios del modelo manicomial al abordaje comunitario –además de voluntad política– los mismos deben realizarse basados en el desarrollo de la investigación en salud mental, en la producción de conocimientos y tomando la realidad desde donde se producen los procesos. (De León, 2013, p. 92)

Dorta (2024) analiza cómo se construyen los discursos sociales sobre la salud mental a partir de dos referentes de la prensa escrita uruguaya respecto a los procesos de desinstitucionalización que promueve esta ley, en textos publicados entre 2015 y 2017. Indaga los mecanismos de poder que configuran la atención en salud mental y el discurso como práctica social inmanente a éstos, así como también los problemas que surgen sobre la implementación de dicha ley. El discurso que conservaba las lógicas del encierro y los mecanismos disciplinarios sobre los residentes de manicomios se comenzó a problematizar en el contexto de las posguerras y tras ser considerado un espacio de violencia, exclusión y vulneración de los derechos humanos.

La legislación propone el cierre progresivo de las estructuras asilares y monovalentes (desinstitucionalización) y la ampliación del espacio de atención tradicional, con estructuras alternativas tales como centros de atención comunitaria (extrahospitalaria), centros de integración y rehabilitación psicosocial. Esto ha sido un indicador de lo que Dorta (2024) denomina “un cambio discursivo en la conceptualización de la atención en salud mental” (p. 37). Explica que la desinstitucionalización refiere a terminar con las Instituciones Totales (Goffman, 2001), pero se trata de un proceso que recién comienza. Los cambios de las estructuras tradicionales de atención abre el problema de la seguridad social. Además, las alternativas propuestas en comunidad, como casas tuteladas, residencias asistidas,

cooperativas sociales, pueden resultar reproduciendo la lógica manicomial si el Estado no implementa mecanismos de control adecuados (Dorta, 2024).

Continúa Dorta (2024) respecto al modelo de atención que conserva al médico como jefe, guarda el trinomio Medicina, Estado y política en salud mental como condicionantes para los cambios en la atención. El uso de los términos trastorno mental en tanto forma impresa para los residentes en los servicios de salud, son parte del territorio de la psiquiatría, lo que demuestra la supremacía del discurso médico en los procesos de atención. Esto es lo que el discurso psicológico critica, los diagnósticos reducen las causas sociales asociadas a los problemas de salud mental al plano biológico individual. “El sujeto de derecho, para los psicólogos, implica una concepción de las personas más integral y multicausal para pensar los problemas de salud mental que la mirada reduccionista médica” (p. 218). Agrega que los discursos profesionales resultan estar en discordancia. Algunos abogan por la libertad y autonomía de los residentes de las instituciones totales, otros resaltan su peligrosidad a fin de resguardar a la comunidad. El autor destaca que de aquí deriva la propuesta del ámbito de la medicina y del derecho de crear el hospital penitenciario para pacientes judicializados, que hoy se encuentran en los centros asilares de salud mental. Por lo tanto, el discurso del cambio de modelo que integra un dispositivo de seguridad que a través de acciones de políticas públicas asegure la libertad de los internados, se contrapone al discurso de los médicos y profesionales del derecho, que proponen el dispositivo del hospital penitenciario para regular las libertades.

Queda aún sin determinar las modalidades que efectivamente se llevarán a cabo. En palabras de Dorta (2024): “de acuerdo a cómo se calibren el lenguaje comunitario y el lenguaje penitenciario podremos establecer la orientación de la nueva atención en salud mental” (p. 214-215). Se pueden observar las tensiones entre las lógicas instituidas y los movimientos instituyentes que se despliegan en esta etapa que recién comienza. El autor analiza además, otra dimensión importante. Toma los aportes de Simondon en su concepción de sujeto para explicar que si en la ley se denomina como trastorno mental a los sujetos de atención, se posiciona una asimetría profesional-trastornado. De modo que la conducción del abordaje es unilateral, coarta el potencial de transformación del sujeto. El paciente no puede salir de esta relación que lo reafirma como enfermo, en ella hay un solo saber (el del profesional) que impone un orden. “Las relaciones de poder de los manicomios no son excepcionales, sino que dan cuenta de los efectos de un sistema político que reproduce la desigualdad” (Dorta, 2024, p. 214). Esto sería una concepción cerrada del

individuo como entidad, de lo cual Simondon propone lo opuesto, concibe al sujeto en devenir y continuo proceso de complejización.

Desde su propuesta, Dorta (2024) concluye que las relaciones terapéuticas no se colocarían desde la práctica del gobierno de las conductas, habilitado por un saber, sino que se abriría la posibilidad de amplificar los actos terapéuticos, nuevas formas de relaciones. Así quedan planteadas las diferencias entre conducir los servicios de atención según una concepción de derechos o una concepción de trastorno mental. “La perspectiva de derechos reconoce las relaciones de poder permanentes que se establecen en toda relación social y permite que estas no se inmovilicen o se transformen en estados de dominación” (p. 215).

Respecto a los medios de prensa analizados por el autor, permiten observar las diversas perspectivas que se articulan en la construcción de la desinstitucionalización de la salud mental, la tensión entre lo instituido y los movimientos instituyentes. Además de recordarnos la responsabilidad social de los medios de comunicación de masas respecto al impacto en los lectores y en los procesos de subjetivación vinculados. Por esto la importancia de atravesar con pensamiento crítico el estado actual en el que nos encontramos y reconocer que la transformación cultural necesaria para su nuevo abordaje nos implica a todos los actores sociales, más allá del rol que desempeñemos.

