



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Historia Conceptual de la Salud Mental, una Psique para la Condición de Humanidad en la Segunda Mitad del Siglo XX.

Wilson Daniel Ortiz Lopera.

Universidad Nacional de Colombia.

Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, Departamento de Historia.

Medellín, Colombia.

2023.

Historia Conceptual de la Salud Mental, una Psique para la Condición de Humanidad en la Segunda Mitad del Siglo XX.

Wilson Daniel Ortiz Lopera.

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:
Doctor en Historia.

Director (a):
Ph.D., Miguel Ángel Ruiz García.

Línea de Investigación:
Historia de las ciencias y de los saberes.

Grupo de Investigación:
Producción, Circulación y Apropiación de Saberes- PROCIRCAS.

Proyecto de Investigación:
Malestar y sufrimiento: manifestaciones y estrategias de intervención y prevención en estudiantes de pregrado de la Universidad Nacional de Colombia (2002-2019).

Universidad Nacional de Colombia.
Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, Departamento de Historia.
Medellín, Colombia.

2023.

Le vent nous portera

No obstante

El sentido y la vitalidad siempre estarán presentes en los pilares existenciales a quienes dedico mi pasado, mi presente y mi futuro: Biografía- Familia - φιλοσοφία – Placeres.

Agradecimientos

La presente investigación ha podido construirse desde sus etapas embrionarias gracias al acompañamiento y la guía permanente del maestro Miguel Ángel Ruiz García. Quien con su sabiduría supo iniciarme e iluminarme en el lenguaje compartido para narrar un problema complejo. Quien con su paciencia pudo ayudarme a encontrar mi voz propia en el camino. Y, quien, con su generosidad en los momentos de dificultad, siguió apostando y proveyendo al ser humano errático que soy, detrás de este proceso.

Resumen

Historia Conceptual de la Salud Mental, una Psique para la Condición de Humanidad en la Segunda Mitad del Siglo XX.

La presente investigación aborda la salud mental desde el enfoque metodológico de la *historia social de los conceptos*. Se desarrollan las trayectorias, viajes, asimilaciones, apropiaciones e integraciones de la formación lingüística-conceptual de la salud mental en la historia de instituciones como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de Colombia. Así mismo, como en áreas disciplinares hegemónicas del campo “psi”, representadas en la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y en la Asociación Estadounidense de Psicología. Para finalmente, analizar el concepto de salud mental como lugar común y dominante de las hermenéuticas que los individuos hacen de sí mismos en las búsquedas de sentido, es decir, la salud mental como una narrativa espiritual para la condición de humanidad en la segunda mitad del siglo XX.

Palabras clave: Salud Mental, Historia Conceptual, Historia Institucional, Historia Disciplinar, Espiritualidad, Segunda Mitad del Siglo XX.

Abstract

Conceptual History of Mental Health, a Psyche for the Condition of Humanity in the Second Half of the 20th Century.

The present research approaches mental health from the methodological perspective of the *social history of concepts*. It develops the trajectories, journeys, assimilations, appropriations and integrations of the linguistic-conceptual formation of mental health in the history of institutions such as the World Health Organization, the Pan American Health Organization and the Colombian Ministry of Health. Likewise, as in hegemonic disciplinary areas of the "psi" field, represented in the American Psychiatric Association and the American Psychological Association. Finally, to analyze the concept of mental health as a common and dominant place of the hermeneutics that individuals make of themselves in the search for meaning, i.e., mental health as a spiritual narrative for the condition of humanity in the second half of the twentieth century.

Keywords: Mental Health, Conceptual History, Institutional History, Disciplinary History, Spirituality, Second half of the 20th century.

Résumé

Histoire Conceptuelle de la Santé Mentale, une Psyché pour la Condition de l'humanité dans la Seconde Moitié du 20ème Siècle.

Cette recherche aborde la santé mentale selon l'approche méthodologique de *l'histoire sociale des concepts*. Il développe les trajectoires, les parcours, les assimilations, les appropriations et les intégrations de la formation linguistique-conceptuelle de la santé mentale dans l'histoire d'institutions telles que l'Organisation mondiale de la santé, l'Organisation panaméricaine de la santé et le ministère colombien de la santé. De même, comme dans les domaines disciplinaires hégémoniques du champ "psi", représentés dans l'American Psychiatric Association et l'American Psychological Association. Enfin, analyser le concept de santé mentale comme lieu commun et dominant de l'herméneutique que les individus se font d'eux-mêmes dans leur quête de sens, c'est-à-dire la santé mentale comme récit spirituel de la condition de l'humanité dans la seconde moitié du XXe siècle.

Mots-clés: Santé mentale, Histoire conceptuelle, Histoire institutionnelle, Histoire disciplinaire, Spiritualité, Seconde moitié du 20ème siècle.

Contenido

	Pág.
Resumen	VI
Lista de Figuras.....	X
Lista de Abreviaturas	XI
Introducción	1
1. Breve Historia Institucional del Concepto de Salud Mental (1950-1999).....	9
1.1. Concepto de Salud Mental en la Organización Mundial de la Salud.....	9
1.2. Concepto de Salud Mental en la Organización Panamericana de la Salud y en el Ministerio de Salud de Colombia.....	76
2. Breve Historia Disciplinar del Concepto de Salud Mental (1950-1999).....	112
2.1. Concepto de Salud mental en la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.....	112
2.2. Concepto de Salud mental en la Asociación Estadounidense de Psicología.....	156
3. Conclusión.....	188
Bibliografía	196

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1: Ministerio de Salud y Servicios de Salud Mental de la OMS	34
Figura 2: Legislación en Salud Mental	48
Figura 3: Modelo de Intervención en Salud Mental para Escolares de la OMS.....	74
Figura 4: Estructura Organizativa Unidad Mental en Colombia	90
Figura 5: Estructura Orgánica Hospital Psiquiátrico en Colombia.....	96

Lista de Abreviaturas

Abreviatura	Término
<i>AEP</i>	Asociación Estadounidense de Psiquiatría
<i>APA</i>	Asociación Estadounidense de Psicología
<i>APS</i>	Atención Primaria de Salud
<i>APsaA</i>	Asociación Psicoanalítica Estadounidense
<i>CIE</i>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<i>DSM</i>	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales
<i>ECOSOC</i>	Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas
<i>IPA</i>	Asociación Psicoanalítica Internacional
<i>MINSALUD</i>	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
<i>OIHP</i>	Oficina Internacional de Higiene Pública
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>ONGs</i>	Organizaciones No Gubernamentales
<i>ONU</i>	Organización de las Naciones Unidas
<i>OPS</i>	Organización Panamericana de la Salud
<i>WHO</i>	World Health Organization

Introducción*

La salud mental se ha constituido en un prolífico campo de investigación, preocupación, debate, reflexión e intervención en las sociedades contemporáneas. La presente investigación se inscribió en dicho campo desde la perspectiva de la historia social de los conceptos,

Como cualquier otra historia, la historia conceptual también necesita hipótesis, sin las cuales no puede plantearse ninguna tesis. La mera acumulación de testimonios no es historia conceptual. De lo que se trata es de mostrar la estructura semántica interna que jerarquiza los campos conceptuales con infra-, supra-, contra- y otros conceptos similares. Solo entonces puede comprobarse la fuerza reguladora de determinados conceptos, sin la que ningún texto o contexto llega a ser comprensible (Koselleck, 2012, p.295).

El interés fundamental consistió en estudiar la configuración semántica y pragmática del concepto de salud mental en perspectiva histórica. Entendemos por *configuración semántica* el contenido de sentido y significación que el concepto ha adquirido a partir de la segunda mitad del siglo XX; por *configuración pragmática* entendemos los usos, el papel o el rol práctico existencial que la salud mental ha tenido como mediación que permite a los individuos interpretar y comprenderse a sí mismos. En otras palabras, salud mental es un concepto porque funge como instancia ordenadora y mediadora de la realidad, contiene un *campo de experiencias* que revela el funcionamiento del mundo de la vida y un *horizonte de expectativas* que otorga un lenguaje en constante transformación. En esta medida, el estudio del concepto salud mental ha permitido comprender la diversidad situacional de la psique humana, pero sin limitarse a lo fáctico, se proyectó más

* Basado en las acotaciones del Dr. Rafael Huertas García-Alejo, realizadas el día 28 de junio de 2021, durante sesión de Examen de Calificación Doctoral. Él es doctor en Medicina y profesor de investigación en el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CSIC, ha sido director del Departamento de Historia de la Ciencia del Instituto de Historia del CSIC, integrante del comité ejecutivo de la European Association for the History of Psychiatry, presidente de la Sociedad Española de Historia de la Medicina y fundador de la Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría. Ha desarrollado una abundante y diversa obra en historia de la salud, compuesta por más de una docena de libros de gran circulación académica, que lo han convertido en referente internacional en este campo de conocimiento. En los últimos años ha centrado su interés investigativo en el neoliberalismo y las políticas de salud mental, y en la salud mental y el capitalismo de consumo.

allá, es decir, para ir hacia el pasado y escuchar lo que este tiene que decir sin que le forcemos a responder.

El marco de mediación entre conceptos y sociedades es la cultura, ámbito que también permitió averiguar el modo como la salud mental se ha constituido en una narrativa del yo contemporáneo, una suerte de tecnología del yo o en una *hermenéutica del sujeto* (Foucault, 1982) o, desde el punto de vista común, una terapéutica del yo, que condujo a los individuos en las búsquedas de sentido existencial. De hecho, salud mental es un concepto normativo para sociedades occidentales donde la moral se ha erosionado, ha postulado una alternativa reguladora para la cohesión social. Así las cosas, esta investigación desarrolló dos historias sociales del concepto de salud mental como fenómeno cultural en función de la estructura espiritual del tiempo presente.

La investigación consideró que el concepto de salud mental actual podría definirse en una doble función, como contensor hacia el que confluyen las hermenéuticas de la subjetividad contemporánea y como un proyecto que permite viabilizar u orientar la psique para la condición de humanidad en la segunda mitad del siglo XX. En definitiva, un *dispositivo* contemporáneo de la moral social cuando las morales convencionales han fracasado.

La salud mental como campo interdisciplinario e institucional requirió de una investigación histórica para identificar su génesis, formación lingüístico conceptual y su apropiación antropológico cultural en las historias sociales de interés, la historia institucional – Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud Colombiano – y la historia disciplinar – Psiquiatría y Psicología–. El psicoanálisis no fue incluido en la exploración del archivo histórico por dos razones fundamentales: porque ha destacado como disciplina crítica frente a los enfoques biomédicos que han hecho de la salud mental un concepto hegemónico en el ámbito de la cultura y por la

restricción de recursos de una investigación autofinanciada para el acceso a los archivos físicos de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA).

Este trabajo debe ser asumido a su vez, como la historia reflexiva de un concepto que sin vocación canónica u ortodoxa buscó relatar las huellas e impresiones más enérgicas del acontecimiento de la salud mental en la historia institucional y en la historia disciplinar para poder hablar con soporte documental sobre el carácter material e inmanente de la espiritualidad en nuestro tiempo. Es decir, la salud mental constituida en una narrativa espiritual contemporánea, con pocos ateos o agnósticos, pues muchos de los no creyentes de la salvación del alma humana renovaron su fe en las técnicas y tecnologías terapéuticas desplegadas por la salud mental sobre la psique. No se trató por esto de un trabajo teológico o filosófico, más bien, buscó cumplir una tarea olvidada de la historia en nuestras escuelas latinoamericanas, la reflexión, no solo de objetos particulares, sino también de los asuntos conceptuales que la componen.

No es un trabajo sobre metodología de la historia, pero quizás exige retornar al debate que versa sobre las formas de proceder en historia; existen múltiples corrientes que procuran por la especialización de los estudios históricos en contraposición a otras que procuran por un conocimiento construido multidisciplinariamente,

Decidir si la historia esta fundamentalmente determinada económica, política, religiosa, mental, socialmente o por cualquier otro factor puede recibir una respuesta completamente diferente en función de las preferencias y experiencias de cada autor. En este caso no puede tomarse una decisión que excluya al resto de modelos explicativos. Pero lo que sí es seguro es que, planteada la alternativa metodológica acerca de que debe primar, la propia respuesta será una decisión lingüística (Koselleck, 2012, p.40).

Por esto el acercamiento al problema partió de la aceptación expresa de que habrá otros y efectivos caminos para llegar a la cuestión, el aquí recorrido, la historia social de los conceptos fue solo una posibilidad, un método analítico de la historia en medio de otras posibles e imaginables historias conceptuales, otras como las

tradiciones inglesas, las teorías de los actos del habla y la historia intelectual francesa. Un enfoque licito, si,

Hemos partido del supuesto de que entre los estados de cosas históricos y su aprehensión lingüística existe una tensión que reaparece constantemente y que lleva necesariamente a que toda historia escrita y, por tanto, fijada, tenga que reescribirse (Koselleck, 2012, p.39).

Durante el desarrollo de la investigación se dio un tratamiento cronológico a las fuentes. La hermenéutica de estas fue realizada desde el aparato crítico de la historia de la salud y desde las teorías sociológicas contemporáneas. El objetivo central de la cronologización de las fuentes fue buscar las temporalidades que confluyen en la lingüística y en las prácticas de la salud mental. Es decir, las temporalidades de las instituciones y las temporalidades de las disciplinas que en la intensa relación con las diversificadas espacialidades se reproducen en el campo de la cultura. No se pretendió únicamente dar continuidad discursiva al relato histórico, aunque esto fuese una consecuencia narrativa deseable. En términos de Ricoeur (1999) la cronologización permitió clarificar los grados diferentes de profundidad a la hora de abordar el tiempo, es decir, *el tiempo lineal, la intratemporalidad y la historicidad*. Un principio de organización de fuentes que permitió adentrarse a su vez, en lo que Reinhart Koselleck ha denominado los *estratos de significación*, que son a su vez temporalidades diferentes para rastrear la evolución del concepto. Fue de capital importancia el seguimiento a la variabilidad y a los desplazamientos de la significación. La *constelación de sentidos* de la salud mental,

La narratividad y la temporalidad se encuentran estrechamente vinculadas, tan férreamente como puedan estarlo, según Wittgenstein, un juego de lenguaje y una forma de vida. La temporalidad es una estructura de la existencia --una forma de vida- que accede al lenguaje mediante la narratividad, mientras que ésta es la estructura lingüística -el juego de lenguaje- que tiene como último referente dicha temporalidad. La relación, por tanto, es recíproca...Incluso el carácter temporal del relato más sencillo rompe con la concepción vulgar del tiempo concebido como una sucesión de instantes a lo largo de una línea abstracta orientada en una única dirección...Con el objeto de poner de relieve los rasgos temporales de la actividad narrativa, atendamos a su correlato: la trama. Ésta aporta a la noción de «acontecimiento» su carácter histórico. Un acontecimiento ha de ser algo más

que un suceso singular. Para ser histórico, ha de definirse conforme a su participación en el desarrollo de una trama. El acontecimiento y la trama son, por tanto, términos correlativos...El análisis de la trama como configuración nos ha llevado al umbral de lo que podríamos llamar la repetición narrativa: al leer el final en el comienzo y éste en aquél, también aprendemos a leer el tiempo al revés, recapitulando en sus consecuencias terminales las condiciones iniciales del desarrollo de la acción. De este modo, la trama no sitúa la acción humana sólo «en» el tiempo, como hemos dicho al comienzo del estudio, sino en la memoria. Y ésta, a su vez, repite el curso de los acontecimientos conforme a un orden que es la contrapartida de la extensión del tiempo entre un comienzo y un final...En este punto, la dialéctica que existe entre la historicidad y la narratividad puede aportar algo nuevo: una verdadera intelección mutua en la que cambien ambos términos...(Ricoeur, 1999).

Así mismo, la investigación se situó en las perspectivas internacionales sobre la subjetividad en la segunda mitad del siglo XX pero no se opuso a la posibilidad de historias locales; de hecho, el concepto de salud mental tuvo trayectorias identificables en las instituciones y las disciplinas del ámbito nacional, que aquí únicamente fueron abordadas en el Ministerio de Salud Colombiano. Por esto, se debe explicar que los debates teóricos en la salud mental están precedidos, autorizados, dirigidos y condicionados por referentes del ámbito internacional, y hacia estos últimos, apuntaron los intereses de la presente indagación, sin perjuicio de que en trabajos posteriores se pueda explorar el concepto de salud mental en otras escalas. E inclusive, se pueda construir otra historia posible desde el aparato contra cultural que se ha opuesto con audacia a las corrientes dominantes en el campo de la psiquiatría.

La investigación buscó entre otras cosas, hacer consciente en la cultura el trasfondo del concepto de salud mental, en el sentido de que se trata de un lenguaje públicamente apropiado en los habituales usos de la lengua, en la vulgata cotidiana; pero que se desconoce de dónde viene y cómo ha logrado propagarse en diversas áreas de la condición de humanidad en unas cuantas décadas.

El concepto de salud mental ha sido empleando la teoría que propone Mieke Bal (2002) un *concepto viajero* que se desplazó entre disciplinas, investigadores, instituciones y ámbitos de la cultura o mundo de la vida. Dada su naturaleza viajera, fue preciso identificar sus travesías, intersecciones, diálogos, controversias, usos diferenciados entre un campo y otros. La salud mental por otro lado ha sido uno de esos conceptos polisémicos en el sentido de Koselleck (2012), de cierto modo ambiguos, que no siempre y en cada contexto significan lo mismo. Por esto, se deben diferenciar introductoriamente por lo menos tres momentos del concepto de salud mental en la segunda mitad del siglo XX.

En un primer momento hablar de salud mental en vez de psiquiatría significó superar el encierro hospitalario y los métodos de castigo y de resocialización que se aplicaban como eje de la atención y de la asistencia hospitalaria. Es decir, la expiración o derrota de un conjunto de técnicas y tecnologías sanitarias que atentaban contra la dignidad humana de los pacientes. La salud mental representó el advenimiento de novedosas formas de atención centradas en la salud pública y en la salud comunitaria como lo son los centros de atención en salud mental, los pisos protegidos y los pisos de acogida, la continuidad de cuidados en el hogar, el acompañamiento terapéutico, etc. En definitiva, se trató en los inicios de introducir elementos preventivos y de promoción de la salud mental en el ámbito de la comunidad, es decir un conjunto de discursos que tienen que ver con lo público y con lo común. En un segundo momento, el advenimiento de la conceptualización de salud mental ampliada permitió una aproximación psicosocial, gubernamentalizada, multidisciplinaria y multicausal a los problemas de salud mental en las poblaciones; otorgó una gran variedad de usos socio-existenciales al concepto. Pero, en consecuencia, hubo un tercer momento, quizás menos entusiasta y hacia el que confluyen las significaciones del concepto, en el cual, el concepto de salud mental se desplazó desde el lenguaje de los expertos a los saberes colectivos, y se privatizó, en el sentido de instalar la subjetividad individual en el centro de la vida social.

Dicho de otro modo, los años 50's y 60's fueron un escenario de crítica manicomial, para el ascenso sanitario de los modelos colectivos en la atención psiquiátrica, de preocupación por los derechos humanos, de aparición de novedades técnicas – Sistemas de Clasificación *DSM* que surgió como variante de la *CIE 6-* y novedades terapéuticas -los primeros neurolépticos, la clorpromazina por ejemplo, y las terapias conductuales- pero también propuestas de psiquiatría social relevantes como la comunidad terapéutica de Maxwell Jones (1952) que van a inspirar en buena medida desarrollos del movimiento anti psiquiátrico, además de trabajos importantes en epidemiología psiquiátrica con una identificación de una etiología o causa social de los trastornos mentales, y la redefinición de políticas de salud mental con la sanción legislativa en algunos países del modelo comunitario: en Gran Bretaña, en Estados Unidos y en Francia.

En los años 70's se consolidó la conceptualización de salud mental ampliada como un *dispositivo* (Agamben, 2015; Foucault, 2019) que permitió al conjunto de prácticas y semánticas representativas de lo psíquico consolidarse como *biopolítica* (Foucault, 1979) y *psicopolítica* (Han, 2014) interventora, para mediar experiencias cotidianas e íntimas, a través de las relaciones imbricadas entre saberes disciplinares como la Atención Primaria de Salud (APS) y los poderes institucionales.

Entre los años 80's y 90's las novedades fueron diferentes, los criterios de clasificación del *DSM* cambiaron de una orientación dinámica en las primeras ediciones a una orientación mucho más organicista en estas últimas, y con la expansión de los diagnósticos hacia la regulación de comportamientos que podrían considerarse como normales, se implicó en el tratamiento con psicofármacos a amplios gruesos poblacionales. En el plano de las profesiones “psi” apareció el discurso de la medicina basada en la evidencia, un modelo biomédico que se situó en el ámbito de la estadística descriptiva, de las neurociencias, del interés en las técnicas de neuroimagen, en la demencia y en el envejecimiento cerebral, en la genética y en sus posibles aplicaciones terapéuticas. Es decir, se erigió una

confrontación histórica entre lo somático y lo psíquico en todas las duplas cuerpo-alma, cerebro-mente, materia-pensamiento, neurotransmisor-significante; hubo una pugna en el fondo por el triunfo del relato, de modo que las narrativas que emergieron dominantes fueron la psiquiatría y la psicología clínica. Fue así como la idea de la salvación del alma humana coexiste, pero compite con la idea de la salud mental viabilizando a la psique. Así mismo, como la denominación patológica y a-normalizadora de enfermedad/trastorno mental coexiste, pero compite con el concepto indeterminado, expansivo y normalizador de salud mental.

En definitiva, se dio un tránsito desde las reformas e iniciativas de la posguerra mundial -la creación de la Organización Mundial de la Salud, los modelos de atención humanizada, el afianzamiento de la salud pública y la salud comunitaria como ejes de apoyo para la intervención sanitaria- hacia las reformas neoliberales -privatizaciones, recortes de gasto público y un mercado laboral desregulado-, con la impronta y afianzamiento de una cultura basada en el *individualismo* (Bauman, 2015) en los procesos de *individualización institucionalizada* (Beck & Beck, 2001) y una mentalidad basada en el éxito y en la acumulación de capital, en la felicidad personal que pretende convencer a los seres humanos para que sean empresarios de sí mismos. Se pasó de un contexto de estado de bienestar, es decir, del desarrollo de los servicios públicos en el marco de políticas económicas *keynesianas*, a un contexto de crisis de ese estado de bienestar, al neoliberalismo.

En este camino la salud mental perdió naturalmente los enfoques de comunitario, de colectivo y de social para convertirse en una apropiación individualizada, un conjunto de prácticas normativas pero singularísimas para cada búsqueda de sentido. La salud mental privatizada se consolidó hasta la actualidad en una vivencia espiritual para la condición de humanidad contemporánea.

1. Breve Historia Institucional del Concepto de Salud Mental (1950-1999)

1.1 Concepto de Salud Mental en la Organización Mundial de la Salud

En el marco general de esta historia del concepto de la salud mental el estudio de los desplazamientos de la significación en la Organización Mundial de la Salud apuntó a reconocer los eventos históricos y las lingüísticas transformativas que al interior del máximo ente globalizador para la salud permitieron construir una narrativa consistente y coherente sobre la psique para la condición de humanidad en la segunda mitad del siglo XX. Esta narrativa hegemónica sobre la psique fue adoptada con regla en las diversas naciones y contextos locales. Se trató entonces de observar el incremento sistemático del concepto salud mental como estrategia interventora global para los grupos humanos y sus relaciones sociales.

Génesis del Concepto de Salud Mental en la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue fundada el 7 de Abril de 1948 como una acción coordinada del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC). Los orígenes históricos de la OMS podrían situarse en las condiciones económicas y políticas que prosiguieron a la II Guerra Mundial en el ámbito internacional. Para el propósito de los vencedores en esta ardua contienda armamentista de mantener relaciones diplomáticas, estratégicas y pacíficas entre las naciones, se requirió la creación de un entramado de instituciones multilaterales. Esto con la finalidad de garantizar el ejercicio del dialogo entre los países miembros,

así como establecer un conjunto de directrices o lineamientos para abordar los temas constitutivos del desarrollo humano.

El interés de la OMS y sus altos funcionarios por la salud mental fue una inclinación temprana de la organización. En la Primera Asamblea Mundial de la Salud celebrada el 12 de julio de 1948 se acogió la propuesta de resolución de la delegación de los Estados Unidos de América, en la cual, “se ofrece buenos deseos al Congreso Mundial de Salud Mental y se autoriza a la Junta Ejecutiva para considerar las recomendaciones del congreso como mandato y tomar las medidas provisionales para su aplicación que se consideren deseables y practicables” (World Health Assembly, 1948, p.1).

En consecuencia, el Primer Congreso Mundial de Salud Mental realizado en la ciudad de Londres del 9 al 21 de agosto en 1948 contó con la participación del Director General de la OMS. Este afirmaría lo siguiente sobre las condiciones de realización del evento en el reporte oficial,

El Congreso no fue un fenómeno aislado, sino la culminación de mucha organización y trabajo previo. El Comité Internacional de Psiquiatría Infantil, el Comité Internacional de Psicoterapia Médica y el Comité Internacional de Higiene Mental, todos los cuales habían sido organizaciones activas antes de la guerra, se han reorganizado y durante 1947-1948 reasumieron su extensa actividad... La Comisión Preparatoria Internacional del congreso elaboró un informe con recomendaciones dirigidas a los gobiernos, las Naciones Unidas y a la Federación Mundial para la Salud Mental... En el propio Congreso se formaron grupos de expertos para estudiar el fenómeno, pero se esperan más de 300 grupos de estudio en muchos países que continuarán su trabajo utilizando el informe... (WHO Executive Board, 1948, p.1-3).

Con base en el Primer Congreso Mundial de Salud Mental el Director General formuló una serie de recomendaciones para la comisión preparatoria del programa de salud mental de la Organización Mundial de la Salud,

1. Se recomienda que se preste la debida atención a los principios de la salud mental en relación con las actividades de la Organización Mundial de la Salud, en el control del bienestar materno e infantil, las enfermedades venéreas, la tuberculosis y la malaria,

todas las cuales tienen implicaciones mentales en lo que respecta a los factores causales, los efectos y el control. 2. Que se prevean planes a largo plazo para la realización de estudios comparativos en el ámbito de la salud mental, y que se tomen medidas de inmediato para facilitar dichos estudios. 3. Que la Organización Mundial de la Salud haga un llamamiento a las organizaciones profesionales internacionales pertinentes para que cooperen en la formulación y promulgación de principios importantes para promover el desarrollo saludable de los niños. 4. Que se lleven a cabo estudios piloto y demostraciones en materia de educación para la salud mental. 5. Que se faciliten los congresos internacionales en todos los ámbitos de la salud con representación de las distintas profesiones. 6. Que tan pronto como sea posible se establezca un Comité de Expertos en Educación, compuesto por profesionales en el ámbito de la salud mental y las relaciones humanas. 7. Que, en colaboración con las asociaciones profesionales de los distintos países, se lleven a cabo nuevos estudios internacionales sobre los niveles de formación profesional, en la línea de los ya realizados con los trabajadores sociales. 8. Se establezca una proporción mínima definida del total de fondos disponibles para becas para personal de salud mental. 9. Que se realicen estudios sobre las diferencias en el enfoque de la salud mental, para cada uno de los cuatro grupos: (a) personas que ejercen profesiones relacionadas con la salud; (b) órganos políticos; (c) personas en los ámbitos de la radio, la prensa, el cine, etc.; (d) al público en general (WHO Executive Board, 1948, p.4).

Las recomendaciones técnicas del Director General de la OMS en 1948 inauguraron el aparataje institucional que dotó al término de salud mental de la cualidad de concepto, es decir, de ser un relato ordenador de la realidad. Se pueden reconocer varios ejes de trabajo como facilitadores de la expansión de los usos del concepto: el desplazamiento de la salud mental desde la atención psiquiátrica hacia la atención de enfermedades infecciosas y la atención materno-infantil, la necesidad de legitimar y validar académicamente el conocimiento en salud mental con la financiación de investigaciones comparadas, la asignación de becas a profesionales especializados, que la salud mental fuese impartida en el proceso enseñanza- aprendizaje indistintamente para las profesiones de la salud, y la promoción de un enfoque ideológico diferenciado para los órganos políticos, los medios de comunicación y el público general. Su principal aportación fue esgrimir una nueva manera de abordar la atención en salud mental, al introducir elementos comunitarios

y colectivos con la interacción de actores con capacidad de agencia sobre las realidades locales.

Para febrero de 1949, la comisión preparatoria del programa de salud mental de la OMS se encontraba en funcionamiento y planteó la necesidad de ampliar el número de miembros permanentes para el naciente programa con profesiones distintas a la medicina, por ejemplo, la psicología, la antropología y la sociología; e hizo énfasis en la financiación del proyecto, por su prioridad debía ser incluido en otros programas de la organización (WHO Executive Board, 1949, p.3). En Junio de 1949 los consultores de salud mental adscritos a las delegaciones de Dinamarca, Estados Unidos de América, Italia, Suecia y Suiza se reunieron para examinar las propuestas relativas a la salud mental que contenían las recomendaciones del Director General y emitir las respectivas correcciones,

Los asesores sienten que la dirección general y los objetivos del programa han sido cuidadosamente especificados y que son excelentemente diseñado, en particular debido a la importancia dada a aspectos preventivos de la actividad en el campo de la salud mental, lo cual es consistente con los principios generales de la OMS. Pero también me gustaría señalar que el problema de la adicción a las drogas ha sido omitido (Assemblée Mondiale de la Santé, 1949, p.2).

Esta corrección particular de los consultores de la OMS apuntó a la necesidad que habían observado de extender el campo de acción de la salud mental al problema de la adicción a las drogas. Esto podría entenderse como una reconfiguración en la concepción del proceso salud-enfermedad, en tanto, para la época las farmacodependencias no eran consideradas una enfermedad/trastorno mental, ni siquiera un problema de salud pública de primera línea. Y es en el marco de la génesis del programa de salud mental de la OMS que se reivindicó la atención integral que requieren estos grupos poblacionales por parte de los estados nacionales. En concordancia, el comité ejecutivo de la OMS y el director general emitieron una respuesta conjunta donde “autoriza la convocatoria de las reuniones de expertos en adicciones a las drogas y alcoholismo como parte de la participación

de la Organización en los programas patrocinados por las Naciones Unidas” (WHO Executive Board, 1949, p.2).

Este mismo año, del 29 de agosto al 2 de septiembre se reunió por primera vez el Comité de Expertos en Higiene Mental de la OMS, e hizo énfasis en formar al personal en salud pública para ocuparse de la salud mental de las poblaciones, esto con un enfoque preventivo,

Que el principio único más importante a largo plazo para el futuro trabajo de la OMS en el fomento de la salud mental -en contraposición al tratamiento de trastornos psiquiátricos- es el de estimular la incorporación, en los programas de salud pública, de la responsabilidad para la promoción de la salud mental de la comunidad del mismo modo que la de la física (World Health Assembly. 1949, p.7)

En el año de 1950 se reúne por segunda vez el Comité de Expertos, con el objetivo de dar una discusión académica y detallada de los asuntos *pragmáticos* que, en términos de Reinhart Koselleck; debía considerar la OMS en su programa de salud mental, allí se incluyeron: la adicción a las drogas y el alcoholismo, los servicios de maternidad, el lactante y el niño preescolar, la separación del niño preescolar de la madre, la higiene del escolar, el niño lisiado, las enfermedades transmisibles, el cuidado de los ancianos, la educación sanitaria del público, la inmigración, las estadísticas sanitarias, los estudios epidemiológicos, la administración de la salud pública y el adiestramiento en higiene mental para el personal de salud pública (Comité de Expertos en Higiene Mental de la OMS et al, 1950, p.1).

El Comité de Expertos de la OMS hizo una aclaración *semántica*, en términos de, Reinhart Koselleck, entre la existente conceptualización de “higiene mental” y la nueva conceptualización de “salud mental” y la relación complementaria que las vinculaba. Esclareció las razones por las cuales a pesar de estar trabajando para construir el programa de “salud mental” de la OMS seguían denominándose “expertos en higiene mental”,

La salud mental, tal como la comprende el comité, es influenciada por factores tanto biológicos como sociales. No es una condición estática, sino sujeta a variaciones y

fluctuaciones de cierta intensidad; el concepto del comité implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir en ello de modo constructivo. Implica también su capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos, potencialmente en conflicto; armoniosa porque culmina en una síntesis integrada, más bien que en la abstención de la satisfacción de ciertas tendencias instintivas, como fin de evitar la frustración de otras... Es igualmente necesario explicar en qué forma se usa en este informe el término "higiene mental", pues la palabra se emplea a menudo en sentido eufemístico para designar el tratamiento psiquiátrico temprano, presumiblemente para evitar el estigma que aún se le imputa con frecuencia a los trastornos psicóticos establecidos y, a través de éstos, a la palabra "psiquiatría". En este informe el término se emplea en un sentido estricto y literal, análogo al modo en que se usa el término general de "higiene" en la práctica de salud pública. Para el comité, entonces, la higiene mental consiste en las actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental. Para conseguir esto, la sola educación teórica es insuficiente. Debe ser acompañada de métodos prácticos de enseñanza a través de experiencias concretas, individuales y de grupo, que fomentan la autocomprensión emocional y modifiquen la conducta en las relaciones (Comité de Expertos en Higiene Mental de la OMS et al, 1950, p.6).

En respuesta a la difusión de estos primeros contenidos y recomendaciones del programa de salud mental de la OMS algunas oficinas regionales de la organización empezaron a difundir apreciaciones, como la del Sudeste Asiático. Avisaron sobre la dificultad que enfrentaría la aplicación de estas directrices en los contextos particulares de sus países, entre las cuales resaltan, no tener datos de la incidencia real de los trastornos mentales, no tener recursos para realizar investigación en el área de la salud mental, una grave escasez de trabajadores capacitados para la atención psiquiátrica o psicológica y la separación de los aspectos sociales de la enfermedad y los servicios sanitarios (WHO Regional Office for South-East Asia, 1950, p.1-4). En tanto, la oficina de la OMS del Pacífico Occidental decidió programar el primer seminario regional de salud mental, como espacio de intercambio y consultoría a mediano plazo (WHO Regional Committee for the Western Pacific, 1952, p.1).

En 1952 la OMS financió algunas investigaciones para intentar comprender los orígenes de los problemas de salud mental, entre estos se encuentran *Research into effects of deprivation* y *Various retrospective studies relating mental illness to deprivation and broken homes* (Bowlby & World Health Organization, 1952). Se postuló la separación temprana de la madre y los hogares rotos como acontecimientos íntimos que ocasionaban trastornos mentales y pueden prevenirse; así mismo, se reconoció que esta perspectiva doméstica contrastaba con teorías provenientes de la escuela alemana de psiquiatría donde las causas se consideraban constitucionales o hereditarias. Estas discrepancias ideológicas sobre el origen de la enfermedad introdujeron a la salud mental en el debate de la filosofía clásica en lo que respecta a concepciones esencialistas y no esencialistas. En otras palabras, una concepción esencialista entendería la enfermedad o el trastorno mental como una entidad natural y como una realidad concreta que se instala en el individuo y que se relaciona con variables biológicas –la escuela alemana-; mientras tanto, la concepción no esencialista habla de la historia biográfica que la ocasiona, la enfermedad entendida como una entidad cultural que se integra en la totalidad del individuo y no solo en un órgano -no solo en el cerebro-, con una condición contextual y variable que remite a símbolos, a mitos, a mentalidades individuales y colectivas, a subjetividades y a experiencias (Huertas, 2014).

Entre el 10 y 27 de agosto del año 1953 se celebró el primer seminario sobre salud mental por parte de la Oficina Regional del Pacífico Occidental de la OMS con énfasis en la infancia, fue un espacio innovador para la época que permitió observar en este grupo etario la oportunidad para construir puentes entre los procesos biológicos y la salud mental, como por ejemplo: la relación entre eventos ocurridos en el periodo prenatal y el desarrollo de la personalidad, los eventos y condiciones en la vida posnatal del niño en el desarrollo de su personalidad afectiva, el desarrollo psicosocial del niño y la teoría psicoanalítica de la personalidad temprana. Los investigadores intentaron construir relaciones entre la vida familiar y la salud mental (WHO Regional Office for the Western Pacific, 1953, p.3-5).

Este seminario propuso un abordaje clínico para los problemas de salud mental en la infancia, lo limitó únicamente a dos escenarios, las conductas atípicas y los trastornos nerviosos. El diagnóstico lo debía realizar el psicólogo y el tratamiento debía efectuarse bajo un enfoque ecológico,

El tratamiento tiene como objetivo tratar de desarrollar estas cualidades inmaduras en algún lugar acercándose al rendimiento medio. Una vez que esto se logra, es seguro aplicar presiones ambientales normales. Aparte de otras necesidades básicas del desarrollo de la personalidad el niño necesita algunos éxitos para alcanzar la madurez y la felicidad y las demandas de su entorno familiar y escolar deben ajustarse a sus capacidades para asegurar tal éxito. El diagnóstico de estos defectos intelectuales y de personalidad es el campo del psicólogo capacitado. Incluso la aceptación de la discapacidad por parte de los padres eliminará la mayor parte de la discapacidad psíquica, con esto la tensión y con ello una disminución o cese de la conducta desordenada o enfermedad nerviosa. Este tipo de enfoque puede denominarse ecológico. La curación sigue siendo en gran medida un arte y el sanador debe ser capaz de abrir muchos grifos de conocimiento y sentimiento, y en el tiempo correcto. Incluso si no se observan efectos dramáticos, la situación nunca vuelve a ser tan mala, donde la comprensión ha reemplazado a la confusión y la hostilidad ha dado paso a la amistad tolerada (WHO Regional Office for the Western Pacific, 1953, p.89).

En tanto, para septiembre del año 1953, se celebró otro encuentro con especial énfasis en la infancia, en este caso, una reunión conjunta entre expertos en adopción de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la OMS, que estableció, financiar estudios sobre la gama de problemas asociados con los niños privados de una vida hogareña normal y establecer diálogos instructivos con agencias públicas y privadas encargadas de los procedimientos legales en los respectivos países,

1. Todo niño necesita una familia y un hogar.
2. La adopción debe tener como objeto principal el bienestar del niño.
3. La madre natural debe disponer de consejos prácticos apropiados para que pueda decidir libremente si se queda con su hijo o si lo da en adopción.
4. Si se decide la adopción, ésta debe efectuarse con celeridad a fin de salvaguardar al niño de las dificultades que entraña la demora indebida. Cuando no es posible la colocación inmediata, por ejemplo, para niños mayores, se deben evitar los cambios abruptos en el cuidado.
5. La adopción de hermanos y hermanas no debe organizarse de tal manera que se rompan sus lazos entre sí.
6. El niño adoptado debe tener el mismo estatus, oportunidades y derechos

que los de un niño establecido en su propia familia. 7. Los padres adoptivos deben estar preparados para aceptar los riesgos normales que se presentan en el camino de los padres naturales. 8. Una mera evaluación material del posible hogar debe ser reemplazada por una evaluación de la situación en su conjunto. 9. No es un asunto de aficionados decidir qué padres y qué hogar se adaptarán a cada niño, y ningún niño debe ser colocado al azar con los padres adoptivos. 10. La normalidad de la vida familiar se promueve cuando la edad de los padres adoptivos está dentro del rango de edad de la paternidad habitual. Los padres que deben construir sus familias a través de la adopción pueden hacerlo mejor al apuntar a intervalos de edad naturales entre los niños. 11. El niño debe saber desde pequeño que es adoptado. 12. Se necesitan instalaciones de formación adecuadas para desarrollar las habilidades especiales requeridas por los trabajadores sociales que se ocupan de la adopción (Joint UN/WHO Meeting of Experts on the Mental-health Aspects of Adoption et al., 1953, p.18-19).

Este mismo mes del año 1953, se reunió por tercera vez el Comité de Expertos en “Higiene Mental” de la OMS, en adelante nombrado, Comité de Expertos en “Salud Mental”. En esta ocasión el énfasis fue puesto en la prevalencia de trastornos psiquiátricos, el alojamiento esencial en hospitales psiquiátricos y en los pasos a seguir en el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental. Algunas de las conclusiones históricamente relevantes,

El hospital psiquiátrico fue durante mucho tiempo el único medio de tratamiento psiquiátrico e incluso ahora es a menudo el medio principal. El desarrollo de las técnicas y la evolución de las ideas sobre la enfermedad mental han supuesto, sin embargo, una diversificación de los medios de prevención, tratamiento y asistencia, que ya no se centran en el hospital sino en el equipo médico-social. Por lo tanto, los servicios psiquiátricos pueden considerarse desde dos puntos de vista bastante diferentes: (a) el clásico: el hospital psiquiátrico que aumenta su alcance y se extiende a la comunidad a través de sus actividades extramuros; (b) el moderno: el equipo médico-social responsable de todos los problemas de salud mental de la comunidad y considerando al hospital psiquiátrico como una de las muchas herramientas para llevar a cabo su trabajo... El comité desea volver a enfatizar lo que ya se dijo en su primer informe, a saber, que el trabajo de salud mental debe ser competencia de una división del Ministerio de Salud u otro departamento gubernamental equivalente, bajo la dirección de un médico con formación y experiencia en este campo...(WHO Expert Committee on Mental Health & World Health Organization, 1953, p.37).

Salud Mental Comunitaria. Una Revolución Ideológica en el Seno de la OMS

La tercera reunión del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS desarrolló la arquitectura ideológica de un nuevo modelo de tratamiento mental, el comunitario, progresista a saber, el hospital psiquiátrico fue postulado como una alternativa de intervención clásica que debía ser parte auxiliar y no centro de la atención. Se postuló el equipo médico-social como estrategia privilegiada para abordar los problemas de salud mental, con énfasis en desarrollar procesos de intervención en el contexto y hábitat natural del individuo, dejando el encierro y el aislamiento como recurso último para los casos más difíciles. Así mismo, se instó a los gobiernos nacionales a crear la estructura burocrática y financiera que al interior de los Ministerios de Salud representara los intereses de la salud mental, ya sea una división, un departamento o una seccional especializada, de este modo, la OMS garantizó la coordinación entre las acciones globales y locales, y la integración económica del aparataje gubernamental al proyecto institucional.

El comité continuó reuniéndose periódicamente, así lo hizo del 1 al 6 de noviembre de 1954. En su cuarto encuentro señaló una revisión histórica de las actitudes de la sociedad hacia el enfermo mental, explicó un primer momento de la historia donde se consideró al enfermo un ser divino “respetado y temido a la vez”; en un segundo momento se le consideró poseído por un demonio o un ser maligno, por lo cual, “era objeto de malos tratos, se le expulsaba de la comunidad o se le daba muerte”; un tercer momento en los países occidentales se le consideró un ser alejado de la sociedad -alienado o enajenado- sin humanidad por lo que se le recluía en manicomios lejos de las ciudades; y se anunció el advenimiento de un cuarto momento que debía ser desarrollado gracias a los progresos terapéuticos psicofarmacológicos, un enfoque psiquiátrico donde al enfermo se le cuida y se le respeta, se le integra en el seno de la comunidad, se evita la hospitalización, se promueve la permanencia en la vida laboral y familiar. En esta misma reunión (1954) el panel de expertos de la OMS cuestionó la ineficaz legislación de los países para proteger los derechos humanos de los pacientes, la poca o nula penetrancia de los

enfoques psiquiátricos comunitarios, y las barreras culturales implicadas en el reacondicionamiento de los servicios sanitarios (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud, 1954).

Para el año de 1955 resaltan algunas investigaciones pioneras de la OMS que utilizaron el concepto de salud mental como regulador social de prácticas culturales masificadas, como el consumo de cannabis, se planteó la hipótesis farmacológica de un principio activo que producía efectos fisiológicos relajantes -el tetrahidrocannabinol-, se postuló como una sustancia peligrosa por la ataxia y síntomas catalépticos observados de su uso en animales, se le definió en tres fases como enfermedad mental en los humanos: la intoxicación, la alucinación y la psicosis. Se afirmó sobre el consumo de marihuana que era causa de la criminalidad y de la violencia en las ciudades. Se observó al cannabis como un problema médico que al mismo tiempo era una amenaza a la seguridad ciudadana, el cual, debía contenerse por los medios coercitivos y/o policiales,

Los expertos en el problema del cannabis coinciden en que, a pesar de todos los esfuerzos realizados, la actual extensión geográfica del cannabis constituye un peligro médico y social de no poca importancia. Los clientes son principalmente mahometanos y gente de color, pero ya hay informes sobre los europeos que fuman tales cigarrillos. De todos los puntos de vista, este es un desarrollo indeseable. Los gobiernos interesados están tomando medidas estrictas para combatir esta extensión, pero no hay duda de que por el momento el peligro sigue existiendo (World Health Organization, 1955, p.30).

Otra investigación en la línea de emplear el concepto de salud mental como mecanismo de control sobre los cuerpos o las conductas de los individuos, se ocupó de la elaboración de una terapia que involucró a los trabajadores de una fábrica para reproducir a escala en diferentes países. La investigación “concluye que la principal tarea de los trabajadores de la salud mental en la industria radica en la prevención de las tensiones dentro de ella” (Koekebakker, 1955), se aprestó a identificar los grupos o individuos de baja moral o problemáticos para motivarlos, es decir, para disminuir el conflicto inherente a las relaciones humanas y “asegurarse de que la planta es capaz de mantener un sano equilibrio por sí misma”

(Koekebakker, 1955). En este contexto, “la salud mental significa: (a) pleno desarrollo de las capacidades humanas; (b) crecimiento hacia la madurez emocional y evitación de tensiones neuróticas; (c) capacidad para manejar la relación, con individuos y grupos, en acuerdo con la cultura existente” (Koekebakker, 1955, p. 4).

En el año de 1956 se destacó la realización de la quinta reunión del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, que, en sintonía con la reunión anterior, resignificó el conjunto de usos, acciones y experiencias que hasta la fecha había simbolizado el hospital mental. Se postuló que el manicomio debía ser en adelante el centro de la acción preventiva en salud mental, una transformación ideológica, que consistió en ejecutar esfuerzos para “evitar carencias y privaciones afectivas, enfocar intervenciones en el medio social, material y afectivo, en el hogar, la escuela y trabajo, y ofertar consejos acerca de la vida sexual y matrimonial, y la orientación de las personas de edad avanzada” (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, 1956, p.7). Del mismo modo, que se exigió un reordenamiento del espacio asilar para que fuese un lugar abierto y acogedor, en este sentido se planteó que debía ser pequeño en tamaño para que las personas no perdieran la personalidad y el contacto social, que debía enfocarse principalmente en los servicios de consulta externa y en suministrar tratamientos ambulatorios para no trastocar la vida colectiva del paciente, y en el caso extraordinario de requerirse la internación se adoptarían metodologías como el “hospital diurno” y el “albergue nocturno”. En suma, para la OMS era prioritaria la capacitación del personal sanitario en salud mental y la reconfiguración espacial e ideológica del hospital mental porque daría “una cosecha sorprendentemente copiosa, tanto en felicidad para los hombres como en ventajas para la economía nacional” (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, 1956, p.19).

En el año de 1957 la OMS se ocupó de abordar los problemas de salud mental en la población general derivados del comienzo de la era atómica. De hecho, circulaban abundantes reportes sobre la ansiedad y la angustia existente en aquellos pobladores cuyas localidades habían sido seleccionadas para instalar una central

térmica nuclear, como en aquellos ciudadanos que al conocer los antecedentes de los bombardeos en Hiroshima y Nagasaki -1945- temían por la aniquilación que podría producir el uso bélico de estas tecnologías. Se popularizó en los medios de comunicación un abordaje sensacionalista que hacía énfasis en los daños cerebrales y orgánicos que ocasionaba la exposición a radiación nuclear. La OMS, en un intento por tranquilizar al público sobre este problema provocado por los sectores militares, belicistas y de seguridad nacional de los estados más poderosos del mundo, desplegó nuevamente en la salud mental, un modelo de regulación social. La OMS aseveró que la energía atómica era segura y confiable, y que los miedos de la población eran irracionales e infundados, de este modo, lo restringió a un problema psiquiátrico -privado-, que solo atañía al individuo que desarrollaba “afecciones”. La organización emitió las siguientes directrices,

- 1) Estudiar la situación local.
- 2) Investigar la naturaleza de los problemas locales de salud mental planteados por la energía atómica, con el fin de elaborar un programa racional de salud mental para la localidad.
- 3) Estudiar el problema de la selección de candidatos a los puestos más importantes de las instalaciones atómicas y prestar asesoramiento al respecto.
- 4) Enseñar a ese personal y a los especialistas en cuestiones atómicas los principios psicológicos fundamentales que rigen las relaciones humanas.
- 5) Llevar a cabo un programa de información pública y de educación, destinado a las personas que ocupan puestos de responsabilidad y a los grupos importantes de la sociedad local, tanto directamente como mediante la preparación de periodistas especializados en relaciones humanas.
- 6) Mantener un estrecho contacto con los organismos de la administración local (Grupo de estudio sobre los aspectos de salud mental de los usos pacíficos de la energía atómica OMS & la Organización Mundial de la Salud, 1957, p. 45).

Para enero del año 1958 la Organización Mundial de la Salud recibió un memorándum del director de la Federación Mundial de Salud Mental, en el cual, “la única organización no gubernamental internacional en este campo esperaba conseguir que 1960 fuese el año mundial de la salud mental” (OMS Junta Ejecutiva, 1958, p.2). La Federación Mundial de Salud Mental solicitó adicionalmente que el Día Mundial de la Salud de la OMS en 1959 tuviera como temática la salud mental, de la misma forma que formuló un derrotero temático para estas celebraciones con

orientación en la infancia, en los trabajadores de la industria, en el sector educativo y en la construcción de conocimiento epidemiológico.

En este mismo año (1958), entre el 1 y 6 de septiembre se celebró la sexta reunión del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, cuyo ámbito de discusión fue los problemas de salud mental en la vejez y el envejecimiento, el diagnóstico realizado consistió en que, entre el 10 y el 20 por ciento de los ancianos viven en solitario y no cuentan con apoyo psicosocial, y que entre el 3 y 4 por ciento de esta población estaba recluida en instituciones sanitarias. Así mismo, se les perfiló como el grupo etario con mayor cantidad de casos de enfermedades mentales -263,1- por 100.000 habitantes, y entre los suicidios masculinos, el segmento poblacional con las tasas más altas. Las causas de los problemas de salud mental en la vejez que fueron definidas por el comité eran de característica social: la pobreza, el impacto de la jubilación, el aislamiento, la falta de oportunidades; pero equivalentemente las físicas: la genética, los impedimentos en la movilidad, los accidentes y la degeneración cerebral. Se instó a los estados a consumir una serie de medidas públicas para la atención de los ancianos, entre estas, la protección financiera para la jubilación, la asesoría jurídica, la asistencia social, la protección de los vínculos sociales, el otorgamiento de viviendas, y organizar servicios geriátricos para la salud mental –centro de orientación, servicios domiciliarios, clínica para estancias cortas, el hospital diurno, la clínica para estancias largas, residencias, vigilancias después del tratamiento- (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud, 1958).

El intento de explicar y de intervenir los problemas de salud mental en la vejez marcó el acento de investigaciones patrocinadas por la OMS; se planteó desde la *psicología analítica* de Carl Jung que las dificultades en esta etapa de la vida “conducen directamente al problema de la imagen social y cultural y la valoración del envejecimiento y la vejez” (Bash, K. 1959, p. 566), es decir, el valor social de la vejez se había depreciado por la disminución de la capacidad productiva de estos individuos al interior de un sistema económico de capital, a la vez que este grupo

poblacional aumentó su esperanza de vida en números absolutos y relativos gracias a los progresos en el campo de la ciencia biomédica. Ser viejo se había transformado, se había convertido en un estresor psicológico en el largo plazo y requería de una preparación adicional, “esto comenzaría naturalmente con la difusión del conocimiento factual de la psicología del envejecimiento a las instituciones académicas, médicas, educativas y sociales interesadas en estos problemas” (Bash, K. 1959, p. 570). Y en cualquier caso de acciones por parte “de la familia y la comunidad que debían unirse en asociación para el cuidado de los ancianos” (Roth, M, 1959, p.558).

Entre el 20 y el 25 de octubre del año 1958 se desarrolló la séptima reunión del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS. En este evento institucional la orientación preventiva en el área de la salud mental y la reconfiguración del espacio asilar dio lugar a una reforma psiquiátrica. El advenimiento de la *psiquiatría social*, “el conjunto de medidas preventivas y curativas que tienen por objeto la adaptación del individuo a una vida satisfactoria y útil en su medio social” (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud ,1958, p.3). La reforma psiquiátrica no abandonó la perspectiva medicalizadora del sufrimiento humano, ni la hegemonía cultural de este grupo profesional para atender los padecimientos humanos, tampoco desbordó el orden social que establece el ciudadano normal y la persona enferma; más, sin embargo, fue un avance significativo en el ámbito de la salud pública ante la deshumanización que históricamente había desplegado el autoritarismo psiquiátrico sobre los pacientes mentales. La psiquiatría social intentó mejorar el conjunto de prácticas, valores y actitudes, del tipo culturales y clínicos en los procesos de atención en salud mental. Para el Comité de Expertos (1958) el tratamiento somático posible gracias a la acción farmacológica de los primeros neurolépticos, el arraigamiento clínico de la psicoterapia y la implementación de novedades técnicas como la terapia social y la ergoterapia permitía,

Una localización más temprana de los casos, la aplicación de un tratamiento más eficaz y la formulación de un pronóstico más favorable, ha contribuido en gran medida al mejoramiento

de la actitud colectiva con respecto a los enfermos mentales. A medida que aumenta el número de personas que se relacionan con enfermos tratados con éxito, las actitudes de temor e impotencia ante la enfermedad tienden a desaparecer. Será necesario, en consecuencia, ampliar los servicios de tratamiento activo que funcionan en estrecho contacto con la sociedad, si se quiere mejorar la actitud de ésta con respecto a los enfermos mentales. Se trata, pues, de dos procesos interdependientes (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud ,1958, p.31).

La *psiquiatría social* como reforma al modelo de atención en salud mental fue posible en gran medida gracias a la utilización de los psicofármacos que convirtieron a los pacientes en sujetos calmos y tranquilos -sedados, anestesiados, dopados, abstraídos- podían permanecer al interior de la comunidad como enfermos crónicos. El uso de los fármacos del espíritu -un reduccionismo biológico con dudosas bases empíricas- rápidamente fue apoyado por la OMS, soportado desde los enfoques biomédicos e inclusive desde los enfoques psicoanalistas, como una automatización e individualización del tratamiento,

No puede decirse que estos fármacos "curen" la enfermedad mental, pero, por su efecto sobre los procesos psicológicos básicos, pueden modificar la estructura de la personalidad y las uniones perceptivas, ejecutivas e integradoras del yo de tal modo que faciliten pautas de conducta más adecuadas y refuercen los recursos adaptativos de la personalidad del paciente (Lindemann, E, 1959, p.1).

Los paradigmas de la psicofarmacología y de la medicalización de la enfermedad mental apoyados por las reformas de la OMS se sustentaron en la premisa de que la salud mental era alterada por patologías singulares que poseen a su vez tratamientos específicos, de allí que, para la organización, conocer "el estado actual de la clasificación de los trastornos mentales se ha convertido en una necesidad urgente" (Stengel, 1959, p.602). Al mismo tiempo que se "admite el estado caótico actual de las clasificaciones que se utilizan con fines clínicos y estadísticos que no está totalmente justificado por el conocimiento incompleto de los trastornos mentales" (Stengel, 1959, p.602). En este momento coexistían, clasificaciones psiquiátricas empleadas por pequeños grupos de interés profesionales, en diferentes países y sin coordinación,

Por la Organización Mundial de la salud, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte (1955)...Por la American Psychiatric Association, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1952)...La Clasificación Canadiense...La Clasificación Normalizada Francesa (1943)...El Régimen de Wurzburg (1933)...La Clasificación de la Asociación Neerlandesa de Psiquiatría y Neurología...La Clasificación en los Países Escandinavos...La Clasificación de la Sociedad Danesa de Psiquiatría (1952)...La Clasificación Estadística de Bersot utilizada en Portugal y Suiza...Las clasificaciones en uso en la URSS...Las clasificaciones en uso en Japón...(Stengel, 1959, p.606-611).