### ***Síntesis de la sección: Actualidad y alternativas***

Asistimos a una época de transición de paradigma respecto a la salud mental, inmersa en el permanente devenir de las transformaciones sociales. Los movimientos instituyentes de desmanicomialización y antipsiquiatría iniciados el siglo pasado continúan haciéndose lugar sobre bases tradicionales que ejercen resistencias. En nuestro país, la ley vigente no solo propone un cambio de abordaje institucional (con todo lo que eso implica), sino que requiere transformaciones en la concepción de la salud, vinculando a todos los actores sociales en este proceso. Esta ley no ha logrado su efectiva implementación, representando así a la salud mental como un campo en disputa entre lo instituido y lo instituyente. Cabe cuestionar acerca de las carencias e intereses que obstaculizan llevarla a cabo, así como también la articulación, convivencia y enfrentamiento entre el modelo médico y las propuestas comunitarias. Se plantea la interrogante: ¿de qué manera lo Psi puede acompañar a su consecución? ¿Qué elementos instituyentes puede aportar? Es

claro que queda mucho por hacer. Son múltiples los desafíos para esta transformación, sobre todo sostener las resistencias necesarias para no caer en las mismas lógicas de las que se intenta deslizar. Reconocer a la salud mental como immanente a la vida cotidiana y colectiva podría ser un punto de partida para el rompimiento de los modos aún imperantes. El desafío del siguiente apartado es poner en juego otras dimensiones y su conexión con las propuestas comunitarias.

#### **4- Otras Dimensiones para Pensar la Salud Mental**

“Todos los fenómenos importantes de la actualidad implican alguna dimensión del deseo y de subjetividad” (Rolnik y Guattari, 2006, p. 43).

Pensar la salud mental desde lo afectivo, lo estético como dimensión sensible, la vida cotidiana y las formas de habitar. Tomarla desde las resistencias al modelo hegemónico individualista, en comunidad. Imaginarla desde otras perspectivas, incluso desde lo ambiental. Alvarado (2020) plantea que la modernidad capitalista invisibiliza y hasta destruye la dimensión sensible de la existencia mediante el aislamiento autorreferencial, el consumismo y la superficialidad de los vínculos. “la dimensión sensible nos muestra también, de manera tangible y corporal en nuestras reacciones y percepciones sensitivas, los puntos de ruptura y resistencia en la vida bajo el capitalismo y toda forma de opresión” (p.137). Resignificar estas dimensiones relegadas no es un gesto simbólico o poético, sino intencional, instituyente, ético y político, para recuperar el pensamiento crítico y complejo en este campo.

##### **4.1 Lo Afectivo, lo Estético**

En apartados anteriores se han expuesto algunos procesos instituidos que prevalecen en las formas de vida actuales, se ha mostrado cómo la salud mental ha funcionado como dispositivo de regulación de las subjetividades mediante discursos, prácticas afectivas y estéticas. Se ha puesto en evidencia que las emociones han sido instrumentos de gubernamentalidad y que la normalidad ha sido socialmente construida. Por lo tanto, desde el pensamiento complejo es necesario interpelar y reivindicar estas dimensiones.

Desde un enfoque humanista, Fromm (1995), concibe a la salud mental como la manifestación directa del interés por la realidad, la conexión con la vida en toda su



complejidad. Sostiene que desarrollar la individualidad y la autonomía no es suficiente sin la capacidad de amar y la creatividad. Cuestiona qué significa estar *sano* en una sociedad que es en sí misma enferma. La salud mental individual no se separa de la salud mental social, el malestar psíquico es reflejo de estructuras sociales y procesos de subjetivación que desconecta de las emociones.

Gioscia (2017) reúne aportes de Berlant y Ahmed para analizar la precariedad de los afectos desde la perspectiva feminista y el giro afectivo. Ambas se ocupan de desmitificar la felicidad. Respecto a Berlant, refiere a su obra *Optimismo cruel* (2011) donde plantea que aún se conserva la fantasía de la *buena vida* aunque las condiciones sociales, económicas y ambientales estén en deterioro y sea cada vez más difícil sostenerla. Busca destruir las expectativas e ideales inalcanzables de progreso, para desarrollar modos alternativos de vivir. Asegura la autora, que tanto Berlant como Ahmed defienden la interconexión entre los afectos y la razón, entre el sentir y el pensar, de afectar y ser afectado, sin descuidar la materialidad de los cuerpos en que impacta. Recuerdan que el feminismo muestra cómo la subordinación de las emociones frente al pensamiento y la razón permitió la subordinación de lo femenino y el cuerpo.

En *La política cultural de las emociones*, Ahmed (2015) desplaza la visión de las emociones de su dimensión privada hacia la pública, implicadas en las relaciones. Cuestiona la psicologización o privatización de las emociones, las considera prácticas culturales en circulación, por lo que evidencian un papel determinante en el orden social. “Las emociones moldean las superficies mismas de los cuerpos, que toman forma a través de la repetición de acciones a lo largo del tiempo, así como a través de las orientaciones de acercamiento o alejamiento de los otros” (p. 24). De esta manera las emociones son fuerzas que moldean individuos y comunidades y pueden ser agentes de cambio en los procesos sociales y culturales. Es clara la importancia de esta dimensión como fuerza instituyente que desencadena la creatividad y la posibilidad de cambio.

En conformidad, Lee Teles (2009) sostiene que “percibimos y experimentamos lo que los modos hegemónicos de pensar, de ver y oír nos imponen” (p. 123). La autora busca la recuperación del plano de lo afectivo en el pensamiento y acción política. Insiste en que es desde el ámbito político que se piensa y experimenta la vida colectiva, es de donde pueden romperse los esquemas hegemónicos. Explica que dejamos de lado la cotidianeidad como eje central de la vida, deterioramos la naturaleza, nos oprimimos a través de dispositivos de poder, permitimos y perpetuamos este sistema. Resultando así el

individualismo, aislamiento, desconfianza por lo nuevo, miedo al cambio. Pero destaca que las incomodidades nos llevan a observar que resonamos con otros, que se abren vínculos, que no estamos solos y que es posible relacionarnos desde una postura más amorosa con nosotros mismos, los demás y el entorno.

Es necesario recordar que hay un conocimiento estético que aporta sentidos a través de una forma de pensar afectivo, inefable e implícito en la vida cotidiana. Este conocimiento, que es de todos, tiende a disolverse en el ritmo de la vida, se olvida o inutiliza. Se trata de un modo sensible de conocimiento, que se asocia al pensamiento complejo en cuanto a que la sociedad está compuesta por formas y ritmos, que se intensifican y cambian permanentemente. Aquí se entrama lo social y lo psíquico en la dimensión estética, esto es el centro mismo de la experiencia social compartida, lo cual tiende lazos para pensar lo colectivo como sistema vivo (Fernández Christlieb, 2023).