La preocupación de la organización por la atomización de las clasificaciones psiquiátricas se hizo tangible durante este mismo año (1959) durante la sexta reunión del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias de la OMS. En este espacio institucional se reiteró que el estado de las clasificaciones mentales era inaceptable y se construyó objetivos programáticos con el ánimo de conseguir la unificación nacional-regional-global en este aspecto. Es decir, para cimentar un andamiaje diagnóstico y terapéutico hegemónico, incontrastable y reproducible en cualquier escenario para el campo de la salud mental. Las diferencias culturales en el abordaje de la nosología mental no estarían a bien recibo de la OMS. Se recomendó por esto,

1. La Organización Mundial de la Salud se mantenga en estrecho contacto y coordine los esfuerzos nacionales encaminados a la revisión de la sección de la Clasificación Internacional que trata de los trastornos mentales.
2. La Organización Mundial de la Salud organice, a su debido tiempo, una o varias sesiones combinadas de psiquiatras familiarizados con los principios de la clasificación con fines estadísticos y de estadísticos que trabajen en el campo de la salud mental para examinar los avances y sugerir nuevas medidas con respecto a la revisión (OMS Consejo Ejecutivo, 1959).

Esta preocupación por las clasificaciones mentales en el seno de la OMS omitió el debate sobre la científicidad y la validez de los diagnósticos y los tratamientos mentales, que en la gran mayoría de situaciones clínicas eran inespecíficos, confusos y soportados en modelos explicativos invertidos (Moncrieff, 2008). Se partía del mecanismo de acción de los psicofármacos sobre los neurotransmisores

y las respuestas cerebrales que estos ocasionaban, para construir un conjunto de síntomas, y de este conjunto de síntomas se construía una nueva enfermedad.

En la octava reunión del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, que se realizó entre el 8 y el 13 de junio del año 1959 la cuestión de las clasificaciones mentales se conectó con la discusión sobre la epidemiología psiquiátrica. En este evento la OMS buscó establecer sólidas bases científicas para la asistencia sanitaria en materia de salud mental. Al parecer, carecer en este contexto de condiciones de control sobre los diagnósticos, la epidemiología de estos y la conjugación de las intervenciones tanto farmacológicas como preventivas; representó un riesgo existencial para la estrategia institucional de monopolizar el discurso internacional,

Uno de los requisitos fundamentales de la epidemiología es la existencia de un sistema aceptado de clasificación estadística que permita comparar sin temor a equivocaciones los datos obtenidos por distintos investigadores. La falta de una clasificación única de los trastornos mentales ha hecho fracasar repetidamente las tentativas realizadas para comparar las observaciones psiquiátricas y los resultados terapéuticos conseguidos en distintos países e incluso en distintos centros de un mismo país. Aunque los trabajos para preparar un sistema universalmente aceptable han consumido tiempo y esfuerzos sin cuento, no se ha llegado todavía a darles una solución satisfactoria...Otro de los obstáculos que dificultan el establecimiento de una clasificación única es que los psiquiatras tienden a individualizar sus diagnósticos y en consecuencia se resisten a cualquier sistema que parezca obligarles a generalizarlos...(Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud, 1959, p.7-8).

En el año de 1959 la salud mental fue el tema céntrico del Noveno Comité Regional para Europa de la OMS, en el que se discutieron las líneas de trabajo fundamentales de la salud mental que se debían incluir en los programas de salud en los países europeos, estos fueron: el tratamiento precoz y la prevención, el tratamiento domiciliario, el nuevo lugar del hospital mental, los factores sociales en la etiología de la salud mental, la infancia, los cuidados de la madre, la adolescencia, los problemas maritales, la industria, la vejez, la persona discapacitada y el alcoholismo. Para el Comité Regional de Europa,

Durante siglos, en especial durante la Edad Media, se abandonó el estudio de las enfermedades mentales y el tema se dejó a la superstición y la magia, mientras que los enfermos mentales fueron tratados como delincuentes o algo peor y muchos fueron quemados como brujos. Con la llegada de la revolución humanitaria en Francia y poco después en otros países europeos, los enfermos mentales fueron por primera vez tratados como enfermos. Durante el siglo que siguió se hizo un gran progreso en el establecimiento de hospitales y en la extensión de la atención médica y el tratamiento, pero hasta que Clifford Beers comenzó su campaña a favor de la higiene mental hace unos cuarenta años, rara vez se hablaba de la idea de la prevención de las enfermedades mentales (WHO Regional Committee for Europe, 1959, p.1).

Del relato histórico del Comité Regional para Europa de la OMS (1959) se puede inferir que la aparición de elementos preventivos en el movimiento de higiene mental como precursor lingüístico del concepto de salud mental, se corresponde con el gradual desplazamiento, más no desaparición, del concepto de enfermedad/trastorno mental. En suma, la salud mental llegó allí donde la enfermedad mental – negativa y excluyente- no podía llegar; se instaló en los gruesos poblacionales en la cotidiana adaptación a sus problemáticas sociales, sentimentales, industriales, y recreativas, es decir, la salud mental fue un concepto positivo e incluyente, que atañía al ciudadano del común y del corriente, por esto sus alcances potenciales. Para un ejemplo de la mayor instrumentalidad, la OMS creó un grupo de estudio para indagar los problemas de salud mental en los trabajadores de las fábricas ocasionados por la automatización,

Para los interesados la inducción de la automatización tiene ciertas consecuencias psicológicas, las cuales pueden a veces provocar reacciones que afecten la salud mental. Convendrá distinguir entre la reacción emotiva producida por la introducción de un método tecnológico esencialmente nuevo y sobre todo por la anticipación de las consecuencias que pueda tener la novedad y la reacción personal de quien está expuesto, por efecto de un cambio en sus condiciones de vida y de trabajo, a tensiones fisiológicas y psicológicas. Estas reacciones se relacionan con la producción de un cambio, porque un cambio requiere cierta adaptación de la que no todos los individuos son capaces por igual (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud, 1959, p.9).

En este recorrido histórico, el año de 1960 fue un hito en los procesos de auge y popularización del concepto de salud mental, en tanto la OMS acogió la solicitud realizada por la Federación Mundial de Salud Mental en el año de 1958 para dedicar la anualidad a este tópico en particular (WHO Executive Board, 1960, p.2). En consecuencia, la OMS solicitó a la Asamblea Mundial de la Salud (1960) que examine “(a) la conveniencia de ampliar los programas actuales de salud mental; (b) la importancia que tienen la formación de personal especializado en salud mental, la organización de programas de demostración, etc., en las diferentes regiones en donde ello sea necesario” (OMS Consejo Ejecutivo, 1960, p.1).

El 15 de mayo del año conmemorativo de la salud mental, la Oficina Regional del Mediterráneo Oriental de la OMS emitió lo que podría considerarse la única reflexión histórica conceptual sobre la salud mental de la cual se tenga registro haya participado oficialmente la organización,

Quizás todavía no se haya dado cuenta del todo de que para definir el alcance de la salud mental y dilucidar la naturaleza de los conceptos que subyacen a su estructura, estado y tendencias, es extremadamente necesario evocar las nociones de tiempo y espacio como calificaciones, porque son mentales. Evidentemente, los fenómenos de la salud habían ido cambiando de forma en el pasado, todavía están cambiando y tal vez continúen cambiando en el futuro. La salud mental no es enteramente un concepto médico; no es una doctrina social; no es una idea religiosa; no es una estructura económica; ni siquiera es obra del destino o el destino mismo, sino que es un complejo armoniosamente integrado de todos ellos en proporciones variables, sujeto a la influencia del tiempo y el espacio (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1960, p.1).

La Oficina Regional del Mediterráneo Oriental de la OMS habló en 1960 desde una perspectiva visionaria, y desde un contexto geográfico y sociocultural diferente a la ya perfilada preponderancia que se adjudicaron las regiones de Norteamérica y de Europa al interior de la Organización. En este sentido, se reconoció la importancia de los debates de las ciencias sociales para comprender la salud mental,

La historia puede dotarnos de nuevos conceptos con la ayuda de los cuales podemos dilucidar fenómenos que de otro modo podrían parecer caóticos; también lo harán la filosofía, la literatura y otras ciencias sociales sin excepción. Al respecto es interesante mencionar

que Al-Tabari, un escritor medieval, que vivió a orillas del Caspio en el siglo XI, describió en su libro “El Tratamiento hipocrático”, dos tipos de médicos en ejercicio: El médico que es filósofo y el médico que no es filósofo. Continuó diciendo que el médico que no es filósofo sólo está capacitado por la naturaleza de su intelecto para tratar las enfermedades como meros síntomas, pero el médico que es filósofo es capaz de tratar con cósmica (más amplia) la enfermedad y las enfermedades relacionando al paciente con su cosmos (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1960, p.1).

Así mismo, la Oficina Regional del Mediterráneo Oriental (1960) rastreó con exactitud la primera aparición de la palabra en la cultura islámica, “el primer momento que el término salud mental fue mencionado como una entidad en sí misma en contraste con la enfermedad mental, fue entre finales del siglo XV d.C. y principios del siglo XVI, por un místico persa, Gelal El Din Mohammed Asaad (fallecido en 1502)” (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1960, p.2). Seguidamente, el manuscrito dejó entrever los profundos cambios de la condición de humanidad contemporánea que permitieron el uso privilegiado del lenguaje y las prácticas de la salud mental en la vida cotidiana,

En muchas partes del mundo actual, el advenimiento de nuevos patrones económicos y sociales y su efecto de gran alcance en los patrones generales de vida, junto con la destrucción de los sistemas tradicionales, han sido fundamental para cambiar el estado de cosas hacia la salud mental y su sesgo en la dirección de las influencias sociales y económicas que se están convirtiendo en los factores más potentes (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1960, p.5).

Esta anotación de la Oficina Regional de la OMS (1960) se encontró en sintonía con lo que autores de diversos periodos históricos han caracterizado como la transformación de la subjetividad contemporánea: el advenimiento de *vidas instrumentales*, de *morales transvaloradas* (Nietzsche, 1887), la *problematización de los metarrelatos* (Lyotard, 1986), los *imperativos de adaptación* (Stiegler, 2018), los procesos de *aceleración social* (Rosa, 2016), la *moral de la autonomía* (Ehrenberg, 2010), el *imperativo de la felicidad* (Ehrenreich, 2009; Illouz & Cabanas, 2019), el *principio de autorrealización*, la *individualización institucionalizada* (Beck

& Beck, 2001), el *individualismo* (Bauman, 2015), la necesidad de *reconocimiento* y autoestima (Honneth, 2010) y la demanda de *autenticidad* (Taylor, 1991).

La Oficina del Mediterráneo Oriental (1960) dejó en evidencia una pugna histórica por el triunfo del relato en la atención mental, “cualquier sistema ideológico que explique y racionalice convincentemente la causalidad de la enfermedad puede utilizarse como instrumento terapéutico” (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1960, p.4). Postura de extraordinaria lucidez que se alineó con autores muy posteriores que son críticos del concepto de salud mental, los cuales, lo inscriben en un *biopoder*, en una *biopolítica* contemporánea (Foucault, 1979), que sería más preciso denominar *psicopolítica* (Han, 2014) o *neuropolítica* (Rose, 2012). La salud mental se “trata de detectar todo un conjunto de factores susceptibles de influir en el desarrollo de los individuos, pero no se trata de modificar esos factores, sino de ayudar, de preparar al individuo para enfrentarlos y/o, dado el caso, de actuar lo más pronto posible sobre sus repercusiones negativas” (Dorón, 2015).

En 1960, el año mundial de la salud mental, el Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, se reunió por primera vez entre el 13 y 17 de Junio, para dar a conocer las competencias y las habilidades mínimas que debía condensar la enseñanza de la psiquiatría y la higiene mental en los estudiantes de medicina,

El estudiante debe adquirir acerca de ella ciertos conocimientos en tanto que técnicas aplicables a la solución de problemas estrictamente psiquiátricos...Como médico general tendrá que hacerse cargo del 95 % de los casos psiquiátricos propiamente dichos, lo que presupone naturalmente que ha de estar bastante bien impuesto en los métodos y técnicas específicos de la psiquiatría...(Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud, 1960, p.7).

No cabe duda con esto, que rápidamente la OMS buscó imbricarse en la historia disciplinar, lo cual le garantizaría los medios de acción suficientes para que la semántica de la salud mental envolviese el mundo de la vida, al tiempo que le permitiera desarrollar un campo de experiencias inagotable sobre las representaciones del sufrimiento psíquico en los individuos. La organización fue

contundente al proponer en los planes de estudio de los pregrados en medicina, la “psicología (40 horas)”, la “sociología (20 horas)”, y los “requisitos mínimos para la enseñanza teórica de la psiquiatría y la higiene mental (60 horas). Requisitos mínimos para la instrucción clínica: un mes a tiempo completo, incluyendo el examen de pacientes hospitalizados y externos” (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud, 1960, p.25).

En esta imbricación con el ámbito disciplinar la OMS conectó la enseñanza de la salud mental con lo cerebral, lo neurobiológico y las redes neuronales, a través de la hipótesis positivista que trataba de encontrar asiento al sufrimiento psíquico en el sistema nervioso central. Esto es paradigmático en tanto inaugura una era cerebralista que se extiende hasta el tiempo presente. La enseñanza de la neurología debía abarcar los siguientes contenidos,

- 1) Evolución y estructura del sistema nervioso en relación con la conducta.
- 2) Importancia de las conexiones córticocorticales, córticosubcorticales y corticohipotalámicas.
- 3) Relación de las estructuras corticales y subcorticales con los estados de conciencia.
- 4) Relación de las estructuras del cerebro y del tronco cerebral con las emociones (por ejemplo, el sistema límbico, el rinencéfalo y las estructuras conexas).
- 5) Estudio de la actividad eléctrica de la corteza cerebral mediante el electroencefalograma.
- 6) Intervención del sistema nervioso autónomo en la función de diversos órganos y en las alteraciones de las funciones corporales consecutivas a la ruptura del equilibrio del sistema nervioso.
- 7) Influencia de las hormonas y los medicamentos en las funciones del sistema nervioso central y en la conducta (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud, 1960, p.11).

El Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS se reunió por segunda vez en 1960, entre el 3 y 8 de Octubre, e instó al desarrollo de políticas públicas en el campo de la salud mental para los países miembros. El comité colocó a disposición de los gobiernos nacionales modelos para la organización de servicios psiquiátricos y mentales, programas de formación de personal, y el direccionamiento estratégico para integrar servicios, trabajar en equipo y movilizar investigación local (WHO Expert Committee on Mental Health & World Health Organization, 1960).

En el año de 1962 se publicó *WHO and mental health, 1949-1961*, una colección histórica sobre la inserción del concepto de salud mental en la vida institucional de la organización. El manuscrito resultó ser una recopilación confiable de los antecedentes del fenómeno de la salud mental. Según la OMS, la salud mental había sido precedida en el siglo XVIII por las ideas de reformadores psiquiátricos como “Chiarugi, Pinel, Tuke, Dix y Korsakoff”, estos igualaron en importancia la salud mental y la salud física. Las discusiones sobre los problemas mentales prosiguieron en el siglo XIX en las Conferencias Sanitarias Internacionales, hasta la fundación de la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP) en 1907. A esto se sucedió el Movimiento de Higiene Mental en Estados Unidos de América, en 1908, creado por Adolf Meyer y Clifford Beers, “una red nacional que tuvo como objetivo mejorar el tratamiento de los enfermos mentales y eliminar el estigma asociado a la enfermedad mental” (World Health Organization, 1962, p.3), así mismo,

La alta incidencia de bajas psiquiátricas en la Primera Guerra Mundial dio impulso a buscar métodos de prevención, y dos congresos internacionales sobre el tema fueron celebrados entre las guerras, el primero en Washington en 1930, el segundo en París en 1937. Sin embargo, ni la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP) ni el Departamento de Salud de la Liga de Naciones parece haber tomado mucho interés en la salud mental. Para todo el período 1920-1945 la bibliografía de la obra técnica de la Liga de Naciones contiene solo cuatro elementos enumerados en higiene mental, y estos se ocupan sólo de ciertos aspectos de la deficiencia mental... La Liga mostró cierta preocupación por los posibles efectos nocivos en la salud mental de la depresión económica de la década de 1930, pero por sus irregularidades no se siguieron las investigaciones. La Segunda Guerra Mundial, como la Primera, estimuló el pensamiento psiquiátrico. Los efectos de estrés ambiental y la psiquiatría social en general despertaron mucho interés, y un nuevo tipo de psiquiatría surgió, comprometida en gran parte con el trabajo preventivo fuera del ambiente hospitalario y con oportunidades para la investigación operativa... (World Health Organization, 1962, p.3).

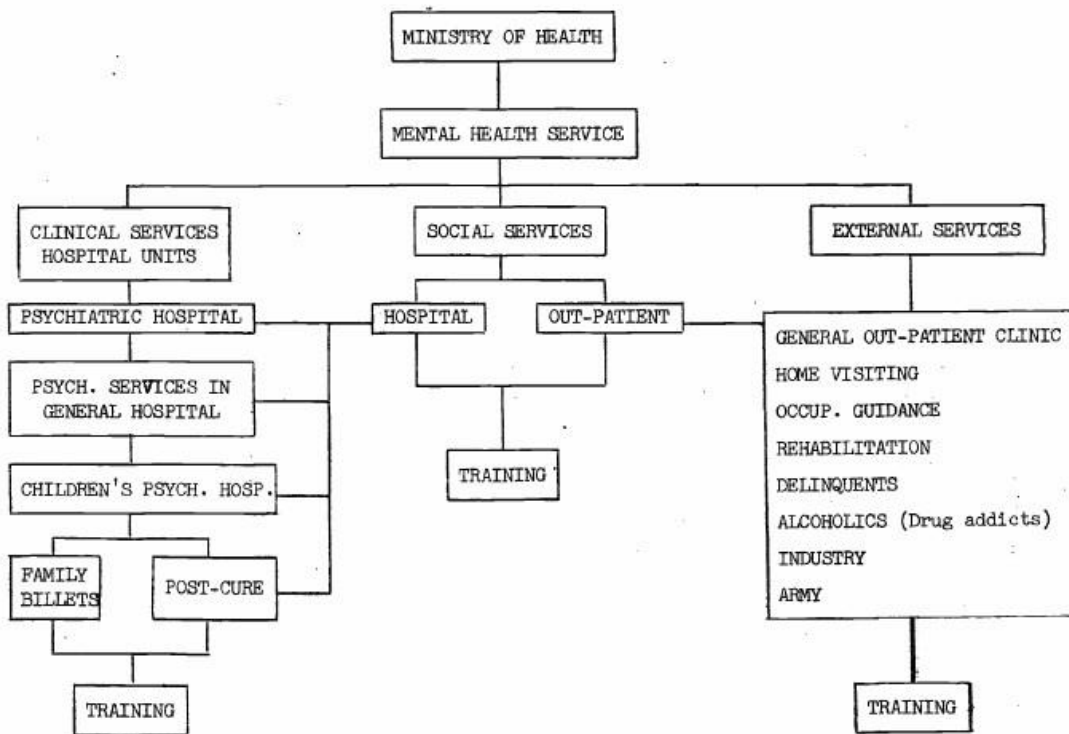
El documento *WHO and mental health, 1949-1961*, por la OMS (1962) condensó el material académico producido por la institución durante esta década, información referente al desarrollo de los servicios psiquiátricos, los servicios de salud pública, problemas de la prevención y el tratamiento, la educación, la formación e investigación y estudios particulares sobre salud mental.

Simultáneamente, en el año de 1962, se desarrolló la XV Asamblea Mundial de la Salud, espacio internacional que abordó el análisis técnico de *los programas de salud mental en la planificación de la salud pública* (World Health Assembly & Querido, 1962). Se postuló una serie de pasos consecutivos que debían ser aplicados por los estados miembros. El primer paso era realizar encuestas para “demostrar el coste directo e indirecto que supone para el país la mala salud mental. Estos hechos podrían ser muy impresionantes para los expertos financieros de los gobiernos y abrirían la perspectiva de ahorrar dinero mediante mejores servicios” (World Health Assembly, 1962, p.18). El segundo paso era establecer un núcleo de actividades de salud mental: “si tiene éxito, se propagará y extenderá sus actividades a la comunidad. Debería estar situado en un hospital universitario” (World Health Assembly, 1962, p.18). El tercer paso era la formación del personal inicial: “estas observaciones no sólo se refieren a la formación de los psiquiatras, sino también a la de las profesiones afines: enfermeros, terapeutas ocupacionales y recreativos, psicoterapeutas no médicos y trabajadores sociales” (World Health Assembly, 1962, p.19). El cuarto paso era la diseminación y ampliación del núcleo inicial: “debe mantenerse la descentralización de la iniciativa y el derecho a decidir qué necesidades locales son más importantes” (World Health Assembly, 1962, p.20). Y un quinto paso consistente en la evaluación: “la investigación sobre epidemiología se consideró primordial, pero se hizo énfasis en los estudios de psicopatología comparada que muestran las diferencias geográficas y culturales que podrían aportar mayor comprensión al conjunto de la psiquiatría” (World Health Assembly, 1962, p.20).

Los ingentes esfuerzos realizados por la OMS para estandarizar la estructura de la atención en materia de salud mental y por abolir cualquier funcionalidad sanitaria ecléctica en los países miembros, podría examinarse en dos direcciones: la emergencia de un nuevo espacio burocratizado del cual no podrían desmarcarse los profesionales, los políticos, los medios de comunicación y la ciudadanía. Pero también, la consolidación de un espacio de hegemonía global que insertaba su *microfísica de poder* (Foucault, 1978) a través de sujetos interdependientes a lo

macro, con satélites regionales que responderían cuentas a la OMS, e intensificarían la defensa de los intereses de la organización en los pequeños contextos sociales. La lógica de la unificación fue la narrativa privilegiada por la OMS, tanto así que dejó apantillado el Ministerio de Salud ideal que correspondía a los servicios de salud mental que la organización estaba promoviendo (Figura 1).

**Figura 1. Ministerio de Salud y Servicios de Salud Mental de la OMS.
(World Health Assembly, 1962).**



La OMS durante la XV Asamblea Mundial de la Salud (1962) proporcionó una nueva definición de Salud Mental, ajustada a elementos de las búsquedas personales, e imperativos diferenciadores del capitalismo de consumo, como lo son, la *eficacia* (Bauman, 2015; Laval & Dardot, 2013) y la *felicidad* (Ehrenreich, 2009; Illouz & Cabanas, 2019),

La salud mental es un ingrediente integral de la interpretación de nuestra Organización de la salud total como un estado de completo bienestar físico, mental y social; y podemos describir nuestro concepto de esta como uno que abarca la adaptación armoniosa del ser humano a

sus semejantes y al mundo en rápida evolución que le rodea, junto con una consideración de las teorías y técnicas relacionadas con el desarrollo de su personalidad total con la máxima eficacia y felicidad (World Health Assembly & Manuwa, 1962, p.9).

Entre el 31 y el 7 de noviembre del año 1962 tuvo lugar la onceava reunión del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, espacio institucional que intensificó la incursión de la organización en la historia disciplinar que ya había sido iniciada en la novena reunión de este mismo Comité. Esto al definir las funciones del médico de sanidad y del médico general en las actividades de salud mental, así como, brindar formación complementaria y posgradual obligatoria en el área de la psiquiatría a los médicos en ejercicio, y el acceso oportuno a información actualizada (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud, 1962). Con esta misma orientación el Comité de Expertos celebró el duodécimo encuentro en el año 1963, allí se parametrizó la formación del médico especialista en psiquiatra (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud, 1963). Igualmente se desplegó investigaciones interdisciplinarias para establecer el papel de la enfermería en la práctica de la salud mental (John et al., 1965).

Para los fines de conservar al médico general y al médico psiquiatra conectado con los progresos tecnológicos más recientes en el área de la salud mental a lo largo de su carrera profesional, la estrategia de la OMS se apuntaló en los métodos epidemiológicos como la opción investigativa de fácil difusión por redes gubernamentales y/o universitarias, que, al mismo tiempo, gozaba de buena reputación y reconocimiento entre los círculos académicos de avanzada para la época. La epidemiología fue el marco disciplinar que acotó la salud mental a los criterios de cientificidad, nutrió al mismo tiempo a la psiquiatría y a la psicología clínica, por medio de estadísticas demográficas, de la medición de los niveles de morbilidad mental, de las encuestas sobre prevalencia de trastornos mentales, de la medida de la predisposición personal, y de la caracterización de los factores genéticos y del medio (Reid & Organización Mundial de la Salud, 1964).

La treceava reunión del Comité de Expertos en Salud Mental celebrada en el año de 1964 se ocupó directamente de una innovación semántica, lo “psicosomático”, la cual, estaba llamando la atención entre los expertos por las complejas condiciones de la realidad que intentaba describir,

Es interesante observar que los términos que pueden utilizarse para designar ese tipo de trastornos empezaron a emplearse después de una áspera polémica entre quienes insistían en la importancia de los factores psicológicos (como Heinroth, que introdujo en 1918 el término «psicosomático») y los partidarios de la patología somática (como Jacobi, que acuñó en 1828 el término «somatopsíquico»). Ambos términos corresponden a puntos de vista diametralmente opuestos sobre la etiología de esas enfermedades...Las expresiones «medicina psicosomática» y «trastornos psicosomáticos» se han incorporado al uso general desde que el adjetivo «psicosomático» fue introducido de nuevo hace algunos decenios por Felix Deutsch, von Weizsäcker, Dunbar, Alexander, Stanley Cobb y otros investigadores. Esos autores intentaban demostrar que la separación conceptual del cuerpo y el espíritu en medicina no sólo carece de base real, sino que en algunos casos puede restar eficacia a la acción terapéutica (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud, 1964, p.5).

En esta medida, la OMS consideró que la etiología de los trastornos psicosomáticos era el estrés ocasionado por la acción de un elemento que siendo externo al individuo puede producir en el organismo un cambio reactivo denominado tensión. La herencia, la percepción individual y la susceptibilidad del ser humano a estos estresores se encuentra implicados en la capacidad real que poseen para ocasionar daño a los órganos, ya sea de forma específica o inespecífica. Según la OMS un grupo de investigaciones -no concluyentes pero relevantes clínicamente- caracterizó las siguientes patologías como de etiología psicosomática, “la hipertensión esencial, la úlcera péptica, el asma bronquial, la colitis ulcerosa, la tirotoxicosis, la neurodermatitis, la cardiopatía coronaria, la migraña, la diabetes mellitus y la artritis reumatoide” (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud, 1964, p.10).

La exposición académica que realizó el Comité de Expertos de la OMS en el año de 1964 sobre lo “psicosomático” permitía comprender porque el concepto de salud

mental entró a competir y desplazar por lo menos parcialmente, a los arraigados conceptos de enfermedad mental y de trastorno mental. La explicación es más simple de lo que parece; la enfermedad y el trastorno mental son conceptualizaciones bien delimitadas y rígidas, están circunscritas a procesos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos de la mente, al ámbito de lo psíquico. Mientras tanto la salud mental es una conceptualización unificadora y flexible que sitúa en un mismo plano epistemológico a las enfermedades de la mente y a las enfermedades del cuerpo físicamente entendido, e intercambia indistintamente sus efectos sobre las prácticas clínicas. La eficiencia de la salud mental para captar experiencias de la vida cotidiana y la capacidad para explicar la realidad a complejos niveles de conexión entre el cuerpo y la mente, sumado a la carga cultural negativa que tradicionalmente caracterizó a la enfermedad y el trastorno mental; fueron motivos suficientes para que la balanza en algún momento se haya inclinado a favor de la nueva conceptualización.

Un ejemplo concreto sobre las nuevas formas de relacionamiento ocasionadas por el concepto de salud mental en el proceso de salud-enfermedad, se expuso en el año de 1967 durante la decimocuarta reunión del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, la cual versó sobre servicios de prevención y tratamiento para la dependencia causada por el alcohol y otras drogas. Una queja de salud física como lo es el consumo de sustancias tóxicas con fines recreativos se convirtió en un problema de salud mental, por los efectos químicos de los principios activos de estas sustancias sobre el sistema nervioso central, la adicción llegaba a ocasionar afectaciones al bienestar psíquico individual y al adecuado funcionamiento de la estructura social. El Comité de Expertos deliberó sobre el alcoholismo y el abuso de drogas,

- 1) En ambos casos, la etiología, el tratamiento y la orientación general de los programas educativos son muy semejantes, pese a las divergencias legislativas.
- 2) Las drogas se consumen muchas veces asociadas unas con otras, por ejemplo, barbitúricos con heroína o alcohol. También es frecuente el paso de una droga a otra.
- 3) Muchos de los estudios que se han hecho sobre el alcoholismo podrían aplicarse al abuso de las drogas, problema que se conoce mucho peor.
- 4) Mientras que las autoridades y el público tienden hoy a considerar

al alcohólico como un enfermo y no como un culpable, la actitud general hacia el toxicómano apenas se ha modificado (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud, 1967, p.8).

El subsiguiente Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS que tuvo lugar en el año de 1968 también se ocupó de las conexiones entre lo físico y mental cuando abordó el retraso mental, en este caso, desde el enfoque de la etiología multifactorial. La causa “multifactorial” de la enfermedad hace parte del lenguaje de la salud mental, así como lo “psicosomático”, condicionan las prácticas y los enfoques para la atención sanitaria. Aunque el retraso mental no había sido considerado hasta este año como una enfermedad o un trastorno mental por clasificaciones psiquiátrica como el DSM-I (1952) de la *Asociación Americana de Psiquiatría*, venía siendo de gran interés en los debates técnicos al interior de la OMS como problema de salud mental. Estuvo presente como diagnóstico en las clasificaciones internacionales de enfermedades a cargo de la organización, el CIE-7 (1955) lo clasificó en términos de discapacidad mental y el CIE-8 (1965) lo hizo propiamente, en términos de retraso mental.

Los retrasados mentales fueron importantes para los debates al interior de la OMS en la medida que hacían parte del pequeño grupo de pacientes que considerados como incurables -junto con los seniles orgánicos- debían “permanecer la noche en casa o en pensiones especiales, mientras que pasaban sus días en talleres protegidos o en el hospital” (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1969, p.4). Estos pacientes fueron la última gran carga para las camas del espacio asilar en tanto seguían necesitando la internación regular, por lo tanto, escapaban al accionar de modelo de atención mental basado en lo comunitario y en lo colectivo que se había desarrollado gracias a los avances psicofarmacológicos. De hecho, con estas novedosas formas de intervención se había logrado que “las enfermedades se redujeran al mínimo: a menos del 5% de los enfermos mentales hospitalizados” (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1969, p.4).

Según el Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS las causas multifactoriales del retraso mental eran,

- I. Factores que actúan antes de la concepción (un gen, varios genes y cromosómicos).
- II. Factores prenatales (infecciones: virosis, parasitosis, factores químicos, factores nutricionales, factores físicos, factores inmunológicos, trastornos endocrinológicos de la madre, alteraciones de la placenta, hipoxia intrauterina).
- III. Factores perinatales (asfixia, lesión en el parto y prematuridad).
- IV. Factores postnatales (infecciones, traumatismos Privaciones de distintos tipos).
- V. Causas desconocidas (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud, 1968, p.14).

La etiología “multifactorial” de los problemas de salud mental no era un asunto meramente semántico, debido a que esta explicación causal perfeccionó el punto de conexión argumentativo sobre la existencia de la enfermedad o del trastorno mental. En adelante, cuando la epidemiología clínica como umbral de cientificidad resultase insuficiente para el discurso académico (Grupo Científico sobre Bioquímica de los Trastornos Mentales de la OMS, 1969) y “la psicofarmacología que se convirtió en el corpus de evidencia empírica para realizar el sueño decimonónico de identificar las bases fisiopatológicas y bioquímicas para clasificar, delimitar y explicar, etiológicamente, las enfermedades mentales” (Ortiz, 2022) resultara deficitaria, se podría recurrir a una explicación multifactorial o multicausal para sustentar las intervenciones en grupos de individuos. La salud mental se apuntaló en la especificidad -el marcador biológico- de las causas de la enfermedad mental cuando le convenía y en la inespecificidad en otras tantas ocasiones cuando también le convenía -lo multifactorial o multicausal-. En otras palabras, la salud mental como concepto era un marco ideológico que gozaba de herramientas sofisticadas, bien abroquelado ante la crítica, a la vez, que bien dotado para imbuir casi cualquier acontecimiento del universo de lo psíquico.

En el año de 1969 la OMS fijó su interés en la salud mental de los jóvenes. Un sector poblacional que padecía estresores psíquicos por encontrarse en una etapa de la vida de consolidación de la identidad personal, de formación de círculos de amistad, de toma de decisiones sobre la vida sentimental, y en ejecución de procesos de

formación académica e integración al mundo laboral. Los jóvenes se encontraban en una incipiente productividad económica y por ende en desventaja para participar de los esquemas de protección social. La conferencia técnica de la OMS sobre la temática particular, celebrada entre el 9 y 13 de junio de 1969 reconoció el problema en los siguientes términos,

En el transcurso de estos últimos años, han venido a ser de uso corriente expresiones como «la rebelión de la juventud», «el poder estudiantil» y «el abismo entre las generaciones». Ya no es posible desechar como simples aberraciones de una minoría excéntrica fenómenos como el fumar grifa, el culto hippie y la protesta estudiantil. Sin duda alguna, son estos síntomas de un profundo y general malestar. Los mismos jóvenes tienden a culpar de ello a una sociedad que es hostil a los ideales y aspiraciones de la juventud. Pretenden no ser ellos los inadaptados, sino el mundo en que viven. Si bien pudiera ser ésta una explicación en exceso simplista, lo que sin duda es cierto es que sus problemas surgen ante la dificultad de satisfacer las exigencias de una sociedad sumamente organizada tecnológicamente. Para llegar a adquirir el sentido de la personalidad, el adolescente ha de aprender a establecer relaciones dentro de la familia, de los grupos culturales, profesionales y sociales, y el no hacerlo así puede desembocar en dificultades del comportamiento e incluso en la franca enfermedad mental (May et al., 1969, p.7).

La conferencia de la OMS abordó desde una perspectiva biomédica para el diagnóstico y la terapéutica (WHO Regional Committee for Europe, 1969) lo que consideró los principales problemas de salud mental en los jóvenes: la delincuencia juvenil, la farmacodependencia y las dificultades de aprendizaje. Dividió a los jóvenes en dos grupos, los “normales” y los “antisociales”. La organización fijó su observación en el desacople entre el joven y la estructura social, en la inadaptación. El tratamiento para la delincuencia juvenil debía ser preferentemente la pedagogía y en segunda instancia las acciones penales (May et al., 1969, p.27). “El tratamiento contra el abuso de las drogas, en su primera fase, es ante todo un problema médico, y los métodos que se aplican varían según la droga de que se trate” (May et al., 1969, p.44). En los tratamientos para los problemas de aprendizaje se postularon el farmacológico y la psicoterapia (May et al., 1969, p.53).

Este enfoque de la OMS (1969) no consideró las causas sociales y culturales de los tres problemas de salud mental enunciados en los jóvenes, sino más bien, “configura la noción médico-jurídica de infancia y adolescencia peligrosas, desde la cual ciertos comportamientos son considerados síntomas: rebeldía, indisciplina, irrespeto, hostilidad, inconformismo, desobediencia, violencias escolares, transgresiones morales. Los límites entre comportamiento normal y agresividad patológica y punible se vuelven difusos” (Ortiz, 2022). Así mismo, dispuso de medios necesarios para el control social de estas conductas a través de los mecanismos de seguridad ciudadana, como la intervención policial.

En el año de 1970 el Comité Regional para Europa de la OMS, reunido entre el 22 y el 26 de septiembre, prosiguió el análisis de los problemas de salud mental en los jóvenes con dos discusiones *statistical information of the mental health of young people* y, *proposals for further action by the Regional Office in the field of mental health of adolescents and young persons*. Algunos de los hallazgos de este espacio institucional fueron que, los países europeos carecían de información adecuada sobre la incidencia de las enfermedades mentales en los jóvenes, había un aumento de la proporción de jóvenes que vivían en las zonas urbanas; los problemas más comunes en este grupo poblacional eran - farmacodependencia, delincuencia, dificultades de aprendizaje, neurosis, trastornos de personalidad-. En algunas ciudades hasta el 25% de los jóvenes entre los 15 y los 24 años había probado drogas psicotrópicas, principalmente cannabis y estimulantes del sistema nervioso central. Fueron trazados los propósitos del programa europeo de salud mental para la población juvenil en el mediano plazo,

El programa se basa en la necesidad de un intercambio mucho más amplio de información y experiencia, concentrados en esta fase inicial sobre determinadas manifestaciones de la conducta juvenil que, en sus repercusiones médicas y sociales preocupan a los estados miembros...Los adolescentes y los jóvenes han sido comparativamente desatendidos...Se integrará con lo propuesto para el alcoholismo y la farmacodependencia... Un sello modesto en el contexto del programa general a largo plazo en este campo proporcionará un conjunto complementario de actividades...(WHO Regional Committee for Europe, 1970).

El Comité Regional para Europa de la OMS en noviembre de este mismo año (1970) inició el proceso de ejecución del programa de salud mental para la población general a largo plazo en los países miembros. La fase I duraría un sexenio, representado en los años de 1970 a 1975, el marco técnico del programa fue fundamentado en las implicaciones de los trastornos mentales sobre la salud pública, la epidemiología para la toma de decisiones y la base multifactorial de las enfermedades. Se crearon grupos de trabajo por países y por temáticas, esto garantizó la coordinación colectiva de las propuestas, y la implicación directa de los ministerios de salud en las gestiones administrativas,

Grupo de trabajo sobre servicios psiquiátricos integrales y la comunidad en Opatija, Yugoslavia...Simposio sobre tendencias en la atención psiquiátrica - hospitales de día y unidades en hospitales generales- en Salzburgo, Austria...Grupo de trabajo sobre la metodología de la recogida de datos de consultas externas psiquiátricas en Lindau, República Federal de Alemania...Grupo de trabajo sobre la clasificación y evaluación de las actividades de los servicios de salud mental en Diisseldorf, República Federal de Alemania...Taller sobre estadísticas de salud mental en Londres...Grupo de trabajo sobre medidas de prevención y control del abuso de drogas y la drogodependencia en la Haya, Países Bajos... (WHO Regional Committee for Europe, 1970, p.3-5).

En el año de 1971 se publicó un informe de situación arrojado por los debates al interior de los grupos de trabajo. La OMS se notó preocupada porque los países de Europa tenían lagunas estadísticas y por derivación la planificación no se soportaba en información epidemiológica, del mismo modo, que la recogida de datos no consideró los cambios hacia la comunidad que había sufrido el modelo de atención psiquiátrico, ni las tendencias modernas en los servicios de psicología. El informe reconoció el creciente número de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (WHO Executive Board, 1974) (Conseil exécutif, 1974) que se habían adherido al campo de la salud mental, y que, por consiguiente, debían ser incluidas en las discusiones de los grupos de trabajo,

Consejo Internacional de Enfermeras... Federación Mundial de Salud Mental...Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales... Asociación Mundial de Psiquiatría...División de Asuntos Sociales de las Naciones Unidas...Comité Internacional de Enfermeras Católicas... Consejo Internacional de Bienestar Social...Liga Internacional de Sociedades de

Minusválidos Mentales...Consejo Internacional sobre el Alcohol y las Adicciones...Unión Internacional para el Bienestar de la Infancia...Instituto de Investigaciones de Defensa Social de las Naciones Unidas... Liga de Sociedades de la Cruz Roja...Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura...(WHO Regional Committee for Europe, 1971, p.3)

En el año de 1973 el Comité Regional para Europa de la OMS realizó la propuesta de continuación del programa de larga duración en el ámbito de la salud mental para la población europea, para el periodo comprendido entre los años de 1976 a 1980. La primera fase del programa a largo plazo fue vista por la organización “como una gran operación de inteligencia” para identificar los vacíos de la data y para construir información epidemiológica. En esta segunda fase se buscó en cambio, la intervención de las practicas asistenciales. Era preocupante para la OMS la persistencia del hospital mental tradicional en Europa; el enfoque debía cambiar hacia la salud pública, promover siempre que fuese posible la atención ambulatoria y comunitaria de los pacientes, y hacer uso clínico de los “potentes fármacos psicotrópicos que han hecho posible el tratamiento eficaz de las enfermedades mentales fuera del hospital” (WHO Comité régional de l'Europe, 1973). En concordancia, este espacio institucional propició la introducción de un novedoso enfoque asistencial, los equipos de trabajo “multidisciplinares” -enfoque que prevalece hasta la actualidad- y que descolocó a la psiquiatría del abordaje exclusivo de los problemas de salud mental,

Se reconoce que los pacientes deben tener acceso a una variedad de opciones de tratamiento y rehabilitación según su enfermedad y el grado de apoyo y seguimiento que requieran. De ahí la necesidad de colaboración entre los servicios de salud mental y otras organizaciones sanitarias y sociales de la comunidad, así como la aparición de equipos multidisciplinarios (WHO Comité régional de l'Europe, 1973, p.1).

Para el año de 1974 dos de las oficinas regionales de la OMS celebraron sus respectivos seminarios académicos interregionales, la del Pacífico Occidental abordó la enseñanza de la psiquiatría en las escuelas médicas (WHO Regional Office for the Western Pacific, 1974) y la del Mediterráneo Oriental se refirió a la

organización de los servicios de salud mental comunitaria (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1974). Este último seminario sirvió de base para la elaboración de un diagnóstico de situación entre los países de la región, consideró la agudizada importancia de los problemas de salud mental, la escasez de personal y resaltó la desproporción entre los recursos disponibles y las necesidades crecientes,

En conclusión, cabe señalar que es fundamental definir claramente objetivos prácticos y prioridades realistas para asegurar el desarrollo servicios psiquiátricos armoniosos. En principio, el objetivo debería ser: a) reducir la incidencia de enfermedades mentales, (b) mejorar la organización y administración, (c) fortalecer los servicios y (d) integrarlos más efectivamente en el sistema general de salud. Dado que la escasez de personal de salud mental calificado es el obstáculo más serio para la mejora de los servicios psiquiátricos en casi todos los países de la Región del Mediterráneo Oriental, la primera prioridad debe ser al desarrollo del personal de salud. La segunda prioridad debe coordinarse con el establecimiento de una organización central eficiente, capaz de recopilar datos, evaluar necesidades, elaborar un programa integral a nivel nacional, aunar recursos, para incorporar la atención psiquiátrica en el sistema general de salud y en otros servicios relacionados - órganos sociales, educativos, ejecutivos y comunitarios- (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1975, p. 23).

En este mismo sentido de dar abordaje a la organización de los servicios de salud mental en los países en desarrollo, se reunió durante la anualidad (1974) el Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS. La OMS afirmó que “en los países en desarrollo hay actualmente más de 40 millones de hombres, mujeres y niños que padecen graves trastornos mentales no tratados” (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS y Organización Mundial de la Salud, 1974, p.7). El Comité de Expertos consideró preocupante la tendencia hacia la interpretación sobrenatural de la enfermedad mental en estos territorios y el tratamiento tradicional de las afecciones. Era gravosa la existencia de sistemas de salud desacoplados de los servicios psiquiátricos por la presión ocasionada por las enfermedades infecciosas y la malnutrición. El Comité de Expertos lamentó que “el único medio con que cuentan los países en desarrollo para abordar los problemas de la salud mental es el hospital psiquiátrico” (Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS y

Organización Mundial de la Salud, 1974, p.14). El modelo de atención en los países en desarrollo seguía siendo el aprisionamiento del enfermo y el aislamiento de la vida comunitaria. No se había integrado la conceptualización de la salud mental, su lenguaje y sus apropiaciones culturales probadas en los modelos comunitario, colectivo y de psiquiatría social. El Comité de Expertos emitió una serie de recomendaciones para estos países, algunas de las cuales se presentan a continuación,

El Comité insta a los gobiernos a reconocer que los trastornos mentales constituyen un problema de alta prioridad para el individuo, la colectividad y el desarrollo nacional...El Comité recomienda que cada país establezca un plan nacional de salud mental donde se especifiquen y coordinen las aportaciones de los servicios de salud, enseñanza y asistencia social...El Comité recomienda, que se tomen medidas para reducir el costo de los medicamentos, facilitar su obtención y lograr que se utilicen correctamente...El Comité recomienda que los países revisen sus disposiciones legales sobre salud mental y las modernicen si es necesario...El Comité recomienda que se establezcan estadísticas de base sobre la mortalidad y la morbilidad por trastornos mentales, la distribución del personal y su disponibilidad...(Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS y Organización Mundial de la Salud, 1974)

En el año de 1975 se celebró la 28a Asamblea Mundial de la Salud. Este espacio institucional de la OMS emitió una resolución en sesión plenaria sobre la promoción de la salud mental. El objetivo era encarecer a los estados miembros para que “sus servicios sanitarios generales y en sus programas de salud pública incluyeran como parte integrante los servicios de salud mental y les den impulso, y que reconozcan su importancia para la planificación social y económica” (Asamblea Mundial de la Salud, 1975, p.4), así mismo como solicitarle al Director General de la OMS,

i) que preste asistencia a los países para organizar el sector de salud mental de sus programas sanitarios...ii) que estimule y coordine investigaciones de importancia para la salud pública en el sector de la salud mental y que preste asistencia a los países para que éstos desarrollen sus propias posibilidades de investigación... y iii) que establezca mejores métodos de comunicación acerca de los problemas de salud mental ideando sistemas de información y unificando la clasificación y la terminología en el dominio de la salud mental... (Asamblea Mundial de la Salud, 1975, p.4).

La OMS reafirmo en la 28a Asamblea Mundial de la Salud que este campo, correlato y dominio para ser gobernado que era la salud mental, requería de la configuración de un cuerpo ideológico que fungiera de referencial internacional sobre la “verdad” o las “verdades” para el desarrollo de políticas públicas nacionales, el cual pretendió liderar. La OMS como referente hegemónico en el campo de la salud mental empezó a ocuparse por asuntos *pragmáticos* como la organización de los servicios sanitarios, los procesos de investigación local y los procesos de difusión cultural - como los medios de comunicación y los sistemas de información-; pero también, de asuntos *semánticos* del concepto, como los sistemas de clasificación y la terminología que lo compone. El margen de acción de la organización buscó desplazarse desde el área de los debates académicos e intelectuales sobre la salud mental hacia el agenciamiento sistemático de las realidades nacionales.

Entre los años de 1976 y 1977 los esfuerzos de la OMS y las oficinas regionales se focalizaron en el análisis técnico de la legislación mental actualizada disponible y las políticas públicas desplegadas para la intervención directa de la problemática (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1976) (May, A. & World Health Organization, 1976), así mismo cómo en trazar rutas de acción -principalmente para países en desarrollo- que con herramientas como la cooperación internacional, permitiera promover en materia de salud mental marcos jurídicos con enfoque psicosocial para proteger los derechos humanos de los pacientes,

La 30a Asamblea Mundial de la Salud, preocupada por la magnitud y la gravedad de las tensiones psicosociales que sufren actualmente muchas poblaciones de los países en desarrollo y, en especial, las poblaciones particularmente expuestas del África Austral...Reconociendo que los servicios existentes no permiten prestar la asistencia preventiva y curativa exigida por la gran diversidad de problemas de salud mental que se exacerbaban a causa de dichas tensiones... 1. INSTA a los Estados Miembros a que apoyen las actividades coordinadas por la OMS para resolver esos problemas, intensificando los esfuerzos de cooperación y aportando contribuciones voluntarias; 2. PIDE al Director General que haga frente a dichos problemas...Facilitando la cooperación entre países para aumentar los recursos humanos y garantizar la aplicación de técnicas pertinentes, tomadas del sector de la salud mental o de las ciencias del comportamiento... (Asamblea Mundial de la Salud, 1977).

Es importante resaltar que cuando la OMS (1977) hace referencia a “tensiones psicosociales” y a los problemas de derechos humanos para la atención de la salud mental en “África Austral”, se dirigió directamente a los casos de Sudáfrica y Namibia, países inmersos en el sistema institucionalizado de segregación racial, conocido comúnmente como apartheid. Convocó la atención de la organización los resultados del *examen preliminar de la Secretaría de la OMS de la información disponible sobre los servicios de salud mental en la República de Sudáfrica, preparado para el Comité Especial de las Naciones Unidas contra el Apartheid* (World Health Organization, 1977). Este examen preliminar que contó con informes de peritos independientes fue contundente al denunciar el abandono, el estigma y la persecución que sufrían tanto los enfermos mentales negros, como los ciudadanos negros en estas naciones,

Entre 8.000 y 9.000 africanos que padecen trastornos mentales están recluidos contra su voluntad en instituciones privadas de la República de Sudáfrica. Estos africanos son objeto de un acuerdo comercial entre el Estado y empresas de propiedad blanca con ánimo de lucro... a los que el Gobierno se refiere en una publicación como el "sedimento de personas mentalmente inadaptadas y desviadas". No hay ni un solo psiquiatra negro en Sudáfrica, y las decisiones vitales sobre miles de enfermos mentales africanos las toman médicos a tiempo parcial que ni siquiera hablan el idioma de los pacientes... El rápido aumento de la "demanda" de atención institucional para los enfermos mentales africanos, que se da como explicación de estas prácticas anómalas y discriminatorias, es comprensible en el contexto de las políticas generales del apartheid, que han provocado el desarraigo de más de 3 millones de personas; la desintegración a escala masiva de la familia africana, y la ruptura del apoyo comunitario a los enfermos mentales... Las recientes medidas legislativas del Gobierno relativas a la "rehabilitación" de los delincuentes africanos equiparan de forma peligrosa el incumplimiento de las leyes del apartheid con el trastorno mental... La Ley de Enmienda de Salud Mental de 1976 prácticamente impone la prohibición de informar y debatir libremente las condiciones y políticas imperantes en los servicios de salud mental... (World Health Organization, 1977, p .2).

La OMS declaró que las condiciones sanitarias y políticas de salud mental descritas en la República de Sudáfrica eran contrarias al espíritu de su constitución. Del mismo modo que observó en la sinergia del aparato de seguridad nacional, el código

penal y la reclusión manicomial una práctica censurable y peligrosa. El apartheid en el ámbito de la salud mental se había degenerado en una sofisticada forma de tortura y de tratos crueles e inhumanos. Para la OMS era “inconcebible una mejora radical de la situación actual de los servicios de salud mental mientras siga vigente el apartheid” (World Health Organization, 1977, p.25).

En el año de 1978, la investigación de la OMS *The law and mental health*, compiló la legislación existente en el mundo en el campo de la salud mental (Figura 2) e identificó las formas en que los marcos normativos podían modernizarse a la par de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas, así como, planeó usos para garantizar servicios de salud más eficaces. Las preguntas que propuso resolver al interior de los países miembros fueron “a) ¿Cuándo se modificaron por última vez las principales disposiciones legislativas o fueron revisadas significativamente? (b) ¿Qué grupos están interesados en un cambio en la ley en el país? (c) ¿La ley todavía se concentra en la hospitalización de pacientes en instituciones grandes? (O, ¿existe legislación para tratar específicamente con medios alternativos de brindar atención y tratamiento con base comunitaria?) (Curran et al., 1978, p.7).

Figura 2. Legislación en Salud Mental (Curran et al., 1978).

<p>Australia South Australia The Mental Health Act, 1935-1974 Victoria The Mental Health Act 1959 (<i>IDHL</i>, 1963, 14, 236)</p> <p>Benin Law of 30 June 1838 on lunatics^c</p> <p>Brazil Decree No. 24559 of 3 July 1934 containing provisions on the care and protection of the person and possessions of mentally ill persons, as amended in 1961 and 1974</p> <p>Canada Alberta The Mental Health Act, 1972 (<i>IDHL</i>, 1974, 25, 48)</p> <p>British Columbia The Mental Health Act, 1964 (<i>IDHL</i>, 1965, 16, 48), as amended by the Mental Health (Amendment) Act, 1968 (<i>IDHL</i>, 1969, 20, 401) and an Act dated 7 November 1973 (<i>IDHL</i>, 1975, 26, 275) (the title of the Act is now the “Mental Health Act”)</p> <p>Costa Rica Decree No. 5395 of 23 October 1973 promulgating the General Health Law (<i>IDHL</i>, 1976, 27, 312)</p> <p>Cyprus The Mental Patients Law. Dated 29 May 1931</p> <p>^a This Law was promulgated under French rule. ^b This Law was repealed as of 1 April 1976. ^c Reference is made to a “Draft Law”.</p>	<p>Democratic Yemen Aden Laws, Chapter 87 The Lunacy Ordinance. Dated 20 July 1938</p> <p>Denmark Law of 1933 on public assistance^b Law No. 118 of 13 April 1938 on the hospitalization of mentally ill persons Order No. 229 of 9 September 1957 relating to State mental hospitals, in particular admission of patients and hospitalization charges (<i>IDHL</i>, 1958, 9, 691) Law No. 190 of 5 June 1959 relating to State hospitals for the treatment of persons suffering from mental disorders and to psychiatric departments (<i>IDHL</i>, 1960, 11, 633) Law No. 192 of 5 June 1959 relating to the care of mental defectives and of other severely subnormal persons (<i>ibid.</i>)</p> <p>Egypt The Mental Health Act (No. 141) of 1944</p> <p>Ethiopia^a</p> <p>Fiji The Mental Treatment Ordinance (dated 28 February 1940), as amended by the Mental Treatment (Amendment) Ordinance, 1964 (<i>IDHL</i>, 1968, 19, 189) The Mental Treatment Ordinance, 1967</p> <p>France Law of 30 June 1838 on lunatics</p>	<p>Circular of 15 March 1960 concerning the programme for the organization of and the development of an infrastructure for the control of mental diseases at the <i>département</i> level Circular of 15 March 1960 concerning the master plan for old psychiatric hospitals Circular No. 148 of 18 January 1971 concerning the control of mental diseases and the development of a health chart in the psychiatric field Circular of 14 March 1972 concerning the regulations of the <i>départements</i> for the control of mental diseases, alcoholism, and drug dependence</p> <p>Ghana The Lunatic Asylums Ordinance, 1888 The Mental Health Decree (No. 30) of 1972^a</p> <p>India The Indian Lunacy Act, 1912</p> <p>Iraq^b</p> <p>Japan The Mental Hygiene Law (No. 123) of 1 May 1950 (<i>IDHL</i>, 1952, 3, 341), as amended</p> <p>Lesotho The Mental Health Law, 1963</p> <p>Malaysia The Mental Disorders Ordinance, 1952</p> <p>Mauritius^c The Mental Health Law, 1858 The Lunacy Ordinance, 1906</p> <p>^a The Mental Health Act, 1971 was promulgated as a Decree on 22 February 1972 (note added in proof). ^b Reference is made to a “Draft Law”. ^c Reference is also made to a new enactment on mental health, apparently promulgated around 1965, but which has evidently not yet entered into force. ^d Reference is made to a “Draft Law”.</p>	<p>Nigeria The Lunacy Law. Dated 21 December 1916 Laws of Nigeria, Chapter 121. An Ordinance to provide for the custody and removal of lunatics</p> <p>Norway Law No. 2 of 28 April 1961 on psychiatric care (<i>IDHL</i>, 1962, 13, 745)</p> <p>Pakistan The Lunacy Act, 1912</p> <p>Peru Executive Decree of 14 October 1952 prescribing regulations on mental health pursuant to Law No. 11272 (<i>IDHL</i>, 1955, 6, 274) Supreme Resolution No. 194-DGS of 18 September 1963 to amend Chapters 1 and 2 of the Regulations on mental health at present in force (<i>IDHL</i>, 1965, 16, 169)</p> <p>Poland Instruction No. 120/52 of the Ministry of Health of 10 December 1952</p> <p>Romania Decree No. 246 of 1958 Ordinance No. 1005 of 1958 of the Ministry of Health Decree No. 12 of 25 January 1965 concerning the medical care of dangerous mental patients (<i>IDHL</i>, 1966, 17, 140) Ordinance No. 126 of 1972 of the Ministry of Health Ordinance No. 74 of 1973 of the Ministry of Health</p> <p>Saudi Arabia^d</p>
--	---	--	---

Senegal	United Republic of Tanzania
Law No. 75-80 of 9 July 1975 concerning the treatment of mental diseases and conditions for the commitment of certain categories of the mentally ill (<i>IDHL</i> , 1976, 27, 833)	The Mental Disease Ordinance, 1958
Sudan	Uruguay
Public Health Law of 1975	Law No. 9581 of 8 August 1936
Switzerland	United States of America
Basel-Stadt	<i>Federal^a</i>
Law of 21 December 1961 on the hospitalization of mentally ill persons	The Mental Retardation Facilities and Community Health Centers Construction Act of 1963 (Public Law 88-154, approved 31 October 1963)
Geneva	The Uniform Alcoholism and Intoxification Treatment Act, 1971
Law of 14 March 1936 on provisions governing persons suffering from mental disease	Indiana
Syrian Arab Republic	Indiana Code, Chapter 9, Sec. 2
Decree No. 687 of 12 May 1954	An Act (Public Law 158, approved April 16, 1973) to amend IC 1971, 16-14 concerning Health and Hospitals, by adding a new chapter concerning the rights of persons in psychiatric hospitals and IC 1971, 35-29 by adding a new chapter concerning abuse of the mentally ill (<i>IDHL</i> , 1976, 27, 900)
Regulations of 17 January 1965	An Act (Public Law 154, approved April 21, 1975) to amend IC 1971, 16-14 and IC 1971, 35-5 concerning care and treatment of mentally ill persons (<i>IDHL</i> , 1976, 27, 904)
Instruction No. 1 of 17 January 1965	Massachusetts
Trinidad and Tobago	Massachusetts General Laws, Chapter 123
The Mental Health Act, 1975 (<i>IDHL</i> , 1976, 27, 874)	Laws of 1970, Chapter 888
United Kingdom (England and Wales)	
The Lunacy Act 1890	
The Mental Treatment Act 1930	
The Mental Health Act 1959 (<i>IDHL</i> , 1961, 12, 207)	

^a Reference is made to a "Draft Act for Hospitalization of the Mentally Ill", first drawn up by the Federal Government in 1952.