Gran parte de los problemas sociales de actualidad pueden relacionarse directamente, pero no exclusivamente, con la estética. El abuso de sustancias, el alcoholismo, la delincuencia, trastornos de la alimentación, suicidio, y demás violencias, todas atraviesan la sensibilidad del sujeto. Las prácticas estéticas inherentes a la vida cotidiana incluyen la vestimenta, las interacciones, los sonidos y los espacios, componen formas sociales, intenciones, efectos que impactan en la experiencia psíquica, ya sea construyendo sentidos, pertenencia o generando malestar (Mandoki, 2006). Tanto Fernández Christlieb (2023), como Mandoki (2006), trascienden la noción de estética de sus parámetros tradicionales, la toman como dimensión de la experiencia social y conocimiento sensible que aporta sentido a la vida cotidiana, permea las relaciones interpersonales y los procesos identitarios.

La estética podría considerarse una dimensión de la salud mental en cuanto a que refiere a las formas de habitar el mundo de manera significativa. Se asocia a las ideas de Fromm (1995) cuando destaca la importancia de transitar la vida con sentido. Lo estético y lo afectivo, desde esta perspectiva, no son elementos de gubernamentalidad sino espacios potenciales de resistencia y construcción de sentidos, de subjetividades disidentes, de conocimiento situado y de resignificación del sufrimiento.

Estos aportes posibilitan un pensamiento crítico acerca de la salud mental, respecto a las prácticas estéticas que compartimos, las que se conservan instituidas y las potenciales instituyentes. De esta manera, lo cotidiano juega el rol principal como espacio-tiempo de

producción social de significados. “La crítica al capitalismo y su modernidad, encuentra entonces en la perspectiva del habitar y la dimensión sensible un aliado fundamental” (Alvarado, 2020, p.147).

#### 4.2 Habitar, lo Cotidiano

Como se ha visto anteriormente, la dimensión estética es inmanente a la vida, lo sensible atraviesa las relaciones, los modos de vivir, ser y hacer en el mundo. Desde lo afectivo producimos lugares. Los espacios que habitamos componen la dimensión afectiva, material y temporal, los significamos y dotamos de valor intangible. Mandoki (2018) resalta en sus aportes la importancia de la construcción y sostén de estos lugares, pero advierte sobre la transformación de los espacios urbanos en “no-lugares”. Se trata de lugares de paso, vacíos de significatividad, como por ejemplo las vías rápidas y los mega-centros comerciales, resultado de la aceleración de la vida cotidiana. Creamos los no-lugares como estrategias eficientes al sistema capitalista, para acelerar mecanismos de existencia (o supervivencia), trasladando inevitablemente su esencia al campo de la subjetividad. En palabras de la autora: “si la ciudad se apodera del tiempo y lo acelera como ningún otro espacio del planeta, ha de ser porque en ella es el espacio el que se dilata, devorando el peso simbólico de los lugares” (p.50).

En contraposición a los no-lugares, las territorialidades que conforman espacios heterogéneos ligados a la memoria colectiva, una dimensión espacio-temporal de lo común y de lo cotidiano, constituyen lo que se denomina *habitar*. “Habitar es construir, construir espacios vitales, construir sentidos desde los afectos, desde el cuidado y al abrigo” (Pedrosian y Blanco, 2019, p. 123). La vida y el habitar están íntimamente vinculadas, refiere a espacios compartidos, a vivir en un barrio, comunidad, atraviesa lo que el sujeto es. El sujeto es habitado por ese espacio y se transforman de forma recíproca y constante. De manera que la dimensión sensible está relacionada con la noción de habitar en cuanto integra la vida cotidiana y se materializa en ella. Habitar sería la estética del existir (Alvarado, 2020).

Lo colectivo se produce y configura en la interconexión de dos modos de lo común. Lo que heredamos y reproducimos en las tramas sociales constituye lo común instituido, mientras que lo común instituyente reconfigura lo colectivo en permanente transformación. Lo común que nace nuevo trae una mirada crítica que excede a la modernidad capitalista,

reivindica lazos sociales y recrea la vida cotidiana otorgando otros sentidos (Alvarado, 2018).

En la actualidad coexisten procesos contradictorios, espacios heterogéneos produciendo pluralidades y subjetividades singulares conectadas en redes abiertas, conviviendo en tensión con dinámicas de homogeneización y aislamiento. Cuanto más aislados nos consideramos, más funcionales somos al sistema que deja de lado la esfera afectiva y se beneficia de ello. Estas transformaciones han dado surgimiento a dinámicas de exclusión y diversidad de violencias (Mandoki, 2018).

La salud mental no puede desligarse de la construcción de la realidad ni de los espacios que habitamos y transitamos. Los procesos de exclusión y la desigualdad social son dimensiones que trascienden lo estructural, se anudan en la vida cotidiana y se vinculan a procesos afectivos. Se trata de líneas de análisis que no pueden profundizarse en este trabajo, pero evidencian cómo lo estructural y lo sensible se articulan. No son parte de un contexto ajeno, sino condición permanente de producción de subjetividad en la que todos somos agentes, son inmanentes a la vida diaria. “La lucha por la igualdad es la lucha por el bienestar físico y mental y la sostenibilidad ecológica” (Recio Andreu, 2019, p.148).

La invisibilización de estas dimensiones ha contribuido al desarrollo de múltiples dinámicas instituidas, de acciones que repetimos en la vida cotidiana sin cuestionarnos sus efectos, de la reproducción de pensamientos instalados que se alejan de los procesos de significación que necesitamos retomar ante las circunstancias actuales.

#### **4.3 Resistencias**

Conlleva un gran esfuerzo salirse del modo automático en que nos relacionamos, pensar de manera crítica los instituidos construidos y dar lugar a procesos instituyentes en materia de salud mental. Lee Teles (2009), afirma que a pesar de la prepotencia del sistema hegemónico, surgen nuevos modos de pensar y hacer, experiencias ético-políticas que se abren camino a través de la preocupación por la vida colectiva y la necesidad de nuevos abordajes de sus problemáticas situadas. “El despliegue de una ética-política capaz de mirar a la existencia, adquiere un carácter afectivo, se imbrica al pensamiento, a los sentimientos, a los modos de hacer y de producir” (p.40).

Rolnik (2019), habla de la importancia de una resistencia micropolítica que consiste en sostener el malestar, gestionarlo de forma colectiva y creativa para que puedan abrirse líneas de fuga y transfiguración a otros mundos. Si bien Rolnik no se considera dentro del movimiento feminista, su pensamiento concuerda con corrientes descoloniales, con la mirada comunitaria y afectiva. Su propuesta micropolítica ligada a la vida cotidiana (como una acción instituyente) es un punto de inflexión para generar otras formas de vida, compone prácticas de salud mental que permiten salir de lo instituido, lo normalizante, lo institucional, para acercarse a lo afectivo comunitario. Su objetivo es reapropiarnos de la fuerza vital, aquello que para Fromm (1995) ha sido enajenado, deshumanizado.

En *Reencantar el mundo* (2020), Federici argumenta cómo los movimientos feministas posibilitaron la comprensión de la sociedad a través de una sólida crítica hacia la vida cotidiana. Pone al descubierto que se trata de una realidad organizada en torno a procesos de producción específicos: la producción de seres humanos. Advierte:

Uno de los hechos más destacados de la vida cotidiana actual es la “crisis de la reproducción”, crisis en el sentido del drástico descenso de los recursos que se le dedican, el deterioro del trabajo de cuidados hacia otras personas, empezando por los miembros de la familia, y la devaluación continuada de la vida cotidiana, a la que contribuyen las nuevas tecnologías de la comunicación, si bien no son la causa principal. (p.257)

No hay tiempo para cuidar a otros, ha sido devaluado, el cuidado de sí se reduce a sostener un cuerpo productivo, que se traduce en capital (Lorey, 2016). Problematizar la vida cotidiana conlleva también considerar la relación con los territorios desde los cuales obtenemos lo necesario para vivir, comprender que no hay separación entre cultura y naturaleza y que la ética de la vida y la estética están íntimamente ligadas. Giraldo y Toro (2020) abordan el problema ambiental desde los registros afectivos, sensibilidad y estética, a partir de lo que definen como “afectividad ambiental” (p.13), es decir, afectar y ser afectado por los lugares que habitamos. Sería una vía para transformar la forma de habitar el mundo como resistencia ante las circunstancias actuales.

Sus aportes ponen en evidencia la influencia del entorno, su impacto en los cuerpos y las relaciones entre ellos, por lo tanto sus implicaciones en la salud. Estos autores afirman que hay un *régimen de la afectividad* que “constituye el repertorio sensible que establece los patrones de sensibilidades e insensibilidades, y direcciona las relaciones afectivas en una

sociedad” (p.124). Se trata de la organización y gobierno de las experiencias de los cuerpos, homogeneizando los flujos sintientes que orientan la conducta, la percepción y el pensamiento. Agregan: “Mediante múltiples estrategias, el sistema nos va convirtiendo en sujetos cartesianos escindidos del mundo, crea seres individuados entre sí y desligados de la tierra, conforma una serie de subjetividades dispersas, autorreferentes, perversas y narcisistas” (Giraldo y Toro, 2020, p.127).

Esto puede asociarse con las subjetividades serializadas de las que nos hablan Rolnik y Guattari (2006). De todas formas, sus mensajes también son alentadores, abren a posibles formas de vida comunes, al igual que lo plantea Federici (2020), no enmarcadas en lógicas instituidas. Se trata de “desterritorializar este régimen de nuestros cuerpos y territorializar una afectividad ambiental compatible con las auto-organizaciones de las multiplicidades que habitamos y nos habitan” (Giraldo y Toro, 2020, p.147). Comparten con la perspectiva feminista una crítica al modelo hegemónico actual, buscan reivindicar lo sensible, relacional y corporal. Incluyen el entorno como espacio afectivo y ético, integrado por saberes, relaciones y cuidados que se despliegan en la cotidianeidad. Por lo tanto, construido colectivamente de forma situada. Los aportes feministas nos alertan acerca del porvenir, para no repetir el pasado, en eso radica su crítica y resistencia. Las emociones son parte inherente en la reproducción de los mundos, las normas sociales como investimentos, devienen afectivas a través del tiempo (Ahmed, 2015).

### ***Síntesis de la sección: Otras dimensiones para pensar la salud mental***

Se integran algunas dimensiones que han sido olvidadas o invisibilizadas en los ejes del modelo tradicional hegemónico. No se trata de destruir una perspectiva instalada, sino de reconocer sus limitaciones y sus aportes, para dar un paso más: integrar la potencialidad de las alternativas que la misma realidad actual nos ofrece y exige. Pensar la posibilidad de construir un modelo centrado en la salud y no en la enfermedad. Los autores convocados dan cuenta de esta oportunidad y tienden lazos de pensamiento con los que es posible conectar las realidades situadas con un abordaje integral. Rescatar la vida cotidiana como centro de prácticas de salud mental, implicada también en el sufrimiento, asumiendo que estas acciones se generan desde lo común y desde los afectos. Por lo que desde allí es posible desplegar micropolíticas comunitarias para generar otras formas de existencia, fortaleciendo factores promotores.

Es necesario cuestionarnos ¿qué dimensiones de desigualdad perpetuamos desde nuestros roles? ¿Qué sentidos instituidos continuamos legitimando en torno a la salud

mental? ¿Cómo podría reconfigurarse la concepción de la salud mental a partir de una comprensión más expansiva, que incluya las dimensiones abordadas anteriormente? ¿Qué otras dimensiones podrían tener lugar en este modelo y qué tensiones se ponen en juego para considerarlas? ¿Qué lugar ocupa cada uno de nosotros en las prácticas de salud mental, no solo desde el análisis de implicación profesional sino desde nuestras propias vidas cotidianas?

## **5- Algunas Líneas Reflexivas y Propositivas del Entramado Salud Mental**

“El pensar exige, en un mismo movimiento, el desplazamiento del sistema de creencia establecido y la emergencia de nuevos modos de percibir, sentir y actuar” (Lee Teles, 2009, p.25).