En el año de 1978 se estableció el programa a mediano plazo en salud mental de la OMS (Asamblea Mundial de la Salud, 1978; World Health Organization, 1978) y el correspondiente para cada una de las oficinas regionales (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1978; WHO Regional Committee for the Western Pacific, 1978; WHO Regional Committee for the Western Pacific, 1980). Estos programas emergieron porque,

La Asamblea Mundial de la Salud y los Comités Regionales han pedido que se adopten medidas en relación con los factores psicosociales y la salud (WHA28.50, WHA29.21); la farmacodependencia (WHA28.80); el retraso mental (WHA28.57, WHA30.38, SEA /RC30 /R4); los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas (WHA28.81, WPR/RC27/R5); la promoción de la salud mental (WHA28.84, AMR,RC28 /R33, EMR /RC25 /R14, EUR/RC23 /R3); y las medidas adoptadas en relación con los acuerdos internacionales sobre estupefacientes (WHA30.18) (Asamblea Mundial de la Salud, 1978, p.3).

La herramienta para desarrollar el programa a mediano plazo en salud mental de la OMS fueron los grupos de coordinación, un mecanismo multilateral que entrecruzó los niveles nacional, regional y mundial. "Por ejemplo, en Colombia y en India se han establecido centros de recursos multidisciplinarios. Esos centros apoyan las actividades de los grupos regionales de coordinación, coordinan las actividades en

esos países y cooperan con otros países y con la OMS” (Asamblea Mundial de la Salud, 1978). El programa consolidó la hegemonía transnacional de la OMS en el campo de la salud mental, así como, dejó de manifiesto que las experiencias mediadas por el concepto de salud mental habían viajado desde la preocupación por la atención comunitaria y la salud colectiva del enfermo mental, pasando por la implementación de la psiquiatría social, para ocuparse de asuntos sociales y culturales extensos, que hasta ese momento habían sido exclusivos de otras estructuras de poder como la política representativa y el estado gubernamentalizado. El ejercicio de apropiación de lo social -local- por lo institucional -global- incluyó: el desarrollo de la salud de las colectividades, la higiene del medio, la formación de los sectores de salud mental, los estupefacientes, la normalización de los métodos de evaluación y de clasificación en psiquiatría; y la estandarización de sistemas de información.

Salud Mental Ampliada. Una Transición de la OMS hacia lo Cotidiano

En el año de 1978 entre el 6 y 12 de septiembre aconteció quizás una de las huellas más enérgicas en la historia de la OMS que impulsó la expansión del concepto de salud mental. Se celebró la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) -Declaración de Alma Ata-, la cual, tuvo como aspiración “que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” (Organización Mundial de la Salud & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1978). La salud mental, fue elemento constitutivo de la definición de salud que la OMS fijó en esta declaración. En la 32a Asamblea Mundial de la Salud, 1979, un proyecto de resolución propuesto por las delegaciones de Bélgica, Botswana, Brasil, Nigeria, Rwanda, Sudán, Swazilandia, Tailandia, Turquía, Yugoslavia y Zambia “habida cuenta de que la Conferencia Alma-Ata logró que la atención primaria de salud comprendiera el fomento la salud mental, vinculando esta con la formación de personal, la prestación de servicios y el intercambio de resultados de investigaciones” (Asamblea Mundial de la Salud, 1979, p.1), solicitó a los estados miembros aumentar los rubros

presupuestarios de la OMS para el programa a plazo medio de salud mental 1975-1982 que recientemente había sido aprobado.

La declaración de Alma Ata permitió que la salud mental fuera comprendida en el marco de los determinantes o dimensiones sociales de la salud. Se postuló la salud mental ampliada. Un enfoque de prevención y promoción que trascendía por complejidad e integralidad a los modelos de salud mental colectiva o comunitaria y a la psiquiatría social. La OMS consideró que la salud mental -ampliada- era determinada por el valor asignado a la vida, por la urbanización desenfrenada, por la migración masiva, por el ordenamiento del sistema de salud, por la cohesión de la familia, por la tecnología de la vida diaria y por la deshumanización de la medicina (World Health Organization, 1981). Esta conceptualización no solamente incluía las causas sociales para las afecciones individuales, sino que concibió la salud mental como un concepto, *viajero* (Bal, 2002) en la acción social, que podía ser intervenido con recursos financieros y que generaba escenarios donde lo político, lo cultural, pero también lo científico-técnico (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1981) se atraviesan constantemente,

En suma, el programa de salud mental de la OMS a través de su infraestructura establecida podría ayudar a cerrar la brecha que existe entre la acción política y la científica, entre el mundo científico y académico, y entre quienes trabajan con conceptos y los que trabajan con personas, podría ayudar para asegurar que la acción social tenga en cuenta los mejores conocimientos y tecnologías. Pero para cumplir con todas estas funciones la OMS necesita muchos más recursos, ellos son escasos porque los tomadores de decisiones y el público no están suficientemente consciente del enorme tamaño y omnipresencia de los problemas a tratar, o de la necesidad apremiante de acción concertada para prevenirlos o remediarlos (World Health Organization, 1981, p.40).

Entre los años de 1980 y 1985 la Atención Primaria en Salud (APS) como proyecto institucional de la OMS se constituyó en un interés de primera línea para las oficinas regionales (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1983; WHO Regional Office for South-East Asia, 1983; WHO Regional Office for South-East Asia

& SEARO, 1983; WHO Regional Office for the Western Pacific, 1983), y fue materializado en los desarrollos de la salud mental ampliada,

Los trastornos mentales, neurológicos y psicosociales constituyen una enorme carga para la salud pública tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. El examen de las pruebas disponibles muestra que la ejecución de un programa completo de prevención basado en los métodos actualmente disponibles podría reducir en grado considerable los sufrimientos, la destrucción del potencial humano y las pérdidas económicas que esos trastornos producen. El programa debería abordar las causas tanto biológicas como sociales subyacentes a esa clase de trastornos. Para ser eficaz, un programa de este tipo debe poder contar con la voluntad nacional y con una acción coordinada entre los diversos sectores sociales (WHO Executive Board, 1985, p.15).

Esta redefinición del concepto de salud mental desvaneció la división clásica entre personas sanas y personas enfermas. Instaló en el centro de la vida social los fenómenos psíquicos. Y por ende profundizó el desplazamiento de las nociones de enfermedad o trastorno mental hacia un lugar subsidiario. En tanto, la labor para los individuos era mantenerse con buena salud mental, es decir, en equilibrio psíquico, a pesar del diagnóstico que se tuviera o a pesar de no tener ningún diagnóstico,

Para definir la salud mental pueden considerarse tres niveles de definición: en primer lugar, que la salud mental es la ausencia de cualquier trastorno mental bien definido; en segundo lugar, que la salud mental implica una cierta reserva de fuerza en un individuo que puede ayudar a esa persona a superar tensiones inesperadas o exigencias y retos excepcionales; en tercer lugar, y que la salud mental es un estado de equilibrio entre el individuo y el mundo circundante, un estado de armonía entre uno mismo y los demás, una coexistencia entre las realidades del yo, la de otras personas y la del entorno. Ese estado de equilibrio puede incorporar claramente la discapacidad; el equilibrio de la salud también puede existir en presencia de la enfermedad. La salud y la enfermedad son entonces dimensiones ortogonales de la existencia y no verdaderos opuestos. La distinción entre los distintos niveles de definición es importante porque tiene consecuencias directas para la salud pública, consecuencias para el futuro de la investigación, para la composición de los equipos de estudio, para las decisiones de financiación, etc (Sartorius, 1983, p.5).

La salud mental ampliada de la OMS posicionó el concepto como un lenguaje de la subjetividad, “de las realidades del yo”, y “de las dimensiones de la existencia”.

Resulta consistente que al mismo tiempo que la nueva conceptualización otorgó usos sociales al concepto en las más variadas situaciones socio existenciales -el trabajo, los vínculos afectivos, la educación, la crianza, la relación con el gobierno, la justicia en las relaciones sociales, las situaciones de sufrimiento que socialmente se producen-; también, conectó la salud mental con los procesos de *individualización institucionalizada* (Beck & Beck, 2001), en la medida que esta definición orienta a individualizar experiencias de sufrimiento psíquico, es decir, el foco de atención e intervención parte de la misma disposición, capacidades y recursos individuales, aunque no necesariamente del presupuesto de que se trata de un individuo enfermo. La salud mental fue postulada por primera vez como algo que podía ser edificado, en otras palabras, como un proceso de realización personal. En este marco conceptual se podía tener un diagnóstico bien establecido de esquizofrenia, pero alcanzar una buena salud mental. La discapacidad no es un impedimento para llegar al equilibrio.

En este mismo periodo de tiempo (1980-1985) el programa de salud mental de la OMS alcanzó su punto de maduración. Había acumulado desde 1948 una abundante trayectoria institucional compuesta de publicaciones, informes, memorias de eventos, directrices, lineamientos, artículos, conceptos técnicos y materiales educativos. En general, las direcciones administrativas de todas las oficinas regionales, los grupos de apoyo y los centros colaboradores de la OMS (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1985; WHO Regional Office for the Western Pacific, 1984) habían participado durante más de tres décadas en la construcción del concepto -encumbrar a la salud mental como un sólido ordenador de la realidad-. Aquello que se proyectaba y agenciaba desde lo global tenía un impacto sobre lo local. La OMS colocó a disposición del público un completo banco de archivos en inglés, español, árabe, francés, búlgaro, alemán, chino, portugués, ruso e italiano que se había recopilado en la materia (WHO Division of Mental Health, 1984; WHO Division of Mental Health, 1985; WHO Division of Mental Health, 1990).

La salud mental era uno de los lenguajes de la condición de humanidad. Un lenguaje globalizado representable en la gran mayoría de idiomas. La hegemonía del concepto de salud mental mediada por la OMS se afianzó en tres campos fundamentales. El campo de las disciplinas, en especial por el discurso médico que engendró normas y reprodujo verdades dominantes; el desarrollo de disciplinas como la psiquiatría dependió tanto a nivel teórico como a nivel práctico de los modelos asistenciales y de organización estructural. El campo de lo político, la OMS transmitió orientaciones internacionales y los distintos países se alinearon con políticas públicas y modelos sanitarios tendientes a cumplir con estas disposiciones (Grupo de estudio colaborativo de la OMS sobre estrategias para ampliar la atención de salud mental, 1984). El campo de los individuos y sus narrativas personales, en tanto la salud mental, iba mucho más allá del diagnóstico clínico, era una meta construible para la población general por medio de ciertas estrategias,

- i) Medidas para reducir el riesgo de fracaso social: a) una asistencia diurna más eficaz para los niños...b) el mejoramiento del medio ambiente humano en las instituciones de asistencia prolongada (por ejemplo, los asilos)...c) la educación para la paternidad...d) la introducción de la educación sanitaria en los planes de estudios de las escuelas...ii) Medidas para controlar el uso indebido de sustancias en la atención primaria de salud y en las escuelas...iii) Medidas para reducir las consecuencias para la salud del estrés agudo mediante intervenciones de atención primaria de salud en momentos de aflicción...

(WHO Executive Board, 1985, p.15).

En el año de 1986 se reunió el Grupo Coordinador Mundial del Programa de Salud Mental de la OMS. Este espacio institucional hizo énfasis en que para un sinnúmero de países los grupos de coordinación asesorados por la OMS “demostraron ser especialmente útiles para reunir a representantes de diversas disciplinas (como salud pública, personal sanitario, educación sanitaria, ciencias del comportamiento, psiquiatría, neurociencias) y sectores como el bienestar, la educación y el trabajo” (African Mental Health Action Group, 1986; African Mental Health Action Group, 1987; Global Coordinating Group for the Mental Health Programme, 1986). La OMS reconoció que por la ampliación del alcance de la salud mental los programas de

salud mental debían ser multisectoriales, se construían en variadas direccionalidades y estratificaciones sociales.

Esta diversificación ocasionó problemas gerenciales, un cierto vacío de poder para el liderazgo del relato, “no hay un grupo profesional natural que podría asumir la responsabilidad central. Los psiquiatras son reacios a lidiar con aspectos psicosociales y del desarrollo social. Los expertos en salud pública pueden carecer de experiencia clínica para el cuidado de los enfermos” (Global Coordinating Group for the Mental Health Programme, 1986). Por estos motivos, la OMS instó a los gobiernos a reordenar la estructura administrativa de los programas de salud mental en función de los sectores sociales involucrados para que estos fueran complementarios. Así mismo, llamó la atención sobre la excesiva destinación de recursos y esfuerzos humanos a los problemas de salud mental relacionados con el alcohol o el abuso de drogas, en el marco de *The war on drugs* que lideraba el gobierno federal de los Estados Unidos de América. Mientras “el abuso de drogas adquiere alta visibilidad...Esto no solo puede poner en peligro la efectividad a mediano y largo plazo de los programas...También puede distorsionar la asignación de recursos a nivel nacional en detrimento de otros problemas de salud mental con prioridad” (Global Coordinating Group for the Mental Health Programme, 1986).

Otro de los focos adicionales de la OMS durante 1986 fue la salud mental de la vejez, un interés recurrente de la organización. En décadas anteriores se logró un avance significativo al extraer a los ancianos sanos o que no tenían una casa para vivir, de los hospitales mentales. Sin embargo, en esta ocasión la OMS buscó establecer la arquitectura para el afianzamiento del hospital geriátrico. Un espacio sanitario especializado para las necesidades físicas y mentales de estas poblaciones. El modelo para la acción concertada de la OMS, los estados nacionales y los hospitales universitarios en lo que concierne a la salud mental de los mayores de 65 años estuvo compuesto por: pruebas piloto o experimentales en países desarrollados, instrumentos de evaluación para personas mayores, manuales sobre trastornos mentales en los ancianos, cintas de video didáctica para

capacitar al personal en la atención del paciente con edad avanzada, información sobre demencias en la vejez e intervenciones comunitarias para mitigar los problemas psicosociales de esta etapa de la vida (Hovaguimian & Junod, 1986). El papel de la OMS consistía en,

Poner en contacto a los distintos centros del mundo que están elaborando modelos útiles basados en los problemas sanitarios locales de las personas mayores. De este modo, la OMS estimula y mejora los esfuerzos nacionales al tiempo que contribuye a promover la salud y la dignidad social en la vejez a escala regional y mundial. Una colaboración como la que ilustra pretende aumentar la probabilidad de que, a finales de este siglo, las personas puedan llegar a una edad madura sin sufrir un deterioro inevitable de su salud y bienestar (Hovaguimian & Junod, 1986, p.147).

En el año de 1987 la OMS disertó sobre los componentes de las políticas de salud que debían regir la prestación de servicios psiquiátricos en el modelo de la salud mental ampliada (WHO Division of Mental Health, 1987; WHO Regional Office for the Western Pacific, 1987). “Es una orientación que incluye la prevención, pero más amplia y profunda, incluyendo la salud biológica y ambiental, y cuestiones sociológicas” (WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, 1987). Un ejemplo de esta ampliación de la salud mental es la estrategia ejecutada en un centro de desarrollo comunitario en Canadá, “(I) Reducir peligros, riesgos y desventajas característicos del entorno social de las comunidades, (ii) Aumentar los recursos económicos y socioculturales presentes en estos entornos, y (iii) Mejorar las habilidades de afrontamiento de las personas que viven en las áreas objetivo” (WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, 1987). Esta estrategia de intervención comprende a la salud mental como un conjunto de usos, acciones y experiencias que se han construido culturalmente, y que requieren para su mantenimiento en estado de equilibrio o armonía, no solamente de la intervención gubernamental en los territorios, sino también la producción de discursos y mercancías dirigidos al individuo como plantillas de afrontamiento, es decir, herramientas para la autocomprensión de las vidas o mecanismos de sentido para sortear las dificultades de la vida. Los componentes de la salud mental ampliada fueron,

Cura ~ Aquí es donde se busca la terminación completa del trastorno mental y el regreso del individuo a la salud normal. Este extremo del espectro tipifica lo tradicional del modelo médico, aunque rara vez se logra en enfermedades mentales, excepto para aquellos en los que hay una etiología principalmente orgánica (por ejemplo, algunas deficiencias vitamínicas). Cuidado ~ Estas actividades se centran en la reducción de la incomodidad y la discapacidad en lugar de curar. Tal actividad caracteriza el tratamiento de los trastornos mentales en los que se mitigan los síntomas y sus cualidades perturbadoras y el individuo vuelve a niveles aceptables de funcionamiento social. La discapacidad se reduce o elimina, y el tema de la cura generalmente no se aborda. La mejora es el sello distintivo del progreso. Rehabilitación ~ Las actividades en esta arca tienen como objetivo maximizar las oportunidades de recuperación del individuo y tratar de reducir al mínimo los efectos incapacitantes de la enfermedad crónica. Esto requiere la manipulación del entorno en el individuo. Y los cambios ambientales pueden estar dirigidos a minimizar los efectos de cualquier deterioro provocado por la enfermedad. Profilaxis ~ La prevención de la recaída en las personas recuperadas es el enfoque principal de actividad en este nivel. Como ejemplo sería aquí la evolución reciente del concepto de emoción expresada como una construcción clínica con valor predictivo en la recaída de las personas que sufren de esquizofrenia. Prevención Primaria ~ Este esfuerzo está dirigido a la prevención de los primeros casos de enfermedad. Implica tres nociones principales: La reducción de los riesgos ambientales y estrés, el desarrollo de sistemas de apoyo y otros recursos, y el desarrollo de habilidades de afrontamiento o gestión. Promoción de la salud mental~ Este es un concepto amplio destinado para mejorar la salud mental a través de acciones integradas en diferentes niveles de actividad que influyen en la salud. (WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, 1987, p.7).

Entre los años de 1988 y 1990 la OMS se ocupó de consolidar los programas de salud mental ampliada en África. Continente que por sus condiciones socioeconómicas presentó rezagos significativos para la atención mental en comparación con otros grupos de países miembros. Uno de los casos representativos fue el de Tanzania. Esta nación carecía de cualquier evidencia epidemiológica en salud mental. No había desarrollado procesos gubernamentales previos en la materia. Y el programa piloto tuvo que ser creado en “base de proyecciones de las necesidades existentes, extrapolando datos procedentes de otros países africanos” (WHO Division of Mental Health & DANIDA, 1987). Se

conformaron grupos de trabajo para la creación de un programa definitivo a largo plazo, sin embargo, hubo múltiples impedimentos,

Es difícil planificar los detalles cuando las distancias son exigentes o cuando el transporte y las comunicaciones afectan a las actividades. Algunos participantes experimentaron retrasos en los viajes, largos cambios en el horario de llegada y salida, pérdida de equipaje y falta de materiales. Las cartas de invitación y las autorizaciones de viaje llegaron tarde a algunos destinos, los libros de referencia enviados por correo desde Europa meses antes no habían llegado al final del taller. Algunos de los participantes querían más tiempo para leer materiales de recursos y preparar propuestas de programas, mientras que otros permanecieron días después del taller debido a dificultades para viajar a otros lugares. También es difícil cuando los recursos limitan la información disponible para la instrucción. Se esperaba que los participantes vinieran preparados con información sobre la cobertura mental en sus áreas de origen, pero los datos no siempre estaban disponibles o no existían (WHO Division of Mental Health & DANIDA, 1988, p.14).

El caso de Tanzania es un ejemplo excepcional para demostrar como la expansión de una conceptualización ampliada de la salud mental no fue uniforme en todo el mundo. Tuvo matices y diferentes niveles de asimilación cultural. Las particularidades históricas de territorios con dificultades para el desarrollo económico e infraestructura sanitaria hicieron dificultoso el proceso de globalización del concepto de salud mental. Y aunque si bien es cierto, los participantes africanos “eran receptivos a una definición ampliada de salud mental haciendo hincapié en programas preventivos y participación de la comunidad, la tecnología estaba disponible para promover la salud mental a nivel comunitario, y el continente ofrecía un terreno fértil” (WHO Division of Mental Health & DANIDA, 1988, p.14) era improbable que el concepto consiguiera los mismos niveles de penetración cultural que en las sociedades capitalistas, individualistas y regidas por el discurso biomédico que modelaba la normalidad de las conductas humanas en América del Norte y en Europa Occidental.

En África una visión étnica, tribal, ancestral, mística y tradicional de la enfermedad y/o trastorno mental seguía teniendo un lugar predilecto en las concepciones ideológicas de la población. Y aunque la OMS realizaba esfuerzos financieros para

ofertar cursos de capacitación en salud mental para el personal sanitario en esta región, las acciones efectuadas parecían destinadas al fracaso (WHO Division of Mental Health & African Mental Health Action Group, 1988) (African Mental Health Action Group & WHO Special Programme of Technical Cooperation in Mental Health, 1988). Esto podría explicarse entre otras cosas porque la centralidad de la enfermedad mental es hija de la modernidad y de las sociedades industriales, es decir, de la sociedad de masas, cabe recordar la *psicología de masas* (Freud, 1921), *el malestar en la cultura* (Freud, 1930) y *la psicología de la muchedumbre* (Le bon, 1895). En cambio, el concepto de salud mental se correspondía o acompañaba los procesos de individualización de lo que hoy en día se denomina sociedades posindustriales, capitalismo tardío, sociedades de mercado o cultura neoliberal. Y en esta medida para los países considerados “subdesarrollados” -donde los procesos de modernidad quedaron inconclusos y la posmodernidad fue aplazada indefinidamente- lo que resultó más extraño a los pobladores, más que el aparato lingüístico de salud mental, fueron las experiencias mediadas por el concepto.

El sufrimiento psíquico, el desequilibrio emocional y la disfuncionalidad social que tanto ocupaba al concepto de salud mental ampliada para finales de la década de los 80's, tenía otras narrativas y expresiones antropológicas en aquellas sociedades, como la de Ruanda, también ubicada en África,

El continente africano es un mosaico de culturas con una asombrosa variedad de prácticas terapéuticas tradicionales. En Ruanda, los rituales terapéuticos suelen dirigirse a Ryangombe, una divinidad que es fuente de paz, amor y fertilidad. Esta medicina tradicional no debe ser subestimada ni rechazada por la medicina moderna. Además de la afinidad cultural entre el paciente y el curandero, el hecho de que ambos pertenezcan a la misma comunidad -donde el curandero goza de gran autoridad- contribuye a que los pacientes y sus familias se sientan más seguros. La asistencia de los curanderos ayuda a los enfermos mentales, pues mientras respeten el orden familiar y público, nunca serán encerrados. Para fomentar la integración de la medicina tradicional, el gobierno de Ruanda ha creado una asociación de curanderos, aunque todavía no ha sido posible evaluar sus métodos de tratamiento de las enfermedades mentales...Entre la población de Ruanda, los trastornos mentales se perciben tradicionalmente como un campo de batalla de fuerzas invisibles: Dios, espíritus locales, antepasados muertos, hechiceros y enemigos. El mal, representado por la

enfermedad, es siempre el efecto de otro mal. Cualquier terapia que pretenda tener éxito debe tener en cuenta los problemas familiares. Los servicios sanitarios y los curanderos como grupo bien organizado son necesarios para superar esta ambigüedad. Los servicios de salud mental sólo se han introducido recientemente en África. Algunos sostienen incluso que los problemas de enfermedades infecciosas y malnutrición son tan grandes que es prematuro ofrecer servicios de salud mental, dada la escasez de recursos...(Baro, 1990, p.25-26).

El caso de China igualmente fue de interés para la OMS, debido a que en 1988 el país asiático era una sociedad tradicional en sus costumbres familiares, médicas y religiosas; pero se enfrentó a una apresurada inmersión en la modernidad y en la posmodernidad, distintas fases del sistema de capitalismo económico superpuestas en la misma temporalidad. China sufría un proceso de *alienación* y de *aceleración social* (Rosa, 2016). Un contexto apto para que el concepto occidental de salud mental incrementara su presencia en el mundo de la vida,

En China, el servicio de salud mental tiene grandes dificultades para satisfacer las crecientes necesidades de la población tanto en las zonas urbanas como en las rurales. La industrialización y la urbanización están trayendo cambios profundos en la sociedad que tienen un impacto en la salud, especialmente en la salud mental, y, en consecuencia, es necesario modernizar el servicio. La transición de un modelo tradicional, centrado en la gestión de las psicosis importantes, a uno más amplio que se ocupa, en particular, de las cuestiones psicosociales, no es fácil. Entre los problemas que requieren atención, no menos importante es el de cambiar las actitudes públicas hacia el trastorno mental. Se ha organizado una serie de seminarios y talleres nacionales para promover el desarrollo de los servicios de salud mental. Los temas cubiertos han incluido el tratamiento de trastornos mentales menores en hospitales generales, los aspectos psicosociales de la atención médica primaria, salud mental en niños y ancianos, y la enseñanza de la psiquiatría... La atención de la salud mental en China se encuentra en un estado de transición de un servicio psiquiátrico hospitalario a la atención comunitaria...Un enfoque multidisciplinario de la investigación es esencial...(Shen, 1987, p.1-4).

En este mismo periodo de tiempo comprendido entre 1988 y 1990 la organización evaluó el progreso y los avances de los programas de salud mental ampliada en Las Américas (OMS Consejo Ejecutivo, 1988), en Europa (OMS Consejo Ejecutivo,

1988), en Asia Sudoriental (WHO Regional Office for South-East Asia, 1988), en el pacífico occidental (WHO Regional Office for the Western Pacific, 1989) y en el mediterráneo oriental (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1988) (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1989). El análisis de estado de la situación estableció que,

Algunas de las actividades requeridas están ya desarrollándose en los planos regional y mundial, la OMS sigue teniendo muchas posibilidades de intensificar su intervención en los esfuerzos nacionales y de participar más activa y eficazmente en la coordinación de las investigaciones, la difusión de datos y la organización de programas docentes; sin embargo, la escasez de fondos es un gran obstáculo para aprovechar esas posibilidades y responder plenamente a las indicaciones de los órganos deliberantes (OMS Consejo Ejecutivo, 1988, p.10).