### **5.1 Asumir la Complejidad y más allá**

Stolkiner y Ardila (2012), señalan que las prácticas generales de salud centradas en el cuerpo físico no atienden solo un cuerpo orgánico, sino a sujetos que padecen. Adhieren la concepción de cuidado a los procesos de salud-enfermedad. Se debe a que implican una perspectiva de derechos y horizontalidad, así como también prácticas de salud interdisciplinarias e integrales, que incluyen la dimensión subjetiva, histórica y social. Esta conceptualización de proceso de salud-enfermedad-cuidado deviene de la imposibilidad de aislar la salud mental de la salud general. En sus palabras: “no existe, desde esta lógica, una “enfermedad mental” como tampoco una “enfermedad orgánica” (p. 23).

Actualmente la supremacía del conocimiento es de la ciencia, bajo el dominio del paradigma simplificante (restrictivo) el cual responde a épocas y problemas del pasado. Sin embargo, la complejidad ofrece una reforma del pensamiento que incluye la complementariedad y las contradicciones, pero no para reproducir lo mismo sino como forma de generar procesos instituyentes, diferencias cualitativas (López Ramírez, 1998). Morin (2005) nos dice de la complejidad: “ella nos muestra que no debemos encerrarnos en el contemporaneísmo, es decir, en la creencia de que lo que sucede ahora va a continuar indefinidamente” (p. 117). Agrega: “Sacudir esa pereza del espíritu es una lección que nos da el pensamiento complejo” (p. 117).

Las redes comunitarias posibilitan el desarrollo de potencialidades y la creación de alternativas para resolver dificultades compartidas, la idea de diversidad se asocia a la manifestación de la complejidad en un nivel singular, único, de análisis. El paradigma social-

expansivo que asiste al pensamiento complejo, en el campo de la salud mental acude a una realidad intrincada, se asocia a la noción de proceso, de historicidad como tramas emergentes, no lineales, en relación con el ambiente que lo constituye (De Lellis y Mozobancyk, 2009).

La psicología presenta indudables potencialidades para sumar su aporte desde una perspectiva que destaque el potencial salutogénico de los individuos y comunidades y no meramente acciones de asistencia o reparación de la enfermedad en el marco de lo que actualmente se denomina como *política pública saludable* (De Lellis, 2010, p.1)

Pensar la salud mental desde la complejidad hacia lo social expansivo, es dar una vuelta más al entramado que la compone. Ese es el desafío. Trascender lo complejo, hacia una complejidad expansiva, viva, que integre lo estético, lo afectivo y lo colectivo, que se enfoque en la salud y su promoción.

Bajo este modelo se entiende la salud en el marco de los procesos de la vida cotidiana y el enfoque de promoción dirigido a diferentes niveles, en relación a la diversidad de escenarios como el hogar, la educación, el trabajo, entre otros. De Lellis y Mozobancyk (2009), citan una definición de salud desde este paradigma, tomado de la Cátedra I de la Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la UBA (2001):

Salud es la situación de relativo bienestar físico, psíquico, social y ambiental – el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada-, considerando que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre la persona (entidad bio-psico-socio-cultural) y su ambiente humano (entidad bio-físico-química, psicosocio-cultural y económico-política), teniendo en cuenta que estos componentes integran a su vez el complejo sistema de la trama de la vida (p.23).

## 5.2 Habilitar Otros Recorridos

Las transformaciones subjetivas imponen desplazamientos por fuera de la lógica del individuo como matriz fundacional del pensamiento psicológico, social y político que impera en occidente, acercándose al pensamiento de la subjetividad desde lo colectivo, sosteniendo la singularidad relacional (Lee Teles, 2009).



Dar lugar a la salud como construcción colectiva. Donde lo afectivo articula con lo estético y componen el engranaje fundamental para crear espacios de promoción de bienestar compartido, procesos de significación y dignidad de la vida cotidiana. Invita a otros modos de habitar el malestar, el cuidado desde la participación, la creatividad y sensibilidad desde lo comun. Construir prácticas para desmontar las lógicas establecidas y naturalizadas de mercantilización y capitalización de los cuerpos y los territorios. En una sociedad donde prima el individualismo, pensar la salud mental comunitaria es una práctica de resistencia o micropolítica.

Rolnik (2019) nos habla de descolonizar el inconsciente colonial-capitalístico, es decir, liberar las formas de sentir y pensar de las lógicas dominantes. Trasciende la idea de inconsciente como dimensión individual, lo toma como territorio colectivo compuesto por fuerzas socioculturales, moldeado por el régimen capitalista. Por lo que descolonizarlo implica desarmar esas inscripciones de los cuerpos, los afectos, los modos de habitar y de relacionarnos con el mundo.

Estos procesos de desarticulación son posibles mediante micropolíticas, prácticas cotidianas, subjetivas y afectivas que resisten lo impuesto y recuperan la potencia sensible y la creatividad, poder de creación. Comprometen también la memoria, el reconocimiento de los saberes olvidados y la revalorización de lo que la autora llama *saber del cuerpo*. Un saber sensible, no racional, que emerge desde la experiencia vivencial de las personas, habilita resistir las formas de vida impuestas y las lógicas normativas. Se trata de insurrecciones micropolíticas que generan subjetividades disidentes y conforman prácticas de salud mental. Advierte además, que la creatividad disociada del *saber del cuerpo* solo repite o recompone lo instituido, por lo que es necesario tener presente la potencia de transformación que posibilitan las micropolíticas activas, para no caer en las reactivas (Rolnik, 2019).

Según Bang (2014), la creatividad se pone en juego en los procesos instituyentes como una herramienta transformadora y subjetivante que se aleja de la reproducción o repetición de acciones, para dar respuestas a nuevas situaciones y problemáticas emergentes. “En instituciones de salud/salud mental donde prima un modelo biomédico de atención, la inclusión de prácticas comunitarias posibilita la construcción conjunta de una vivencia compartida del hacer creativo, que va más allá de la palabra” (p. 117). Asegura que esto es lo que propicia la transformación de sus propias realidades, lo que se considera un indicador de salud mental comunitaria.

Salirnos de lo organizacional e institucional para ver desde lo local la generación de tramas afectivas que retomen los problemas para pensarlos desde otras perspectivas, que contribuya a la vida comunitaria. Lee Teles (2009) Propone una política afectiva que escape de la realidad ya dada por otros, de problemas ya establecidos. “Creemos que no se trata de cambiar de forma-modelo, sino de abandonar su regencia, al dejar de lado la hegemonía de un tipo de racionalidad sujeta a fines, alejada de la vida cotidiana de aquellos que vivimos aquí y ahora” (p.40). Su propuesta ético-política es afín a la micropolítica activa de Rolnik (2019). Ambas se enfocan en el conocimiento situado, la vida cotidiana, las relaciones, tomando lo afectivo comunitario como espacio potencial para la transformación colectiva. En estos movimientos instituyentes de transformación quedan implícitos procesos de cuidado que componen factores de promoción de salud mental, muchas veces invisibilizados.

Las prácticas de promoción de la salud se asocian a la solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, vida. No se limitan a campañas de buena alimentación o actividades individuales sino que incluyen la participación colectiva, reconocen el saber de los actores sociales, las singularidades, la trama vincular y los procesos de subjetivación implicados en la salud. En este sentido, la participación es en sí misma un factor de salud mental, posibilita la restitución de los lazos sociales (Bang, 2014).

### **5.3 ¿Hacia Dónde Vamos?**

Asumir la complejidad, integrar lo inextricable, el desorden, la incertidumbre, las contradicciones, lo irreductible. Asumir la imprecisión y lo indecible. No se trata de rechazar el orden instituido sino de reconocerlo insuficiente. La complejidad no resuelve los problemas sino que sostiene la presencia de la posibilidad del cambio, de lo nuevo que surge desde pensamientos menos limitantes y acciones congruentes, sin caer en el relativismo (Morin, 2005).

La invitación es salirnos de la idea de paradigma como estático, hacia un pensamiento complejo y dinámico. Dar lugar a un modelo múltiple, vivo, que se atreva a sostener lo contradictorio, que ponga en diálogo lo racional y lo afectivo, que los integre, que considere también lo inefable y lo coyuntural. Que rompa los universales y el reduccionismo. Un abordaje no solo transdisciplinario sino indisciplinado. Un recorrido en espiral, que no se repita como un círculo vicioso, sino que atraviese las múltiples realidades, aceptando lo emergente y lo imprevisto.

Porque los cambios se dan en el ámbito de la comprensión sensible y simbólica del mundo, de los códigos y prácticas personales y colectivas de comportamiento y de expresión; se dan en el modo de usar, entender y relacionarse con el mundo; de posicionarse y moverse corporalmente en él; se dan en la manera de sentir y percibir, de comprender esa percepción y esas sensaciones. (Alvarado, 2020, p.147)

#### **5.4 Reflexiones para seguir pensando**

La creencia en la separatividad trae consigo sensaciones de soledad, de tristeza, una disminución de la potencia, individual y colectiva. Quizás sea necesario admitir que nos encontramos entramados, en un juego de afecciones múltiples. (Lee Teles, 2009, p. 47)

La salud es *una*, se teje con otros. La salud mental es comunitaria, se experimenta en los territorios, implica relaciones, significaciones, prácticas estéticas, vínculos, pertenencias, formas de habitar.

La salud mental es un campo complejo, abierto, en permanente disputa de intereses, poderes y saberes. En él se expresan diversidad de voces, pero muchas aún no son escuchadas. Asistimos a una época incómoda, de transiciones multidimensionales, cargadas de potencial instituyente. Es urgente conectar con los lugares, valorar la vida y la naturaleza que somos, cuestionar los modos dominantes, los estereotipos, lo conocido, dar lugar a otras lógicas de sentido. Gesto que se ha intentado realizar en este trabajo. Todo cambio requiere de deseo, todo movimiento instituyente implica un imaginario, potencia y posibilidad de crear lo nuevo.

Desde la psicología se hace necesario cuestionarnos qué implicancias tiene una nueva forma o modelo de pensamiento sobre la salud mental, desde la construcción teórica de conocimiento y desde sus prácticas. ¿Es posible que la psicología acceda a un modo de pensamiento abierto, que conforme una constelación de tramas que incluyan el no-saber, la creatividad y la co-creación de procesos colectivos de transformación? ¿Qué desafíos nos esperan para articular esta transformación en lo institucional? ¿Cómo podemos imaginar un modelo expansivo, vivo y situado de salud mental comunitaria? El desafío queda abierto a continuar hilando estas y otras tramas posibles.

## Referencias

- Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones* (Trad. C. O. Mansury). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarado, P. (2018). Lo común como reapropiación y despliegue de la capacidad de forma en la modernidad capitalista. En Gutiérrez, R. (Coord.), *Comunalidad, tramas comunitarias y producción de lo común. Debates contemporáneos desde América Latina* (pp. 377-402). *Pez en el Árbol*, Editorial Casa de las Preguntas.
- Alvarado, P. (2020). *La politicidad de habitar desde la dimensión sensible*. *Bajo el Volcán* 1, 131-151.
- Bang, C. (2014). *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. *Psicoperspectivas*, 13 (2), 109-120.  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?scrip=sci\\_arttext&pid=S0718-69242014000200011](http://www.scielo.cl/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S0718-69242014000200011)
- Barukel, A. (23-26 de julio de 2014). *Decolonialidad y salud mental. Perspectivas de un diálogo*. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario, Argentina.  
<https://cdsa.aacademica.org/.000-081/802.pdf>
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio* (Trad. Molina y Vedia). Topía.
- Berlant, L. (2020). *El optimismo cruel*. Caja Negra.
- Berrío, J., Franco, M.J. y Suárez, D. (2021). *Psicología y neoliberalismo: gobierno de sí y de los otros*. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 13(2), e347163.  
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/347163/20808032>
- Blanco Latierro, M. V. (2011). *Lo social deteriorado en la Psicología de la Salud. Reflexiones a partir del curso Problemas Teóricos y Metodológicos de la Psicología de la Salud Indoafroiberoamérica*. Facultad de Psicología. Universidad de la República.
- Blanco Latierro, M. V. (2024). *Habitar colectivo en barrios de Montevideo: el Krugüer*. *Iluminuras*, 24 (67), 108-143.
- Blazquez Graf, N. (2011). *El retorno de las brujas. Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia*. México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.  
<https://redmovimientos.mx/wp-content/uploads/2020/07/El-retorno-de-las-brujas-Blazquez-Graf.pdf>
- Castel, R., (1984). Mitos y realidades de la modernización psiquiátrica. En Castel, R., *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis* (pp.17-76). Anagrama.