La OMS requería incrementar la financiación económica del programa de salud mental para poner en funcionamiento la iniciativa de apoyo a las 40 millones de personas discapacitadas por enfermedad mental en el mundo (WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness, 1988) (Lustig et al., 1997), para sentar las bases de una mejor atención a los enfermos mentales (Saraceno et al., 1988; WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1996; WHO Regional Office for South-East Asia, 1994; WHO Regional Office for the Western Pacific, 1991; WHO Regional Office for the Western Pacific, 1995) , para la promoción de la salud mental a través de los programas de salud escolar (World Health Organization, 1989), para construir estrategias de garantía de calidad en salud mental (Informal Consultation on the Quality Assurance of Mental Health Care, 1990; WHO Division of Mental Health, 1991; WHO Division of Mental Health, 1997), para desarrollar actividades psicosociales en niños y adolescentes (Graham et al., 1998; World Health Organization, 1990) , para fortalecer las clasificaciones en el campo de la salud mental (Organización Mundial de la Salud, 1993; Sartorius, 1990; World Health Organization, 1996), para la introducción de los componentes de salud mental en las unidades hospitalarias de baja y mediana complejidad (Organización Mundial de la Salud, 1990), para construir manuales de capacitación en salud mental (WHO Division of Mental Health, 1992), para la elaboración de catálogos de instrumentos

de evaluación psíquica en individuos y poblaciones (Janca et al., 1993), para publicar glosarios con el léxico de la salud mental (World Health Organization, 1994; World Health Organization, 1997), para fortalecer el sistema de archivos y repositorios institucionales en salud mental (WHO Division of Mental Health, 1993), para emitir campañas de sensibilización en medios de comunicación (McCormick & WHO Division of Mental Health, 1994), para actualizar la epidemiología de los trastornos mentales con estudios multicéntricos (Sartorius, 1993; Sartorius et al., 1995). En definitiva, para incrementar los procesos de diseminación cultural del concepto de salud mental.

Salud Mental Privatizada. La OMS y el Neoliberalismo

La salud mental ampliada dio paso a la salud mental privatizada, una redefinición de la etiqueta lingüística y las consecuencias experienciales de los intervinientes en los procesos de la salud mental: nació la idea de un consumidor de servicios. La OMS consideró que las etiquetas de enfermo mental, trastornado mental, paciente, expaciente y sobreviviente estaban cargadas de connotaciones peyorativas, y, por lo tanto, eran obsoletas. En contraste,

El término "consumidor" solo ha entrado recientemente en el discurso de atención médica. La década de 1980 ha visto un creciente énfasis en el consumismo por razones políticas en la mayoría de los países desarrollados. Lo que podría denominarse "consumo material" es la capacidad de tomar decisiones sobre la base de los ingresos para comprar de una variedad de opciones. En la cultura material, el consumismo asume la capacidad de pagar y una gama de bienes a elegir. El consumidor no espera participar en la fabricación de esos bienes y solo está obligado a elegir cuál de esos bienes necesita. El bienestar de la atención médica va más allá de esto. Es más probable que el consumidor de atención médica desee participar en la planificación, desarrollo, gestión y evaluación de los servicios y que participe y consulte en los programas de atención, apoyo y tratamiento que recibirá. Por lo tanto, el consumidor de atención médica desea participar en la fabricación del producto, por así decirlo, a diferencia del consumidor de bienes materiales. Pero ¿quiénes son los "consumidores"? Los consumidores de los servicios de salud mental pueden ser aquellos que sufren problemas de salud mental, o los miembros de su familia, que también están involucrados con frecuencia en el sistema de servicios. Todos "consumen" los servicios de

una manera u otra (WHO Division of Mental Health & WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness, 1989, p.3).

La incursión de la categoría de consumidor, de una salud mental privatizada, en el relato histórico de la OMS en lo que respecta a la salud mental a finales de la década de los 80's no es un suceso aislado y mucho menos carente de sentido. La participación de los "consumidores" en los servicios de rehabilitación y salud mental explicó bastante bien las condiciones sociológicas de los países desarrollados. En los años 80's el marco de evolución para el concepto de salud mental era el neoliberalismo. El individuo debía invertir sus recursos cognitivos y financieros en obtener salud mental, en este modelo económico la salud no era un bien perpetuo, ni gratuito, ni mucho menos suministrado por el estado. El individuo tuvo por obligación elegir las técnicas y tecnologías que a nivel psíquico le permitían seguir respondiendo a las exigencias del mercado.

En otras palabras, el concepto de salud mental en el contexto del neoliberalismo incita y estimula al individuo a ocuparse de sí mismo. Según Bauman (2015) en el *ethos* del individualismo, asistimos a la licuefacción de las estructuras sociales rígidas de la primera modernidad o de la modernidad industrial mediante las cuales los individuos poseían marcos referenciales estables. La disolución de dichos marcos sólidos situó al individuo como centro de referencia en la naciente sociedad de consumidores o fase liviana del capitalismo. Se inicia la era de la elección individual o la compulsión de elegir, la adicción de competir y comprar como condición *sine qua non*. Avisa sobre la condición de humanidad contemporánea, en la psique, una desviación: "La historia del consumismo es la historia de la ruptura y el descarte de los sucesivos obstáculos sólidos que limitan el libre curso de la fantasía y reducen el principio de placer, al principio de realidad o de necesidad" (Bauman, 2015). La salud mental era ahora un objeto cultural que había entrado en las dinámicas del mercado.

Aunque era obvio desde la perspectiva institucional de la OMS que la salud no era solamente la ausencia de enfermedad mental. Y en efecto, el ámbito de la salud mental incluía la paliación y la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud e, incluso, la idea de acompañar y cuidar cuando nada de lo anterior ha sido posible. La conceptualización de una salud mental privatizada con la incursión de la idea de un “consumidor” de servicios sanitarios tornó mucho más confusa y atomizada la discusión sobre la estabilidad psíquica, pero la puso al servicio del mercado y de la formación de una subjetividad neoliberal. Tocaría responderse sí ¿la salud es un bien de producción o un bien de consumo? ¿es responsabilidad individual o colectiva? ¿es posible llevar a cabo una vida sana obviando los determinantes sociales del proceso salud–enfermedad? ¿la armonía psíquica se construye a nivel interno o externo? ¿tiene más salud mental el individuo que más consume servicios? ¿a quién corresponde auditar el bienestar del universo psíquico?,

Estos problemas a menudo causan controversia entre los diferentes grupos interesados en la atención de la salud mental y se presentan aquí para fomentar un debate completo y abierto. ~Terminología: ¿qué significan realmente palabras como "consumidor"? ~ Competencia de los consumidores para participar en la toma de decisiones. ~ Participación de la comunidad: quién debe participar y qué funciones deben desempeñar. ~Derechos de los consumidores. ~Organización de las actividades de los consumidores: ¿a qué nivel deben participar los consumidores? ~Evaluación de los servicios de salud mental por los consumidores (WHO Division of Mental Health & WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness, 1989, p.1).

En este contexto la OMS omitió el complejo calado analítico de las realidades construidas alrededor del “consumidor” de servicios de salud mental al aseverar que “los consumidores han afirmado su derecho a participar en las decisiones sobre su propio cuidado y en el proceso de planificación y evaluación sobre asuntos que son de su interés” (WHO Division of Mental Health & WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness, 1989, p.23). La organización limitó la respuesta a tan acuciosas preguntas a su consabida defensa de los derechos humanos. En otras palabras, para la OMS ocuparse de sí mismo, es decir, la salud mental privatizada,

era un derecho inalienable de cada individuo que debía ser garantizado. En derivación, brindó al consumidor posibilidades de participación en la toma de decisiones de mercado: la inscripción a las asociaciones de salud mental, a los grupos de defensa, a los grupos de información, a los talleres de trabajo grupal y a los grupos de terapias tanto clásicas como alternativas. Mientras tanto, con acciones paralelas, el individualismo había creado en la cultura, sus propias empresas, espacios, revistas, libros, terapéuticas y propagandas en torno al concepto de salud mental, con la pretensión de satisfacer las psiques que en este *ethos* se tornan a menudo inacabadas, insatisfechas y en una escalera de coral al cielo por alcanzar el bienestar. La transformación espiritual de la condición de humanidad contemporánea se había puesto en marcha y se encontraba mediada por un concepto ajeno a las disposiciones teológicas fundamentales: la salud mental.

Para la anualidad de 1991 la OMS publicó un recorrido histórico por el programa de salud mental de la organización. La trayectoria del concepto de salud mental en la vida institucional se presentó con las correspondientes matizaciones en los enfoques y en las acciones sanitarias predominantes para cada década. La OMS parecía comprender que un mismo término puede no significar lo mismo dependiendo del contexto o el instante de la realidad que se considere y, que, en efecto, la salud mental como concepto político y social que se pretendía globalizar era polisémico, de variable significación,

En el curso de los años, el programa de salud mental de la Organización ha pasado por varias etapas. En sus ya lejanos comienzos, el programa tenía un alcance amplio y se ocupaba no sólo de los servicios a las personas enfermas, sino también de los aspectos psicosociales generales de la salud y de la atención sanitaria...A comienzos de los años sesenta hubo cambios de filosofía en el programa de la OMS. Se pensó que pronto se dispondría de soluciones técnicas para los problemas sanitarios: la ciencia daría respuesta a los principales problemas de salud. La Organización hizo más hincapié en la investigación y puso en marcha varios grandes programas de investigación al apoyo a ésta. El programa de salud mental se benefició y dio al tiempo auge a esas tendencias. Se estableció una red de centros colaboradores para llevar a cabo actividades de investigación y formación en el campo de la salud mental...Durante los años setenta se tomó conciencia de que las soluciones tecnológicas no bastaban: aun cuando se dispusiera de métodos adecuados

contra determinada enfermedad, solo se lograría reducir apreciablemente la morbilidad y la mortalidad si ese instrumento tecnológico se aplicaba en el contexto de un programa amplio, integrado y orientado hacia la comunidad. Los decisores en materia de salud empezaron a reconocer a duras penas que la psicología y el comportamiento de la gente son factores determinantes para el éxito de la acción sanitaria...Durante los años ochenta, surgieron ideas nuevas y más equilibradas sobre los programas de salud mental. Se fueron apaciguando las controversias, tales como las suscitadas por el debate de la antipsiquiatría, que habían escindido el campo de la salud mental a finales de los años sesenta y comienzos de los ochenta. Empezaron a desvanecerse las enconadas disputas y las incertidumbres sobre cuáles eran los métodos mejores para avanzar en la vía de la salud mental. Se registraron adelantos revolucionarios en las neurociencias, que estudian el funcionamiento del cerebro, y se vio en los trastornos neurológicos un problema importante de salud pública... (Sartorius & División de Salud Mental de la OMS, 1991, p.3-5).

Con base en esta perspectiva histórica y en las exigencias sociales de la salud mental privatizada, la organización se enfrentó al desafío de elaborar la planificación del programa de salud mental para la década de los 90's. Incluyó cuatro componentes transversales que implicaron, a su vez, el acrecentamiento de los usos culturales y de las experiencias biográficas atravesadas por los relatos de la OMS,

- i) Factores psicosociales y conductuales que influyen en la salud y en el desarrollo; ii) Organización de servicios para prevenir y tratar las enfermedades mentales y neurológicas; iii) Investigaciones biomédicas sobre el funcionamiento de la mente en la salud y en la enfermedad; iv) Prevención y control de los trastornos neurológicos (Sartorius & División de Salud Mental de la OMS, 1991, p.5).

Los cuatro componentes del programa de salud mental de la OMS durante la década de los 90's trataron de dar solución, por lo menos parcialmente, a los agudizadas problemáticas de los individuos neoliberales en los países desarrollados, así como de aquellos individuos proto-capitalistas en países en vías de desarrollo.

El primero de estos problemas fue la desviación de los individuos al interior de las ciudades, "¿Cómo es posible que tantas ciudades se hayan convertido en un terreno

tan fértil para la delincuencia, el abuso de sustancias, las enfermedades, la desmoralización, el insulto humano y la degradación?” (Marsella & Freeman, 1991, p.24),

Muchos factores se interrelacionan para crear comunidades mentalmente insanas. En las ciudades del mundo en desarrollo, al menos el 50% de los residentes, y en algunos casos incluso el 80%, viven en condiciones de extrema pobreza. Estos pobres urbanos corren un riesgo muy alto de contraer enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas degenerativas y también trastornos mentales y patologías sociales; es muy probable que la pobreza, más que la vida urbana en sí misma, sea la principal causa de morbilidad física y mental urbana (Marsella & Freeman, 1991, p.24).

En consecuencia, con el énfasis situado en la pobreza como causa principal de los problemas de salud mental urbanos, la OMS se propuso comprender la vida urbana, las características del entorno al interior de las ciudades, los programas piloto basados en ecosistemas amigables para las ciudades, el desarrollo de los niños y adolescentes en las ciudades, los pacientes psiquiátricos crónicos al interior de las urbes, el vandalismo, la aculturación y la salud mental de los migrantes, el debilitamiento y los cambios en las redes sociales, los trastornos mentales y el comportamiento criminal, las necesidades de atención psiquiátrica de los delincuentes con enfermedades mentales, la contribución de la arquitectura urbanística a la prevención de la desviación ciudadana y a promocionar el proyecto global de ciudades saludables (Blue & Harpham, 1996; Parry-Jones et al., 1991). El público en las urbes sufría con frecuencia: síndromes esquizofrénicos, psicosis agudas, problemas relacionados con el alcohol, trastornos depresivos, drogodependencia, trastornos mentales infantiles, demencia, trastornos neuropsiquiátricos relacionados con el VIH y suicidio. No obstante, la OMS reconoció que la complejidad de estos problemas sobreexcedía su función histórica de liderazgo de cara al concepto de salud mental e instó al fortalecimiento de la red mundial que interconectaba organizaciones, expertos, pacientes y ciudadanía,

Las descripciones de los problemas y programas están anticuadas incluso antes de que se finalicen. La revisión presentada aquí no es una excepción: por lo tanto, debe verse como una instantánea tomada en un punto seleccionado al azar en un proceso, una instantánea

que nos recuerda al pasado y al futuro y nos hace conscientes de las imperfecciones del aparato que estamos utilizando para capturar la riqueza de eventos y características contenidas en un momento del tiempo. Un objetivo central de la participación de la OMS en la investigación en salud mental es la creación de una red mundial de centros e individuos que colaboren en investigación y capacitación sobre temas de importancia para la salud pública en el campo de la salud mental. No hay duda sobre el logro de este objetivo. La OMS ha sido fundamental en el establecimiento de la red de centros e individuos más grande que sigue creciendo, fortaleciendo sus lazos y produciendo resultados que sean útiles para la ciencia y la práctica (Sartorius & WHO Division of Mental Health, 1992, p.24).

El segundo problema considerado como prioritario por la OMS en los años noventa fue consolidar la cooperación internacional en materia de salud mental. Las organizaciones no gubernamentales (ONGs) que colaboraron con el programa de salud mental de la OMS pasaron de una única entidad en 1960 – La Federación Mundial de Salud Mental- a más de dos decenas en 1992, a las que los consumidores de servicios se podían adscribir voluntariamente. Para la OMS los nuevos socios para la cooperación internacional eran las organizaciones de profesionales, pero también aquellas organizaciones de no profesionales, es decir, el público en general (WHO Division of Mental Health, 1994). Las ONGs desempeñaban funciones en la sociedad civil, en los más variados segmentos y sectores,

Asociación Internacional de Prevención del Suicidio...Organización Internacional de Investigación del Cerebro...Buró Internacional para la Epilepsia...Asociación Internacional de Neurología Infantil...Sociedad Internacional de Parálisis Cerebral...Consejo Internacional de Enfermeras...Federación Internacional de Sociedades de Esclerosis Múltiple...Sociedad Internacional de Dolor de Cabeza...Liga Internacional contra la Epilepsia...Asociación Psico geriátrica Internacional...Sociedad Internacional de Neuropatología...Unión Internacional de Ciencias Psicológicas...Comisión Conjunta sobre los aspectos interactivos del retraso mental...Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial...Federación Mundial de Educación Médica...Federación Mundial de Salud Mental...Federación Mundial de Neurología...Federación Mundial de Sociedades Neuroquirúrgicas...Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales...Asociación Mundial de Psiquiatría...(WHO Division of Mental Health, 1992, p.2).

En esta misma dirección, la OMS hizo un llamado a la acción para los países miembros, buscó fortalecer las redes nacionales de conocimiento en salud mental en gobiernos que contaban con programas bien establecidos y financiados (World Health Organization, 1999). En otros tantos casos, como el del continente africano (Comité Regional Africano, 1999; Somasundaram & Van de Put 1999; WHO Regional Committee for Africa, 1994), los países árabes (Abdel Gadir et al.,1999; Okasha, 1999; Qureshi et al.,1999) , China (Chen, 1995), Israel (Al-Krenawi & Graham, 1996), Afganistán (Mohit et al.,1999), Bosnia-Herzegovina, Croacia y Montenegro (Buus Jensen, 1996); la organización instó a acelerar el desarrollo de los programas nacionales y las políticas públicas de salud mental bajo los siguientes parámetros: promoción de la salud mental, aspectos psicosociales de la salud mental, aspectos psicosociales de la atención médica, prevención de trastornos mentales y neurológicos, tratamiento de trastornos mentales, prevención de la discapacidad y rehabilitación de personas con discapacidades mentales y neurológicas, la descentralización/regionalización, la acción intersectorial, la exhaustividad, la justicia, el acceso oportuno, la continuidad en la atención, la participación de la comunidad y la selección de prioridades (WHO Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1996). Las leyes de salud mental nacionales debían cumplir con principios básicos y acciones seleccionadas para promover su implementación (WHO Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1996).

Los esfuerzos de cooperación internacional para globalizar el concepto de la salud mental se hacían necesarios para la organización, en tanto,

El estrés de la vida moderna y los rápidos cambios sociales acelerados por los logros tecnológicos modernos tienen efectos poderosos en la salud mental de las personas y la calidad de su vida. Los factores psicosociales determinan el éxito de los esfuerzos para optimizar el desarrollo económico y proporcionar servicios de salud y otros servicios sociales a la población. Los trastornos mentales son omnipresentes, frecuentes y graves. Afectan a al menos 400 millones de personas en el mundo. Dos quintas partes de todas las discapacidades son causadas por trastornos mentales, psicosociales y neurológicos y una quinta parte de todos los contactos en los servicios de salud en general se producen debido

a ellos. Se ha vuelto posible lidiar con esos problemas de manera efectiva y bien: para hacerlo y aplicar el conocimiento disponible es esencial fortalecer o desarrollar programas nacionales de salud mental (WHO Division of Mental Health, 1992, p.3)

La iniciativa mundial que lideró la OMS para la integración multilateral en salud mental se denominó *Nations for Mental Health* (WHO Nations for Mental Health Initiative & Consultative Group, 1997; WHO Regional Committee for the Western Pacific, 1998). Una apuesta “a nivel nacional para fomentar la salud mental y el bienestar psicosocial a través de decisiones que aumenten la conciencia de los efectos de los problemas mentales, neurológicos y de comportamiento en el bienestar psicosocial y la salud física” (WHO Nations for Mental Health Initiative, 1997, p.5), tuvo dos objetivos básicos “apoyar la implementación de políticas de salud mental y crear proyectos de demostración a nivel nacional para servir como modelos para una difusión más amplia” (WHO Nations for Mental Health Initiative, 1997, p.5). Se centró en las poblaciones desatendidas,

Más allá de las cifras sorprendentes relacionadas con aquellos que sufren de trastornos mentales definidos, existen varios grupos de personas que, debido a circunstancias o condiciones extremadamente difíciles, corren un riesgo especial de verse afectadas por la carga de los problemas mentales. Estos grupos incluyen: personas en extrema pobreza (como habitantes de barrios marginales), niños y adolescentes que experimentan una crianza interrumpida, mujeres maltratadas, personas mayores abandonadas, personas traumatizadas por la violencia en diversas formas (como víctimas de guerras y otros conflictos), migrantes (incluidos los refugiados y otras personas desplazadas) y muchas poblaciones indígenas (WHO Nations for Mental Health Initiative, 1997, p.8).

La OMS estimó que la parte de la carga de la enfermedad atribuible a problemas mentales era el 10,6 por ciento; y que en promedio las afecciones psiquiátricas representaban el 28 por ciento de los años de vida vividos con una discapacidad en todas las regiones del mundo. La salud mental era el mayor problema de salud pública y a su vez el mayor problema de salud para los individuos (Saraceno, 1998). Esto ocasionó una carga definida y una carga oculta,

La carga definida resultante para la comunidad y la familia incluye: los costes de tratamiento y rehabilitación para la comunidad, reducción de la productividad para la comunidad, carga

emocional para los miembros de la familia, costes financieros para las familias, pérdida de productividad para los miembros de la familia y disminución de la calidad de vida de los miembros de la familia... La carga oculta incluye: estigmatización, humillación, aislamiento y desempleo... (WHO Nations for Mental Health Initiative, 1997, p.9).

El modelo de *Nations for Mental Health* de la OMS para disminuir la morbilidad de las afecciones de salud mental estuvo conformado por las siguientes intervenciones: estimular la consciencia y el compromiso político, utilizar el conocimiento existente para crear un marco teórico sólido, desarrollar el capital humano necesario, apoyar los proyectos de demostración local, provisionar los recursos financieros y humanos, promover políticas públicas nacionales de salud mental, promover los derechos humanos y la legislación, y empoderar a los consumidores de servicios de salud mental (WHO Nations for Mental Health Initiative, 1997). En esta primera fase del programa se presentaron proyectos nacionales específicos provenientes de Mongolia, Islas Marshall, Egipto, Yemen, Belice, Bolivia, Africa, China y Sri Lanka, con la condición manifiesta por parte de la OMS (Schene & WHO Nations for Mental Health Initiative, 1998), de que aquellas propuestas debían garantizar procesos de,

1. Adopción - Un proyecto debe ser plenamente adoptado por las autoridades del país, es decir, debe incorporarse al plan de acción de salud mental del país.
2. Replicabilidad - Un proyecto debe llevar el potencial de desarrollo a otros países, al ser factible, visible para fines de promoción y un enfoque integral.
3. Sostenibilidad - Un proyecto debe poder continuar cuando se retire el apoyo de las Naciones para la Salud Mental.
4. Colaboración - Un proyecto debe reunir a grupos locales, incluidas otras organizaciones relevantes dentro del sistema de las Naciones Unidas y ONG que trabajan a nivel nacional.
5. Evaluación - Un proyecto debe evaluarse en términos de si ha alcanzado sus objetivos (WHO Nations for Mental Health Initiative, 1997, p.13).

El tercer problema de interés para la OMS en la década de los 90's fue el empoderamiento del consumidor de servicios de salud mental. Se buscó garantizar el derecho a la *autonomía*, a la representación política, el acceso a las propias historias clínicas, y a no ser estigmatizado con etiquetas discriminatorias. El

consumidor de los servicios de salud mental pertenecía para la OMS al ámbito de la normalidad, de lo socialmente aceptable,

Rápidamente se puso de manifiesto que la participación de los consumidores en la planificación, el desarrollo y la evaluación de los servicios de salud mental es necesaria y útil; y era requisito previo para un diálogo eficaz y equitativo que garantice la participación de los consumidores en las decisiones que les afectan (Bertolote, 1993, p. 29).

El empoderamiento del consumidor requería que la intervención multidisciplinar permitiera tener al individuo una vida con alta funcionalidad social, inclusive en la vejez (WHO Division of Mental Health, 1992). La OMS expresó la necesidad de mejorar los desenlaces clínicos en la atención a largo plazo, en la atención aguda y en la atención comunitaria (WHO Regional Office for Europe, 1996). Los procesos de rehabilitación, el énfasis en las terapias de rápida recuperación, las intervenciones psicosociales y la gestión de casos particulares fueron el pilar fundamental de estas acciones de empoderamiento para los individuos (WHO Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1996; WHO Division of Mental Health & WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness, 1992) .

El cuarto problema que ocupó la atención de la OMS en este periodo de tiempo fue la salud mental en las escuelas. La introducción de la niñez en la semántica y en las prácticas de la salud mental se dio en un contexto de auge de la puericultura, del cuidado del niño con criterios científico y de la crianza como un asunto parametrizado por etapas de desarrollo. Adicionalmente de auge de tendencias investigativas para observar en el cerebro de los niños como aprenden el lenguaje, cómo establecen estructuras fonéticas y fonológicas, cómo avanzan en las relaciones de socialización y de sensibilización cultural. La década de los 90's resignificó a la infancia como sujeto de derecho, en el plano político internacional la OMS consideró que,

La salud mental y el bienestar de nuestros hijos requieren nuestra atención. Hoy en día, podemos ayudar a los jóvenes a vivir vidas más productivas y satisfactorias a través de programas que incluyen educación sobre habilidades para la vida, educación en salud

mental, intervenciones de salud basadas en la escuela y, cuando se indique, tratamiento profesional. Todos los jóvenes de hoy en día se enfrentan a un estrés significativo en sus vidas. Algunos cambios son parte del crecimiento normal, por ejemplo, el crecimiento y los cambios hormonales, así como los cambios en las relaciones que los jóvenes experimentan con los padres y la sociedad. Otras tensiones son más individuales, ya que implican presiones para avanzar en la escuela y ganarse la vida, presiones de los compañeros, movimientos familiares, cambios escolares, peleas de los padres y divorcios, o presión para participar en el abuso de sustancias. Los problemas sexuales y físicos, el SIDA, las catástrofes naturales y las enfermedades físicas graves o crónicas y las hospitalizaciones también pueden causar un estrés significativo. Los jóvenes negocian estas tensiones con diversos grados de resiliencia y dominio...Casi uno de cada cinco niños y adolescentes tendrá un trastorno emocional/conductual...El fracaso académico y el rechazo social a menudo tienen consecuencias duraderas porque limita las posibilidades de una persona de tener éxito en el futuro... En muchas regiones geográficas, las familias y las escuelas son las instituciones sociales más fuertes en la vida del niño...(Hendren et al., 1994, p. 4).

En consecuencia, la OMS propuso un modelo técnico de intervención en salud mental para escolares que podía ser replicable en cualquier institución educativa de los países miembros (Figura 3),

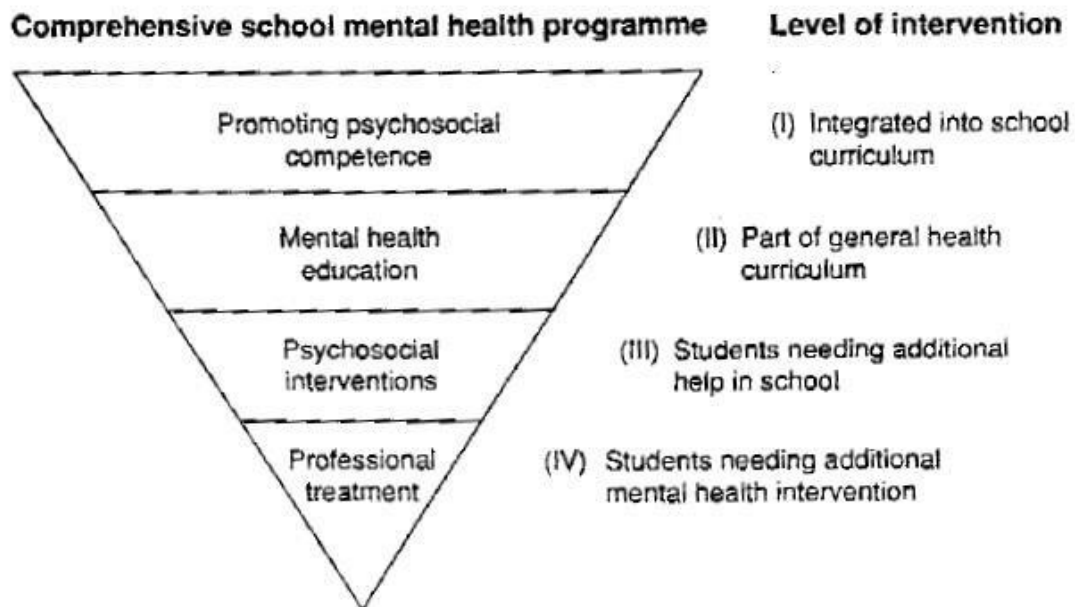
La escuela aparece, pues, como el medio socializador y normativizador por excelencia, como el nuevo «espacio natural» donde la infancia podía ser instruida, moralizada e higienizada. (Huertas García-Alejo, 2008, p. 67)

La OMS impulsó actividades curriculares y extracurriculares para el fomento de la salud emocional en la Red Europea de Escuelas Promotoras de la Salud (Weare & Gray, 1995). Ejecutó la Iniciativa Mundial de Salud Escolar, donde “insta a todas las escuelas a que promuevan la salud mental y sean amigas de los niños, fomentando el aprendizaje cooperativo y activo, la enseñanza de aptitudes para la vida cotidiana y el desarrollo de autonomía” (Birrell & Orley, 1996, p.1). Así mismo, creó manuales y guías de apoyo para maestros y trabajadores de la salud escolar (Seif El Din, 1996) con el objetivo de garantizar adecuadas prácticas educativas en la salud mental del niño y en el entrenamiento para la vida,

La escuela ideal es una institución que tenga un contacto diario sostenido con los niños. Cada niño debe asistir unos 12 años durante el período de formación de su desarrollo. En

las circunstancias adecuadas, se pueden introducir actividades basadas en el plan de estudios y se pueden crear entornos para que los niños aprendan, practiquen y reciban comentarios sobre las habilidades para la vida y la competencia social. Desafortunadamente, en muchos lugares la falta de recursos o compromiso significa que la escolarización de un niño está por debajo del ideal. Por lo tanto, los sistemas escolares deben diseñarse para que los niños puedan disfrutar del máximo beneficio de ellos, por breves que sean sus días escolares. Además, es crucial que todos los involucrados en la educación de los niños: padres y maestros, trabajadores sociales, médicos y enfermeras escolares, cuando estén disponibles, apoyen y trabajen para tal objetivo (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1998, p.8).