- Castel, R., (2009). El desafío de la locura. En Castel, R., *El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo* (pp.17-43). Nueva Visión.
- Castoriadis, C. (2010). Autonomía y alienación. Teoría y proyecto revolucionario. Primera parte. Marxismo y teoría revolucionaria. En Castoriadis, C., *La institución imaginaria de la sociedad* (Trad. A. Vicens y M. A. Galmarini), (pp. 160-182), Tusquets Editores.  
[http://www.solidaridadobrera.org/ateneo\\_nacho/biblioteca.html](http://www.solidaridadobrera.org/ateneo_nacho/biblioteca.html)
- Castoriadis, C. (2010). La institución y lo imaginario: primera aproximación. En Castoriadis, C., *La institución imaginaria de la sociedad* (Trad. A. Vicens y M. A. Galmarini). (pp. 183-265), Tusquets Editores.  
[http://www.solidaridadobrera.org/ateneo\\_nacho/biblioteca.html](http://www.solidaridadobrera.org/ateneo_nacho/biblioteca.html)
- Castoriadis, C. (2010). Lo histórico-social. Segunda parte. El imaginario social y la institución. En Castoriadis, C., *La institución imaginaria de la sociedad* (Trad. A. Vicens y M. A. Galmarini). (pp. 269-350), Tusquets Editores.  
[http://www.solidaridadobrera.org/ateneo\\_nacho/biblioteca.html](http://www.solidaridadobrera.org/ateneo_nacho/biblioteca.html)
- De Lellis, M. (2010). *Psicología y Políticas Públicas Saludables*. Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 2 (2), 102-106.
- De Lellis, M. y Mozobancyk, S. (mayo de 2009). *El proceso Salud-Enfermedad y sus emergentes desde una perspectiva compleja*. Cátedra I Salud Pública / Salud Mental. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- De León, N. (2013). Proceso de reforma en la región y en nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario. En N. de León (Coord.), *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental* (pp. 87-93). Psicolibros Waslala.  
[https://www.psico.edu.uy/.sites/default/files/.2013-12\\_salud\\_mental\\_en\\_debate.pdf](https://www.psico.edu.uy/.sites/default/files/.2013-12_salud_mental_en_debate.pdf)
- Dorta, G. (2024). Antecedentes y Fundamentación. En Dorta, G., *Prensa y Salud Mental en Uruguay. El discurso profesional en la prensa escrita y las relaciones de poder en torno al proceso de desinstitucionalización (2015-2017)*. (pp. 27-35), Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) Universidad de la República.
- Dorta, G. (2024). Precisiones Teóricas y Metodológicas. En Dorta, G., *Prensa y Salud Mental en Uruguay. El discurso profesional en la prensa escrita y las relaciones de poder en torno al proceso de desinstitucionalización (2015-2017)*. (pp. 36-58), Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) Universidad de la República.
- Dorta, G. (2024). El Discurso Profesional sobre la Desinstitucionalización en Salud Mental: Intertextualidad entre La Diaria y El País. En Dorta, G., *Prensa y Salud Mental en Uruguay. El discurso profesional en la prensa escrita y las relaciones de poder en torno al proceso de desinstitucionalización (2015-2017)*. (pp. 175-216), Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) Universidad de la República.

- Dorta, G. (2024). Conclusiones Finales. En Dorta, G., *Prensa y Salud Mental en Uruguay. El discurso profesional en la prensa escrita y las relaciones de poder en torno al proceso de desinstitucionalización (2015-2017)*. (pp. 217-222), Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) Universidad de la República.
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria* (Trad. V. Hendel y L. S. Touza). Traficantes de Sueños.  
<https://traficantes.net/sites/default/files/.pdf/Caliban%20y%20la%20bruja-TdS.pdf>
- Federici, S. (2020). *Reencantar el mundo: el feminismo y la política de los comunes*. Tinta Limón.
- Fernández Christlieb, P. (2023). *Psicología estética de la situación social*. México. Comunicación Científica.  
<https://comunicacion-cientifica.com/libros/psicologia-estetica-de-la-situacion-social/>
- Firpo, A. (2014). *Las Cooperativas Sociales como espacios de inclusión para personas en situación de vulnerabilidad social: la experiencia de los usuarios y usuarias del Sistema de Atención en Salud Mental* [Trabajo final de grado, Universidad de la República].
- Foucault, M. (1999). *Historia de la locura en la época clásica* (Trad. J. J. Utrilla, Vol. 1). Fondo de Cultura Económica.
- Fromm, E. (1995). *La patología de la normalidad* (E. Fuente Herrera, Trad.). Paidós.  
[https://toaz.info/docdownloadv2-fromm-erich-la-patologia-de-la-normalidad-por\\_4a3631-b5804141112623-f9e739370c66](https://toaz.info/docdownloadv2-fromm-erich-la-patologia-de-la-normalidad-por_4a3631-b5804141112623-f9e739370c66)
- García, C. y Becker, M. (2024). Deconstrucción y giro afectivo: una perspectiva sobre las emociones en contexto de movimientos sociales. En Alaniz, A., Bruera, R. y Mengo, R. (coords), *El giro afectivo del espacio público. Emociones y afectos en las narrativas políticas, de género y ambiente en América Latina contemporánea*. Cuadernos del CIPeCo (FCC-UNC) 4 (8), 126-143.
- Gioscia, L. (2017). *Convivencias y afectos precarios. Dos miradas feministas desde el giro afectivo*. Cuadernos del CLAEH, 106, 57-74.  
<https://ojs.claeh.edu.uy/publicaciones/index.php/cclaeh/article/download/319/232/74>
- Giraldo, O. y Toro, I. (2020). *Afectividad ambiental: sensibilidad, empatía, estéticas del habitar*. Universidad Veracruzana.
- Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. (M. A. Oyuela de Grant Trad.). Amorrortu.
- Heredia, J.M. (2012). *Los conceptos de afectividad y emoción en la filosofía de Gilbert Simondon*. Revista de Humanidades, 26, 51-75.