Figura 3. Modelo de Intervención en Salud Mental para Escolares de la OMS. (Hendren et al., 1994).



El quinto problema para la OMS en lo que concierne al concepto de salud mental en los años 90's estuvo conexas con *Nations for Mental Health*, y consistió en trasladar las significaciones y las usanzas de la salud mental hacia la atención de poblaciones consideradas como vulnerables. La salud mental se consideró como una política de vida que con una mixtura de técnicas y tecnologías entre públicas y privadas podría ayudar a los grupos sociales históricamente marginados y sin

suficiente reconocimiento (Honneth, 2010): los refugiados (Organización Mundial de la Salud, 1997; WHO Division of Mental Health & Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 1992), las mujeres (Dennerstein et al., 1993; Tansella, 1998), los Indígenas (World Health Organization, 1999) y los privados de la libertad (WHO Regional Office for Europe, 1999).

A manera de conclusión, para cerrar este segmento y para preparar el siguiente, debe exponerse que la mirada histórica del concepto de salud mental en la OMS ha permitido identificar las diferentes fases de desarrollo semántico y pragmático de la significación: génesis conceptual, salud mental comunitaria, salud mental ampliada y salud mental privatizada. Del mismo modo, que comprender desde un relato fidedigno las transformaciones culturales y los procesos de globalización que acompañaron cada una de las fases particulares. Lo que aquí se puede reconocer con claridad es la participación de la OMS en el direccionamiento ideológico del concepto de salud mental en las más variadas espacialidades y temporalidades de la política oficial en los estados nacionales. La normativa proyección social y teórica de la OMS permitió que la salud mental en la segunda mitad del siglo XX se popularizara y difundiera hasta ocuparse de asuntos íntimos y privados de los individuos.

1.2 Concepto de Salud Mental en la Organización Panamericana de la Salud y en el Ministerio de Salud de Colombia

En líneas generales el vínculo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MINSALUD) con el concepto de salud mental se remonta al movimiento de higiene mental, fundado en los Estados Unidos de América en el año de 1908, por miembros de la sociedad civil, como un conjunto de acciones renovadoras en el campo de la psiquiatría clínica para proteger los derechos humanos de los pacientes y para disminuir la discriminación asociada a los diagnósticos mentales. La higiene mental reflejó, en buena medida, en las sociedades europeas y en la sociedad estadounidense el papel desempeñado por las utopías científicas inspiradas en los ideales de regulación y de defensa social,

Es comúnmente aceptado que en el III Congreso Internacional de Salud Mental que organizó la British National Association for Mental Hygiene en Londres, en 1948, se produjo este cambio de término: "higiene" mental fue reemplazado por "salud" mental, lo que implicaba entre otras cosas abandonar, al menos en parte y sobre el papel, las ideas eugénicas, de tanta importancia en el seno del movimiento internacional prohigiene mental (Dowbiggin, 1997), y las relaciones entre higiene mental y racial tan en boga antes de la contienda mundial y ahora, tras los excesos nazis, de muy triste recuerdo (Gittelman, 2006). Como expresaba el psiquiatra español Tomás Busquet en 1928: "La higiene mental es una ciencia esencialmente práctica e involucra dos finalidades distintas. Una puramente humanitaria y otra francamente egoísta, de protección y de defensa de la sociedad y de la raza" (Busquet, 1928: 387-388) (Huertas, 2017, p.16-17).

De la Higiene Mental a la Salud Mental en las Américas

La higiene mental durante el periodo de la posguerra se convirtió en uno de los elementos preventivos centrales del campo de la salud mental, hasta difuminarse y ser recogido en la nueva conceptualización. Algunas de las primeras disertaciones

encontradas en los archivos de la OPS sobre higiene mental y salud mental datan del año 1931,

La salud mental o psíquica es más difícil de definir que la física. La última, de la cual no puede separarse netamente la primera, denota algo más que la falta de síntomas reconocibles de una enfermedad bien definida, y lo mismo reza con la salud mental. La mente comprende fuerzas divergentes, incluso funciones de adquisición, asociación, emoción y expresión y se halla sometida a las leyes de la naturaleza y de las variaciones, en cuya capacidad subsuma las relaciones sociales del individuo, por lo cual, merced a su funcionamiento, puede justipreciarse la personalidad... En su sentido más amplio la salud mental va más allá y puede ser definida como el amoldamiento de los individuos a sí mismos y al mundo en general, con un máximo, desde el punto de vista social, de eficacia, satisfacción, alegría y conducta, más capacidad para arrostrar y aceptar las realidades de la vida... En su grado máximo, la salud mental podría, pues, ser descrita como el estado que permite a un individuo alcanzar el éxito mayor que permiten sus dotes con un máximo de satisfacción para sí mismo y para el orden social, y un mínimo de fricción y de tensión...El predominio de los trastornos funcionales y su posible alivio y prevención constituyen una gran promesa de la higiene mental, aunque hay que recalcar más bien el alivio y prevención de los orgánicos...La meta final, pues, de la higiene mental consiste, por un lado, en la prevención de la indisposición mental, y por otro en la elevación de las personalidades sanas a sus potenciales máximos...(Pan American Health Organization, 1931, p.1431-1432).

La OPS consideró a la higiene mental como una *biopolítica* (Foucault, 1979) interventora propia de la salud mental, “toca la misma raíz de nuestros problemas sociales más urgentes. El suicidio, el divorcio, la dependencia, la delincuencia, el crimen, el desajuste industrial y un sinnúmero de otras dificultades personales y sociales” (Pan American Health Organization, 1931, p.1434). Así mismo, solicitó la intervención de la infancia como senda predilecta para las acciones higiénicas preventivas, al concluir que las enfermedades graves y refractarias en los individuos adultos fueron originadas en fases iniciales de la vida. Prevenir implicó desplegar sobre los niños medidas sanitarias y educativas para el control social, “la infancia ha sido llamada con razón la edad de oro para la higiene mental” (Pan American Health Organization, 1931, p.1435). La OPS trazó la vía de la remediación para los problemas de salud mental en los pobladores de las Américas en “3 ramos principales en los que existen medios, si bien insuficientes, de fomentar la salud

mental y combatir la mala salud, a saber: (1) prevención remedial y terapéutica; (2) prevención constructiva; (3) investigación” (Pan American Health Organization, 1931, p.1436). La organización reforzó la adhesión al concepto de salud mental al modernizar la semántica constitutiva de los procesos salud-enfermedad que pretendía auditar y coordinar,

Si al pensar en las funciones mentales, empezamos por usar el término familiar de “salud” en vez de “higiene,” lo cual coloca la salud mental al mismo nivel que la salud física, y si pensamos en el ser humano en acción en términos de comportamiento más bien que de mentalidad, me parece que escaparemos en gran parte de la confusión que existe o que ha sido creada. Si descartamos la palabra “normal” por “adecuado,” se me antoja que también descansaremos sobre un pedestal mucho más firme (Casparis, 1936, p.970).

En el año de 1934 la OPS analizó la asistencia mental en las colonias francesas de América: Saint-Domingue, Santa Lucía, Dominica, Guadalupe, Martinica y Guyana. La organización considero que “las colonias francoamericanas están mejor organizadas que las demás, porque son mucho más antiguas, están menos alejadas y mejor agrupadas” (Pan American Health Organization, 1934), así como presentaban bajas tasas de patologías psiquiátricas. El único reparo realizado por la OPS al modelo de atención colonial francés fue el hecho de permitir a algunos de los condenados por delitos penales, inscribirse en el régimen hospitalario, se convirtieron en enfermos administrativos. La flexibilidad legislativa había permitido a los presos pedir el favor de permanecer entre los alienados mentales. La OPS determinó que debía separarse concluyentemente el hospital mental de la cárcel, eran dos regímenes disciplinares diferentes, ambos objetos de las prácticas preventivas de la higiene mental.

En el año de 1939 la OPS publicó los propósitos y los métodos que debía contener el programa de salud mental en las Américas que empezó en implementación,

Propósitos- (1) Enriquecer la vida mediante la obtención de finalidades dignas, obteniendo así mayor seguridad y satisfacción, y mejores ajustes. Entre las metas a que debe aspirar el individuo pueden mencionarse autoaceptación, autocomprensión, y autoorientación. (2) Prevención de todas las anomalías, ya importantes o banales, y en particular demencia,

criminalidad, e infelicidad, mediante la preparación temprana, el diagnóstico temprano de los signos de desajuste, y la corrección temprana de toda desviación anormal. (3) Tratamiento más científico de los incapacitados mentalmente, dementes, criminales, débiles mentales... Métodos (1) Preparación de maestros en los colegios normales y otros; adecuada preparación psiquiátrica en las facultades de medicina. (2) Educación de los padres. (3) Educación prepaternal. (4) Clínicas de orientación infantil, higiene mental, y de psiquiatría; hospitales para psicópatas, y salas de psiquiatría en los hospitales generales. (5) Humanizar y socializar la educación desde las casas-cunas hasta las escuelas profesionales (Pan American Health Organization, 1939, p.450).

Estos planteamientos programáticos de la OPS dispusieron en la salud mental la extraordinaria capacidad de ordenar realidades cotidianas, en tanto incluyó en sus quehaceres las metas individuales para el equilibrio psíquico, exaltó la *autonomía* como valor cardinal (Ehrenberg, 2005), postuló la prevención de la subnormalidad mental (Tizard, 1954), la prevención del crimen, la infelicidad y la psicopatología en las fábricas (Ling, 1956), propuso la búsqueda de umbrales de científicidad para justificar intervenciones, e instaló el concepto en los núcleos disciplinares de la formación de profesionales,

Probablemente el primer paso debería ser llevar a cabo un programa de adiestramiento en trabajos de campo con quienes, ya sea a tiempo parcial o a tiempo completo formen parte del personal del Departamento de Salubridad, y que previamente hayan recibido entrenamiento sobre psicología, psiquiatría e higiene mental. Cursos de corta duración (cursillos), ofrecen magnífica oportunidad para la orientación de los médicos sanitarios (Schumacher, 1950, p.1031).

Salud Mental Comunitaria en las Américas

Las actividades preventivas en el campo de la salud mental promovidas por la OPS fueron ejecutadas en su gran mayoría por el sectorial de la salud pública. Esta disciplina social venía trabajando con colectividades vulnerables en el continente para el mejoramiento de las condiciones de la vida. En la década de los 50's y de los 60's la salud mental se deslocalizó de la exclusividad del régimen psiquiátrico,

se intentó expulsar de los manicomios para hacerla florecer en el espacio de la comunidad –atención *in situ* del paciente-,

La forma en que se propagó a toda la sociedad esta nueva moral sanitaria del siglo XIX me lleva a pensar que, al parecer, quienes participamos en el movimiento pro-higiene mental tenemos a veces la impresión de que somos los primeros descubridores, y los más expertos artífices de la educación sanitaria del público. Hasta que no nos fijamos en los experimentos de educación sanitaria que los trabajadores de salud pública realizan en diversos lugares del mundo -por no hablar de la labor educadora en la esfera del fomento agrícola, de la educación fundamental o del desenvolvimiento de colectividades-, no nos damos cuenta de que no somos los únicos en la tarea de aportar a la educación sanitaria del público un caudal de conocimientos y experiencia. Además, hemos de hacernos a la idea de que la única manera de que nuestra colaboración sea eficaz consiste en que nos decidamos a comprender y compartir las tradiciones, los métodos y los objetivos del trabajador de salud pública, y en esto es en lo que tan frecuentemente hemos fracasado como psiquiatras. Nuestro fracaso se ha debido tanto a la falta de modestia y de comprensión de lo que la medicina preventiva es y así como la relativa escasez de nuestros conocimientos etiológicos (Hargreaves, 1955, p.472).

Otra de las disciplinas académicas que a criterio de la OPS aportó significativamente a la atención sanitaria en el marco de la salud mental comunitaria en las Américas, fue la enfermería (Kant, 1955), en específico por la sensibilidad y escucha que desplegó durante el acercamiento a las problemáticas de los enfermos,

En el ejercicio de nuestra profesión y al margen de ella, nos encontramos con seres que sufren problemas emotivos, sufrimiento que suele traducirse en un rendimiento deficiente de su trabajo que no está de acuerdo con su capacidad individual, en interrelaciones defectuosas, mala salud física, aparente o real, hospitalizaciones y convalecencias prolongadas, complicaciones a veces inexplicables, etc. La enfermera, por sus contactos profesionales, está en una situación especial, privilegiada, para servir de confidente a muchos, situación que, de por sí, tiene cierto valor psico-terapéutico y, por otra parte, la coloca en posición de aconsejar, en casos especiales, la consulta de un especialista (Kant, 1956, p.1).

La salud mental comunitaria, así como la higiene mental, ancló sus intervenciones sobre los escolares y los regímenes profesoriales. La escuela se configuró como “un espacio de control social y regulación política, susceptible de ser estudiada desde

distintos puntos de vista, según se considere la educación como reproducción de mano de obra dócil y disciplinada; como protección y oportunidad (no necesariamente opresiva)” (Huertas García-Alejo, 2008, p. 67). La OPS impulsó la enseñanza de la salud mental en las instituciones educativas de los países de la región, con los siguientes objetivos,

1. Enseñar a ver a grupos profesionales docentes el objeto: “Salud Mental”.
2. Promover en profesionales docentes un interés por la defensa de la salud mental.
3. Informar a profesionales docentes del conjunto de técnicas y métodos que permiten desarrollar, con carácter científico, dicha defensa, es decir, informarles de la existencia de la higiene mental.
4. Desarrollar e incrementar actitudes positivas hacia los beneficios que derivan de adecuadas prácticas de relaciones humanas, a través del funcionamiento de grupos de profesionales convocados a examinar conjuntamente, con el equipo ejecutor de este programa, el tema de: “La naturaleza de la salud mental” (Allair & Tobar, 1962, p.1).

Los avances investigativos de la OPS en la década de los 60’s emprendieron la tarea de caracterizar el conjunto de transformaciones sociales en las Américas que favorecían el fortalecimiento de la lingüística y de los usos experienciales de la salud mental. Entre estas condiciones de posibilidad, se resaltó el deterioro de la empresa en el marco del liberalismo económico, el desenvolvimiento vital en medio de *sociedades del espectáculo* (Debord, 1967), el asentamiento de gruesos poblacionales en las ciudades, la transculturación de los habitantes rurales (Rotondo et al.,1962), el deterioro de la calidad de vida en centros urbanos hacinados y empobrecidos, la delincuencia juvenil, la desintegración de la familia tradicional y las dificultades para la adaptación y gobierno de los individuos como efecto de la explosión demográfica,

Del ambiente de seguridad y protección pasó al de profunda inseguridad vital y a la angustia de la destrucción propia o la que surge de la necesidad de destruir a otros. De artesano paso a constituirse en autómatas del maquinismo con la consiguiente frustración de su tendencia creadora, el anonimato de su esfuerzo y una pérdida de relación humana con la empresa que hace difícil una adecuada identificación con el grupo, provocándose la consiguiente frialdad ambiental. Tantos fenómenos sociológicos han provocado desajuste mental que ha dado lugar a que se hable de la personalidad neurótica de nuestro tiempo. Los medios de difusión cultural tienen ahora un poder y un alcance extraordinarios que los han convertido

en los verdaderos modeladores de la cultura. Radio, prensa y televisión son los que indican qué bebida hay que tomar, qué cigarrillos fumar, que costumbres son las admiradas y cuál es el tipo de relaciones humanas que deben primar en el ambiente. Esa excesiva estimulación, que evita por otra parte el trabajo de pensar lo que se desea, unida al ambiente de miedo y agresión latentes, a la ansiedad por la velocidad y al exceso de libertad, han dado como consecuencia una angustia flotante en un individuo que no sabe lo que quiere, ni quién es, ni adónde va. Esta vacuidad del hombre de las grandes ciudades actuales le obliga a ponerse la careta que le impone el medio ambiente, pues el dios de la estandarización le obliga a no alejarse demasiado del común denominador, so pena de aislamiento. Pero esta aglutinación miedosa y frustrante de personas, hace absolutamente frías las relaciones humanas y el hombre padece por falta de afecto verdadero dentro de una soledad inmensa en medio de las multitudes. No es raro que, en esta época, como ya hemos observado en otras anteriores, en la que el conflicto mental se ha hecho muy ostensible, los miembros de la colectividad se preocupen por resolver sus problemas volviendo sus ojos hacia la higiene mental (Velasco & Cabildo, 1962, p.6).

En el año de 1962 entre el 23 de noviembre y el 3 de diciembre se celebró el Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental. Este espacio institucional de la OPS fungió a modo de red continental para construir el aparataje ideológico de coordinación para las políticas de salud y los modelos asistenciales nacionales. Se describió la asistencia de las delegaciones de: Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua y Panamá. Además de consultores internacionales de la transcendencia intelectual de Erich Seligmann Fromm. Mientras lo global en lo local era agenciado por la OMS, en este caso, los aspectos de lo regional en lo nacional eran agenciado por la OPS,

La transformación de las condiciones en que viven más de 420 millones de habitantes de las Américas, en los aspectos biológico, ideológico, político, económico y social, se refleja en la salud mental por diversas manifestaciones que constituyen, a veces, verdaderos problemas. Esta situación exige más que nunca que se dé atención preferente al fomento de la salud mental. El crecimiento de la población latinoamericana, casi del 2,5 % anual, determina un aumento en las necesidades humanas que no va acompañado del correspondiente incremento de recursos. Esto da lugar a una desproporción, cada vez mayor, entre los deseos de una población que, por estar mejor informada, tiene mayores deseos de progreso e igualdad, y las posibilidades reales de satisfacer la demanda que existe hoy en los países. La industrialización, la urbanización y los sucesos de la política internacional, plantean

conflictos en los individuos que modifican los sistemas de valores éticos, los papeles tradicionales de la autoridad del hombre y de la mujer y transforman la dinámica familiar. Esto tiene importantes repercusiones en la salud mental y, por supuesto, en la organización social y en el desarrollo económico de los diversos grupos humanos del continente americano. La Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en las Américas, al imponerse como tarea inmediata la de señalar la existencia del problema y producir un cambio favorable en la actitud que ha prevalecido en relación con la salud mental, organizó el Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental (Pan American Health Organization, 1962, p.6).

El Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental abordó diversas temáticas en las conferencias centrales. *Los propósitos y proyecciones del seminario latinoamericano de salud mental*, “cuestionó que la actitud de las sociedades de la América Latina con respecto a la prevención de las enfermedades mentales, no se ha modificado sustancialmente en los últimos 400 años” (Horwitz, 1962, p.3), así mismo, que “de las 102 escuelas de medicina de la América Latina, hay varias de ellas que aún no enseñan psiquiatría. De las 9 escuelas de salud pública, sólo 3 imparten algunas clases sobre salud mental” (Horwitz, 1962, p.4), e instó a la creación de programas nacionales de salud mental con las respectivas asignaciones presupuestarias. Esta conferencia se opuso a la separación básica entre enfermedad/trastorno mental y enfermedades del cuerpo. Las experiencias mediadas por la salud mental suponían la combinación de ambos procesos en el ámbito sanitario,

Cometemos el error, en suma, de separar dos elementos que son indivisibles: lo físico y lo mental. Hacerlo, sólo exhibe un pensamiento y una forma de abordar el problema que ya son anacrónicos, puesto que lo esencial es una acción sistemática y organizada, dirigida a la creación de condiciones que permitan el desarrollo integral del ser humano. En este Seminario se plantea la posibilidad de analizar el concepto de salud mental en sus verdaderas proyecciones. Asimismo, la forma objetiva, científica y humana de realizarlo, trascendiendo las dicotomías aristotélicas y tratando de integrar, en doctrina y en práctica, los programas respectivos en los de cuidado general de la salud. Será necesario considerar la asistencia y rehabilitación del enfermo mental, la enseñanza y la investigación, así como los métodos que se han demostrado de valor para las prioridades específicas y generales del problema (Horwitz, 1962, p.4).

La conferencia denominada *el humanismo rector de la salud mental* llamó la atención sobre la poca atención brindada por parte de los gobiernos de la región al problema de lo psíquico, en comparación con las enfermedades infectocontagiosas, la vacunación, el agua potable, la erradicación del paludismo, la fiebre amarilla y la tuberculosis. Advirtió en esta priorización de la atención hacia los problemas físicos una desproporción peligrosa,

A medida que adelanta la medicina preventiva y curativa asistencial, el hombre desarrolla toda su capacidad y se mete por todos los caminos que suponen la carrera ambiciosa para acumular conocimientos, riqueza y poder, pero ¿de qué le sirve al hombre poseer el universo, si resulta ser él la víctima de la ansiedad, de la incertidumbre y de la angustia? (Velasco, 1962, p.6).

De igual forma, sentenció que “los miembros de esta sociedad no serían jamás felices sino se fomenta su salud mental positiva, con los distintos significados que alcanza, de acuerdo con sus condiciones económicas y socioculturales” (Velasco, 1962, p.6). Esta conceptualización adoptada por la OPS en 1962, como “salud mental positiva”, coincide con sociólogos contemporáneos que definen para la psique contemporánea un afecto característico, la felicidad (Ehrenreich, 2009; Illouz & Cabanas, 2019). La “salud mental positiva” es una inmadura forma de individualizar los problemas mentales. Este paradigma descarga sobre el individuo fracturado la tarea de crecer frente a la adversidad, niega la posibilidad de ejercer duelo sobre vectores que desencadenan la situación negativa, rechaza la tragedia inherente a la existencia humana, culpabiliza del propio sufrimiento, desconoce las causalidades externas y estructurales que detonan las encrucijadas personales, elimina espacios de protección social para los que sufren y anula sentimientos comunes para sobreponerse a la crisis como, la generosidad y la compasión. El afecto de la felicidad a modo de imperativo social tendría una consolidación posterior en la salud mental, con la fundación en el año de 1998 de la *psicología positiva* por parte de Martin Seligman. Una vertiente hegemónica de la psicología en las narrativas de la subjetividad en la fase actual del capitalismo de consumo.

La conferencia referente a *la salud mental en las américas* realizó un diagnóstico de los problemas de salud mental en la región. Llamó la atención sobre el aumento de las necesidades socioeconómicas en latinoamericana por el crecimiento poblacional. El incremento de la expectativa de vida al nacer. Los retos de la tendencia social hacia la urbanización. El número deficitario de camas de hospital mental por cada 100.000 habitantes. El acelerado aumento de decesos e internaciones por patología mental. La situación fue descrita como grave y urgente. Sin embargo, se resaltó como una trayectoria institucional sobresaliente, que las,

Actividades de higiene mental y las instituciones nacidas del llamado movimiento pro-higiene mental, se inician en el Continente Americano, en Estados Unidos, el año de 1908, con las gestiones de Clifford W. Beers y se extienden al resto de los países, a partir de 1930, en que se efectuó el Primer Congreso Internacional de Higiene Mental, en Washington. La Segunda Guerra Mundial produjo un renovado interés por estas actividades, y a partir del año de 1948, en que se fundó la Federación Mundial para la Salud Mental, se reactivaron las actividades por la higiene mental y se organizó la mayor parte de las Ligas Nacionales de Higiene Mental. También los gobiernos se hicieron eco de estos esfuerzos que culminaron en la creación de los Departamentos o Institutos Nacionales de Salud Mental. A la fecha, solamente la mitad de los países cuentan con organismos gubernativos encargados de la salud mental... Actualmente se encuentran representados en el Continente todos los tipos de instituciones de salud mental, desde el asilo tradicional, hasta los programas de salud mental integrados, los servicios de psiquiatría en los hospitales generales, los consultorios externos y clínicas especiales, clínicas de conducta y de guía infantil, tribunales de menores, escuelas y centros psico-pedagógicos para niños con problemas de aprendizaje y de conducta, hospitales diurnos, nocturnos, granjas de rehabilitación, colonias psiquiátricas, servicios de emergencia o pronto-socorro psiquiátrico y centros educativos diversos. La mayor parte de estas instituciones se encuentran en las grandes ciudades, en donde existen mayores facilidades y mayor concentración de población (Velasco, 1962, p. 27).

El Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental también abordó la epidemiología de los problemas de salud mental (Horwitz, 1962), la rehabilitación de la salud mental (Roberts, 1962), la enseñanza de la salud mental (Lemkau, 1962), la salud mental en los planes de salud pública (Querido, 1962) y las investigaciones de avanzada en salud mental (Pan American Health Organization, 1963; Yolles, 1962).

En el año de 1963 entre el 8 y el 14 de septiembre se celebró el Segundo Seminario Latinoamericano de Salud Mental. En esta ocasión la OPS reconoció los retos y desafíos que enfrentó la implementación del programa de salud mental en América Latina. La insuficiente información estadística, la falta de consciencia en la colectividad, los prejuicios arraigados en lo referente a la enfermedad mental, la presión ejercida sobre los sistemas sanitarios por enfermedades endémicas y epidémicas, la inexistencia de una clasificación o nomenclatura psiquiátrica satisfactoria; requería en su conjunto que,

Los gobiernos establezcan departamentos o secciones de salud mental orientados con carácter técnico, tanto de alcance nacional como local. Dichos organismos deben contar con personal y presupuesto adecuados a la tarea que les incumbe. Estos servicios deberán iniciar los estudios tendientes a la evaluación de dicha magnitud y al mismo tiempo prestar atención inmediata a aquellos aspectos del problema que tienen una mayor trascendencia. La coordinación de los estudios y los programas de salud mental deberán llevarse a cabo, además, en el orden internacional (Pan American Health Organization, 1963, p.14).

A las dificultades de tipología técnica descritas por la OPS se adicionó la crisis del hambre en América Latina. La desnutrición azotaba regiones urbanas y rurales, con determinación deponía en inferioridad mental a la niñez del continente,

Una de las recomendaciones del Grupo Científico de Investigación de la OPS en Malnutrición Proteico-Calórica fue que una reunión de investigadores activos y los especialistas apropiados se reuniera para debatir el diseño y las técnicas de estudio del desarrollo mental y psicológico del niño en relación con la nutrición, el estrés psicológico y la privación emocional. Para poner en práctica la recomendación anterior se celebró una reunión de planificación el 22 de septiembre de 1964 en la sede de la OPS y se convocó una Conferencia sobre Malnutrición y Desarrollo Mental el 14 de diciembre en los Institutos Nacionales de Salud, Bethesda, Md (Pan American Health Organization, 1965, p.1).