- Lee Teles, A. (2009). *Política afectiva. Apuntes para pensar la vida comunitaria*. Fundación la Hendija.
- Ley 19.529 de 2017. Ley de salud mental, 19 de setiembre de 2017, sustituye a la Ley de Atención al Psicópata de 1936.  
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- López Ramírez, O. (1998). *El paradigma de la complejidad en Edgar Morin*. Revista Deplo. de Ciencias 2 (2), 87-114.
- López Sánchez, O. (2024). *Los giros del giro afectivo: la centralidad de la vida sensible para teorizar lo social*. Una lectura en clave latinoamericana. Historia y gráfica. Universidad Iberoamericana (62), 263-301  
DOI: 10.48102/hyg.vi62.497
- Lorey, I. (2016). *Estado de inseguridad. Gobernar la precariedad* (R. Sánchez Cedillo Trad.). Traficantes de Sueños.  
[https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Estado%20de%20inseguridad.%20El%20gobierno%20de%20la%20precariedad\\_Traficantes%20de%20Sue%C3%B1os.pdf](https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Estado%20de%20inseguridad.%20El%20gobierno%20de%20la%20precariedad_Traficantes%20de%20Sue%C3%B1os.pdf)
- Mandoki, K. (2006). *Prácticas Estéticas e Identidades Sociales*. Siglo Veintiuno Editores.
- Mandoki, K. (2017). *Bio-estética: la evolución de la sensibilidad en la naturaleza* (J. Echavarría Carvajal Trad.). Revista Colombiana de Pensamiento Estético e Historia del Arte, 5, 193-216.
- Mandoki, K. (2018). *Lugaridad. Nota sobre una causa perdida*. Astrágalo, 24, 41-52.
- Miranda, G. (2018). *¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?* Utopía y Praxis Latinoamericana, 23(83), 85-95.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27957772009>
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*.  
[https://www.psicologos.org.uy/.Plan\\_Nacional\\_Salud\\_-Mental.pdf](https://www.psicologos.org.uy/.Plan_Nacional_Salud_-Mental.pdf)
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, procesos y concepto*. Paidós.
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la Psicología de la Salud*. Editorial UniSon y Secretaría General Administrativa de la Universidad de Sonora.
- Morales Calatayud, F. (2021). La noción de salud: relevancia para la construcción del vínculo entre la psicología y el campo de la salud. En J. A. Piña López y S. A. Beltrán Moreno (Coords.), *Nuevas tendencias en psicología y salud. Teoría, investigación y práctica profesional* (pp. 33-51). Qartuppi.  
<https://www.qartuppi.com/2021/NUEVAS.pdf>
- Morin, E. (2005). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.

[https://redpaemigra.weebly.com/uploads/4/9/3/9/49391489/morin\\_introduccion\\_al\\_-\\_pensamiento\\_complej.pdf](https://redpaemigra.weebly.com/uploads/4/9/3/9/49391489/morin_introduccion_al_-_pensamiento_complej.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2021, Setiembre 21) *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030*.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf?sequence=1>

Pedrosian Álvarez, E. y Blanco Latierro, M. V. (2019). Componer, habitar, subjetivar. En Pedrosian Álvarez, E., *Filigranas. Para una teoría del habitar* (pp. 109-128), Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), Universidad de la República.

Pérez Fernández, R. (2013). Demencias, salud mental y exclusión social. En N. de León (Coord.), *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental* (pp. 151-166). Psicolibros Waslala.

[https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/2013-12\\_salud\\_mental\\_en\\_debate.pdf](https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/2013-12_salud_mental_en_debate.pdf)

Pérez Fernández, R. (2017). ¿Enfermedad mental o sufrimiento psíquico? En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (pp. 109-128). Psicolibros Universitario.

Recio Andreu, A. (2019). *Richard Wilkinson y Kate Pickett. Igualdad. Cómo la sociedad más igualitaria mejora el bienestar colectivo*. Revista de Economía Crítica, 27, 146-149.

<https://www.revistaeconomiacritica.org/index.php/rec/article/download/282/212/248>

Restrepo, D. y Jaramillo, J. (2012). *Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 30(2), 202-211.

Rodríguez, A. (2007). *Desde la Promoción de Salud Mental hacia la Producción de Salud. La concepción de lo comunitario en la implementación de proyectos sociales*. Revista Alteridad, 28-40.

Rolnik, S. (2019). *Esferas de la insurrección. Apuntes para descolonizar el inconsciente* (C. Palmeiro, M. Cabrera y D. Kraus Trads.). Tinta Limón.

<https://www.bibliotecafragmentada.org/wp-content/uploads/2019/09/405478879-SUELY-ROLNIK-Esferas-de-la-insurreccio-n-pdf.pdf>

Rolnik, S. y Guattari, F. (2006). *Micropolítica. Cartografías del deseo* (F. Gómez Trad.). Traficantes de Sueños.

<https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Micropol%C3%ADtica-TdS.pdf>

Saforcada, E. y Moreira Alves, M. (2015). Salud comunitaria: del nuevo paradigma a las nuevas estrategias de acción en salud. En E. Saforcada, J. Castellá Sarriera y J. Alfaro (Orgs.), *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad* (17-43). Nuevos Tiempos.

<https://licrenebarrios.wordpress.-com/wp-content/uploads/2017/09/salud-comunitaria-saforcada-e-libro.pdf>



- Simondon, G. ([1958] 2015). *La individuación a la luz de las nociones de forma y de información*. Cactus.
- Stolkiner, A. y Ardila, S. (2012). *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva Latinoamericanas*. Vertex - Revista Argentina de Psiquiatría.  
[https://www.psic.uba.ar/academia/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/.material/unidad1/subunidad\\_1\\_1/.stolkiner\\_ardila\\_conceptualizando\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.psic.uba.ar/academia/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/.material/unidad1/subunidad_1_1/.stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf)
- Szasz, T., (2005). *La fabricación de la locura. Estudio comparativo de la Inquisición y el movimiento en defensa de la salud mental*. 3ª. Ed. Kairós.