La desnutrición en la infancia “conduce a retraso en el desarrollo neural y/o a diferencias en la conceptualización, la comunicación y el rendimiento intelectual” (Pan American Health Organization, 1965, p.2). En los países en desarrollo el deterioro a la salud mental por desnutrición proteico-calórica en las formas “crónicas leves a moderadas afectan a entre el 60 y el 70% de todos los niños en edad

preescolar, aproximadamente 400 millones” (Pan American Health Organization, 1968). Los estudios desarrollados en escolares chilenos de familias pobres concluyeron que existía relación entre la disminución en la inteligencia, la escasa estimulación familiar y el insuficiente consumo de proteínas. Estudios controlados realizados en el preescolar colombiano precisaron que la falta de estimulación física o cognitiva y la inadecuada nutrición tiene consecuencias en la capacidad intelectual (Monckeberg, 1973). Según las investigaciones realizadas en América Latina por la OPS, las afectaciones a la salud mental en los niños de los barrios marginales eran producidas por el hambre y las privaciones culturales de los hogares,

Esta situación coincide con un momento en historia de la humanidad cuando las aptitudes individuales, la forma física y una buena capacidad mental son cada vez más necesarios para aplicar los avances tecnológicos en los países en desarrollo, a fin de competir con los logrados en los países bien desarrollados. Por lo tanto, si la situación no se controla, la brecha ya existente en materia de formación y cualificación entre los países desarrollados y los subdesarrollados seguirá aumentando. ¿Cuál sería la situación resultante? El número de personas subalimentadas, subformadas y subeducadas en el mundo seguirá aumentando, lo que dificultará aún más cualquier contacto con el resto de las sociedades favorecidas. Por otra parte, podríamos estar asistiendo a una situación en la que aproximadamente dos tercios de los niños en edad preescolar del mundo se están convirtiendo en discapacitados mentales...La disminución de la disponibilidad de alimentos per cápita, provocada por el rápido crecimiento de la población, es uno de los factores responsables de la situación descrita... (Pan American Health Organization, 1968, p.7).

La crisis por desnutrición en los niños en la década de los 60's fue el principal problema de salud mental de las Américas, en la región caribe, en la región central y en la región sur. Esta situación humanitaria evidenció un contraste radical con las *sociedades de la abundancia* que se fortificaban en la región norte de la OPS – a excepción de México-. En los Estados Unidos de América y en Canadá la obesidad infantil empezó a configurar un problema de salud pública. La enriquecida e industrializada (Chanoit & Chanoit, 1967) región norte se aproximó a los problemas de salud mental de la niñez desde perspectivas sociales aventajadas, en ocasión de los patrones familiares y el cuidado del niño, los cambios en la autoridad y en la conformidad de los niños, en los efectos de la separación de los padres y en la

mediación terapéutica de los trastornos nerviosos. La OPS enfrentó en la jurisdicción territorial que le correspondía coordinar realidades asimétricas.

En el año de 1966 la OPS expuso una renovada versión del programa de salud mental para las Américas, se basó en estudios epidemiológicos (Pan American Health Organization, 1966) así como en “definiciones de calidad científica progresiva (nominal, ostensiva, real, condicional y postulacional)” (Horwitz & Marconi, 1966). La organización delimitó salud mental como un “estado de equilibrio intrapsíquico, balance en las relaciones interpersonales y adaptación social, un ingrediente indispensable de la salud integral, y su pérdida, representada por la enfermedad mental y los desajustes de la personalidad, constituyen un grave problema de salud pública” (Pan American Health Organization, 1966, p.1). En la ejecución del programa se formuló una serie de procedimientos para que fueran adoptados al interior de los estados miembros,

1. Preparación de personal.
 - 1.1. Preparación de psiquiatras por medio de programas de residencias de tres años de duración. El adiestramiento no se debe reducir a la experiencia clínica en los hospitales psiquiátricos, sino que además debe incluir trabajo en los hospitales generales, en los servicios de psiquiatría de la comunidad y en los servicios psiquiátricos infantiles.
 - 1.2. Adiestramiento de enfermeras graduadas en psiquiatría y salud mental con prácticas en la red de servicios psiquiátricos de la comunidad.
 - 1.3. Especialización de psicólogos generales en psicología clínica, psicología escolar y psicología industrial.
 - 1.4. Adiestramiento de trabajadores sociales psiquiátricos.
 - 1.5. Preparación de técnicos en terapia ocupacional.
 - 1.6. Adiestramiento en salud mental de médicos generales, médicos de salud pública y enfermeras de salud pública.
2. Instalación de servicios de prevención y tratamiento.
 - 2.1. Centros comunales de salud mental, dispensarios psiquiátricos, clínicas de conducta, hospitales de día, centros especiales para alcohólicos, epilépticos, etc.
 - 2.2. Salas de psiquiatría en los hospitales generales.
 - 2.3. Hospitales psiquiátricos.
3. Investigaciones.
 - 3.1. Investigaciones epidemiológicas generales.
 - 3.2. Estudio de problemas especiales tales como la epidemiología del alcoholismo, epilepsia, accidentes, homicidios, etc.
 - 3.3. Estudios sobre las condiciones de vida en las poblaciones marginales y su influencia en la salud mental.
 - 3.4. Estudios sobre actitudes de la población general hacia la enfermedad mental, las instituciones psiquiátricas, hábitos de consumo de bebidas alcohólicas, etc.
 - 3.5. Influencia de la desnutrición en la salud mental.
 - 3.6. Estudios genéticos.
 - 3.7. Medidas terapéuticas.
 - 3.8. Investigaciones sobre el funcionamiento cerebral.
 - 3.9 Otros estudios

(alucinógenos, comunicación, problemas de la vejez, dinámica de población y salud mental, etc.) (Pan American Health Organization, 1966, p.4-5).

Los lineamientos de la OPS (1966) estaban dirigidos a modernizar el espacio asilar e instaurar de forma definitiva el modelo de salud mental comunitaria y colectiva en las Américas. Este direccionamiento internacional tuvo repercusiones en países como Colombia. En 1967 el Ministerio de Salud Pública de este país emitió las normas y el reglamento interno para unidades psiquiátricas en los hospitales generales. La unidad mental tendría como funciones, “A. Promoción y prevención: educación, prevención de las enfermedades mentales, prevención de la invalidez mental. B. Recuperación: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación. C. Investigación y Docencia: aspectos psicológicos y sociales de la salud mental, docencia médica y paramédica” (Ministerio de Salud Pública, 1967, p.2). El modelo sanitario colombiano integró la concepción de hospital mental abierto propuesto por la OMS para el cuidado del paciente, con “atención continua de tipo hospital diurno y nocturno. Es decir, los enfermos se internan durante el día y por las noches retornan a sus domicilios; o viceversa, pasan el día en sus labores o en sus casas” (Ministerio de Salud Pública, 1967, p.2). La estructura organizativa de la unidad mental reivindicó la atención multidisciplinaria característica de los enfoques preventivos trazado por la OPS (Figura 4).

La atención comunitaria del paciente mental exigió a la OPS la conformación de grupos de trabajo para promover las apropiaciones nacionales. El grupo de trabajo sobre la administración de servicios psiquiátricos y de salud mental se reunió entre el 14 y el 19 de abril de 1969. Este espacio institucional se pronunció en contra de la reclusión manicomial y dio cuenta de los progresos ideológicos alcanzados, substancialmente por el reconocimiento de los derechos y de la dignidad humana,

Como consecuencia de los avances en el tratamiento psiquiátrico y la psiquiatría social, parece que los principales trastornos psiquiátricos graves y algunos de los moderados pueden ahora tratarse eficazmente y que la institucionalización a largo plazo se convierte cada vez más en una modalidad del pasado. La atención a largo plazo del paciente recluido en hospitales psiquiátricos, procedimiento peligroso para el paciente y oneroso para la

comunidad, se sustituye ahora por el tratamiento en clínicas de consulta externa, recurriendo sólo con fines especiales al tratamiento a corto plazo en un hospital mental o, de preferencia, en los servicios psiquiátricos integrales de los hospitales generales. En consecuencia, los pacientes permanecen la mayor parte del tiempo en la comunidad, en sus hogares, y no en el hospital como ocurría antes (Pan American Health Organization, 1969, p.13).

**Figura 4. Estructura Organizativa Unidad Mental en Colombia.
(Ministerio de Salud Pública, 1967).**

- A.- Jefatura, de ésta formarán parte:
- El Jefe de la Unidad
 - La Secretaria
- B.- Los Servicios Administrativos y Generales que serán los mismos del Hospital General.
- C.- Los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento - (Radiología, Laboratorio, Farmacia, Anatomía Patológica, Electroencefalografía etc.) que serán los mismos de que disponga el Hospital. Podrán ser una excepción la Labor terapia y la Psicología Clínica.
- D.- El personal médico psiquiátrico de la Unidad quien tendrá a su cargo:
- La Consulta Externa y la Urgencia Psiquiátrica
 - El Servicio de Hospitalización correspondiente
 - Las Interconsultas intrahospitalarias
 - La atención domiciliaria
- E.- Los Servicios Psiquiátricos Para-médicos estarán integrados por las Secciones de Enfermería, Alimentación y Dietética, Servicio Social, Estadística y Archivo de Registros Médicos que serán los mismos del Hospital General.
- F.- La magnitud y organización de los Servicios de Docencia e Investigación dependerá de si el Hospital o la Unidad están vinculados o no a las Escuelas o Facultades Médicas o Para-médicas.

La OPS asumió el objetivo de construir hospitales psiquiátricos modernos (Narváez, 1973), en los cuales, la humanización, la comprensión y la funcionalidad social

fueran determinantes en el accionar psiquiátrico y en las practicas higiénicas (Cabildo, 1973). El proceso de modernización adquirió especial importancia en los países que se encontraban en vía de desarrollo (Calderón & Elorriaga, 1975; Calderón, 1982) porque “a medida que el país prospera resulta inaceptable e innecesario aislar y olvidar a los enfermos mentales” (Hudgens, 1971, p.222),

La necesidad de apartarse de los modelos clásicos de la asistencia psiquiátrica por medio de la integración de los programas de salud mental con los programas generales de salud; de la modificación de los hospitales psiquiátricos de régimen custodial; del concurso de otras instituciones existentes y mediante nuevos instrumentos de asistencia y prevención de los desórdenes mentales, en un sistema integrado...Este nuevo enfoque exige la participación activa de la colectividad y se denomina psiquiatría de la comunidad...El hospital psiquiátrico tradicional debe ser objeto de reformas sustanciales que incluyan la limitación del número de camas y su transformación en un centro activo de terapia y rehabilitación, con participación responsable del personal y de los pacientes, es estrechando sus vínculos con la comunidad a la que sirve...Estas ideas son el reflejo de un propósito que nuestra Organización persigue desde hace 10 años, guiado hacia humanizar la atención del enfermo mental, a despojar el problema de los verdaderos tabúes que interfirieron con su solución y a aumentar las posibilidades de prevención y curación modernizando los servicios...Ello significa que existe en las Américas un verdadero movimiento tendiente a sustituir la compasión por la comprensión con respecto a los desórdenes mentales, y a elevar la dignidad de los pacientes reconociendo el derecho que les asiste y motivando al medio social para reaccionar en forma positiva ante un problema creciente...(Pan American Health Organization, 1969, p.8).

En consecuencia, la OPS emitió las recomendaciones de “crear a nivel nacional en los países donde no existan, oficinas normativas de salud mental dentro de los organismos nacionales de salud” (Pan American Health Organization, 1969, p.10) e implementar la enseñanza de la psiquiatría social en las escuelas de medicina con orientación en “las relaciones humanas como el mejor instrumento terapéutico” (Neghme, 1972; Pan American Health Organization, 1974), en otras palabras,

La formulación de una estrategia orientada a dar una mayor cobertura en sus servicios y basada en la reorganización, extensión y aprovechamiento máximo de los recursos, a través de medidas como la delegación de funciones y la utilización del médico general, las enfermeras y de los líderes naturales de la comunidad; se propone asimismo la

descentralización de servicios, y una formulación totalmente renovada de programas de estudios en salud mental. Se señala especialmente que quienes tienen a su cargo la toma de decisiones deben comprender las consecuencias beneficiosas o perjudiciales que pueden tener el giro de sus acciones sobre la salud mental de la población (González, 1976, p.106)

En el año de 1974 la OPS adicionó un elemento fundamental al programa de salud mental comunitaria en las Américas. El subprograma de alcoholismo y farmacodependencia. Algunos países como Estados Unidos de América, Canadá, Venezuela y México fueron los primeros en adelantar acciones de salud pública para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las adicciones. En contraposición, las acciones gubernamentales que prevalecían en el resto de los países de la región fueron la criminalización de quienes usaban las drogas y el control fiscal del tráfico ilícito. Los esfuerzos de la OPS se enfocaron en ofrecer cooperación técnica a los gobiernos para la adopción de programas médico- sociales de atención a la farmacodependencia, los cuales, debían observar en el usuario de sustancias psicoactivas, un individuo enfermo que demandaba protección social reforzada.

En la ciudad de Panamá en noviembre de 1976 se celebró el primer seminario de farmacodependencias, se concluyó que “las drogas que más se consumen -en orden de importancia- son: el alcohol, la marihuana, los tranquilizantes, los barbitúricos, las anfetaminas, los inhalantes y la cocaína...Se dispone de poca información sobre esos países para determinar la extensión y magnitud del problema” (Pan American Health Organization, 1977, p.74). La OPS determinó que la farmacodependencia no era un problema aislado de salud mental, sino que se encontraba estrechamente vinculado a las realidades regionales, es decir, a los factores de riesgo sociales y a las realidades contextuales de estas poblaciones,

- a) Heterogeneidad poblacional con precaria coexistencia de segmentos, étnica y socioeconómicamente disimiles. Solo en contados países puede advertirse cierta uniformidad de la población que eventualmente repercutiría en forma favorable al desarrollo de planes de salud mental o menos uniformes.
- b) Acelerado y en muchos casos, caótico proceso de urbanización, en especial en las grandes ciudades, con el factor agregado de

una masiva migración del campo a la metrópolis con la consecuente nucleación en sectores marginales privados de elementales recursos de preservación de la salud. c) Bajo niveles de salud en la población general, expresión del persistente predominio de enfermedades infecciosas, subnutrición, altos índices de mortalidad infantil, etc. d) Altos índices de analfabetismo y desocupación, esto último como consecuencia de un generalmente pobre o incipiente estado de industrialización y diversificación de las actividades económicas. e) Diferencias en las estructuras políticas de salud vigentes, asimismo en las estructuras, eficiencia administrativa y planteamiento de prioridades en programas de salud con - paradójicamente- tacita uniformidad en la concesión de bajas prioridades de las diversas áreas de la salud mental (Pan American Health Organization, 1974, p.3-4).

En Colombia los desarrollos institucionales en términos de la salud mental comunitaria se materializaron con la creación de los consejos asesores de salud mental. Esta estrategia permitió la descentralización en la toma de decisiones como lo había propuesto la OPS. La conexión entre el gobierno nacional y los gobiernos departamentales quedó esclarecida (Ministerio de Salud Pública, 1975).

La primera iniciativa de salud mental comunitaria se desarrolló con el Proyecto Piloto de Psiquiatría Social de Santiago de Cali, “se puso en marcha en un sector urbano de 15,000 habitantes, en el barrio el Guabal (1967-1974) ...El propósito fundamental del proyecto fue permitir el adiestramiento de residentes de psiquiatría” (León,1976, p.132) en estos enfoques reformistas. En el año de 1973 y 1974 se publicaron los primeros *macrodiagnóstico de salud mental* de Colombia como producto del trabajo realizado por la División de Salud Mental del Ministerio de Salud, creada mediante Decreto No. 621 de 1974.

Los principios y políticas de la división de salud mental fueron,

1. Ampliación de los niveles de cobertura de los servicios de salud mental correspondientes al subsector público.
2. Establecer acciones a nivel preventivo con especial énfasis en el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y adecuado seguimiento de casos, a fin de racionalizar los demás servicios psiquiátricos.
3. Elevar la productividad de los recursos para la salud, tanto humanos como institucionales, mediante una política racional de formulación y cumplimiento de normas y funciones.
4. Estimular la participación de las entidades

universitarias, procurando el fortalecimiento de los vínculos entre los sectores de salud y educación (Ministerio de Salud Pública & División de Salud Mental, 1976, p.9).

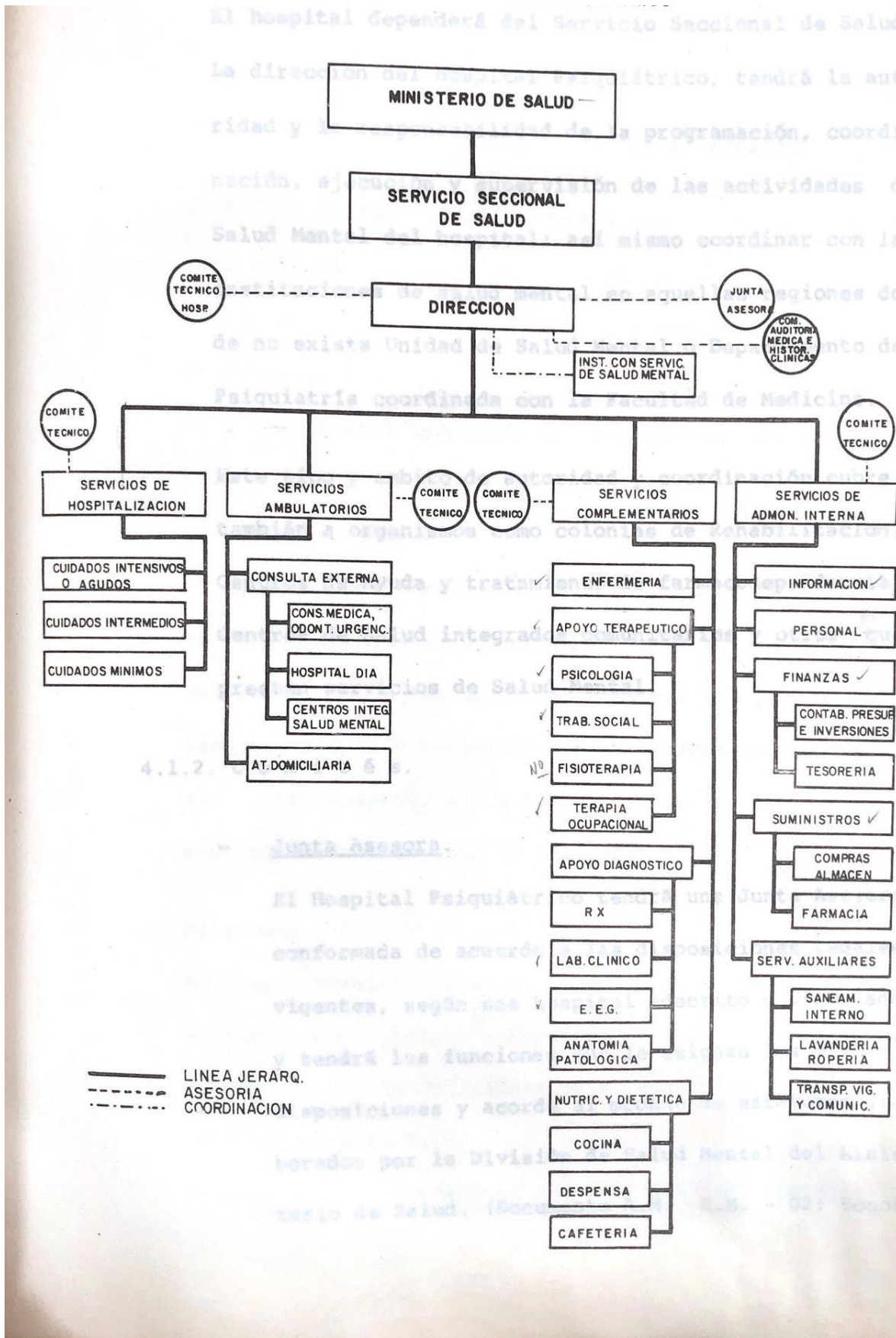
La división de salud mental había planteado desde su fundación la necesidad de “establecer un sistema de Información que permita conocer la situación de atención médico-psiquiátrica en el país y que nos acerque a un diagnóstico y análisis de esa situación, sus recursos y necesidades” (Ministerio de Salud Pública & División de Salud Mental, 1976). En este sentido, los primeros diagnósticos ejecutados por la división fueron críticos. La salud mental de los colombianos se encontró deteriorada, desatendida, sin financiación, y con una tendencia hacia la hospitalización de los ciudadanos pobres para brindar servicios básicos, como alimentación y vivienda,

La distribución de instituciones y camas psiquiátricas en el país es deficiente. De acuerdo con la información existen 8 departamentos y 8 intendencias y comisarías que prestan servicios psiquiátricos... De acuerdo a las recomendaciones de la OMS, en cuanto a distribución de camas psiquiátricas de 1 cama por 1.000 habitantes y al resultado encontrado de 0.30 camas por 1.000 habitantes, se hace evidente la necesidad de programar alternativas...El promedio días-estancia nacional en las instituciones psiquiátricas oficiales y mixtas es de 85.35 aproximadamente...El porcentaje ocupacional nacional promedio es del 90%, con varias instituciones con porcentajes ocupacionales por debajo del 70%...El déficit de recurso humano profesional, se presenta como un problema general a todos los niveles...La relación médico-psiquiatra y población, además de la concentración de este profesional especializado en las capitales del país, es inadecuada. La utilización del profesional de psicología en actividades clínicas es mínima, si se tiene en cuenta que solo 5 instituciones cuentan con este recurso. Esta situación se repite en otras áreas como enfermería, trabajo social y terapia ocupacional...En cuanto a los presupuestos de ingreso para las instituciones oficiales y mixtas, el aporte municipal continúa siendo bastante escaso (0.21%), a pesar de que son las áreas urbanas las que aportan el grupo de la patología, aprox. de 65%...Para las ejecuciones presupuestales los gastos por alimentación constituyen el 17.3% encontrando instituciones en donde este gasto cubre el 64% del presupuesto. Esta situación parece indicar que muchas entidades están dirigidas hacia la asistencia social y no a acciones de salud mental... (Ministerio de Salud Pública & División de Salud Mental, 1976).

En la medida que en muchas instituciones mentales de este país la internación severa de los pacientes mentales estaba conduciendo a la cronificación, la invalidez, el sufrimiento y la despersonalización, el Ministerio de Salud Pública emitió *un manual general de organización del modelo normativo para hospital psiquiátrico*. Este documento estableció la estructura orgánica (Figura 5) del hospital psiquiátrico en el marco del tránsito desde el *modelo médico tradicional* hacia el *modelo sociocultural*. Se instó a integrar los postulados de la psiquiatría social,

Está demostrado que las instituciones psiquiátricas que continúan con el "Modelo Médico Tradicional" de asistencia, ocasionan más deterioro psicosocial a las personas que utilizan sus servicios en lugar de lograr su recuperación...Las relaciones son impersonales tanto entre los miembros del equipo de trabajo en si, como con los pacientes; es autoritaria, custodial, opresiva y rígida...Establece sistemáticamente que las personas que sufren alteración en su salud mental, están invalidados en su totalidad, sin distinguir la parte enferma del resto de la persona, sobrevalorando en esta forma las capacidades técnicas del equipo de salud, despersonalizando al paciente, lesionando sus derechos y configurando un abuso de poder...El paciente tiene que adaptarse a la institución; se olvidan que ésta ha sido creada para su recuperación, se establecen una serie de normas que si bien no están escritas, los cuales conllevan con inusitada frecuencia a la violencia psiquiátrica sutil, tal es el caso de la aplicación de drogas en grandes cantidades, el confinamiento en una celda, la aplicación de electro shocks u otros, cuando un paciente no se somete a ciertas prescripciones o se queja del personal...La institución que implementa el "Modelo Sociocultural" en la prestación de sus servicios, se caracteriza porque es democrática, su objetivo es la resolución de la situación problemática de la persona, es igualitaria y flexible...Tiende a desalienar a la psiquiatría mediante ideas, programas y objetivos enfocados al papel social y comunitario de ésta y de todos los agentes potenciales. Trabaja en la transformación de las estructuras asistenciales mediante una reformulación de la psiquiatría en sus dimensiones etiológicas, nosofráticas, terapéuticas y pronósticas... (Ministerio de Salud Pública & División de Salud Mental, 1976, p.3).

Figura 5. Estructura Orgánica Hospital Psiquiátrico en Colombia.



Salud Mental Ampliada en las Américas

A finales de la década de los 70's apareció en las Américas la conceptualización de salud mental ampliada a modo de novedad en la estructura experiencial, institucional y jurídica para el abordaje de las cuestiones psíquicas. Esta forma del discurso histórico sobre la salud mental emergió gracias al auge de la medicalización, la libre circulación de los psicofármacos y la consolidación de las psicoterapias. Así como, en el marco de la atención primaria de salud (APS), promovida en el año de 1978 con la declaración de Alma-Ata -Kazajistán-, como paradigma sanitario de la OMS y de la OPS. La salud mental ampliada fue promovida para cualquier miembro de la población. El concepto se hizo extensible a "sanos" y a "enfermos" por igual. No había una medida estandarizada para la anormalidad. Se aplicaron las ideas de determinantes sociales de la salud y de adaptación (Stiegler, 2018) al medio. La salud mental era en adelante, entre muchas otras cosas, una responsabilidad individual, se podía construir y reconstituir mediante acciones particulares en la vida diaria.

La incapacidad del hospital mental para dar respuesta a las crecientes necesidades de las poblaciones y la resistencia a los cambios sociales de algunos sectores de la psiquiatría, coadyuvo al afianzamiento de estas formas atomizadas -extensas - pero adaptativas de afrontar el problema de lo psíquico en el continente. Con la salvedad sobreviniente de que salud mental ampliada -del mismo modo que los modelos de salud mental comunitaria o colectiva- tuvo disimiles niveles de asimilación cultural en los países de la región. En muchos de estas sociedades el principal problema seguía siendo la preponderancia del asilo tradicional y de la psiquiatría clásica en la atención sanitaria de los enfermos. El compromiso de extender la salud mental a todos los sectores, de reconocer los determinantes sociales de la salud, de plantear orígenes multifactoriales para la patología mental y, por ende, de focalizar esfuerzos gubernamentales en mejorar la calidad de vida de las comunidades en las Américas seguía siendo una tarea aplazada en un sinnúmero de países.

Las experiencias mediadas por las conceptualizaciones emergentes no siempre fueron lineales, y no incorporaron con sincronía o con reciprocidad las retroalimentaciones sobre las *condiciones de posibilidad* y los *horizontes de expectativa* (Koselleck, 2012) que emitía el concepto. No obstante, lo objetivable, en este caso, es que salud mental a finales de la década de los 70's era un lenguaje global para referirse al sufrimiento psíquico, con excepcionales niveles de apropiación en los gremios profesionales y bien comprendido por los tomadores de decisiones políticas.

La administración de los procesos sanitarios en la salud mental ampliada se hizo compleja; era difícil conocer quien o quienes estaban a cargo de la dirección de los programas nacionales, por “una considerable ampliación del alcance y variedad de los servicios prestados y un aumento y mayor diversidad del personal” (Feldman, 1977, p.31). En consecuencia, se instó a descentralizar los servicios, a tomar acciones gubernamentales para incluir las funciones de las múltiples disciplinas involucradas, y a gestionar recursos económicos para garantizar las acciones de promoción y prevención con criterios de responsabilidad ética y científica.

La salud mental ampliada encerró conceptualizaciones como la de salud mental ocupacional, que “tiene como finalidad fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores, así como prevenir todo daño que atente contra su salud en las condiciones de trabajo” (Naveillan, 1976, p.131). Según la OPS los enfoques ocupacionales de la salud mental ofrecían múltiples ventajas “el fomento de la salud; la prevención primaria; el diagnóstico y tratamiento precoz (prevención secundaria); la rehabilitación (prevención terciaria) y los aportes a la empresa y a las organizaciones laborales” (Naveillan, 1976, p.132). Instó a los países de la región a velar por la salud mental de los segmentos poblacionales que se encontraban laboralmente activos,

Los trabajadores, son los productores de la riqueza de los pueblos y su más inapreciable capital. Sin embargo, la escasez de recursos de salud y la gravedad de algunos problemas como los materno infantiles, han causado la postergación indebida de los programas de

salud ocupacional. Pero ha llegado el momento de rectificar esta situación por cuanto el nivel de éxito alcanzado en algunos programas de salud solo podrá superarse si se mejora el nivel de vida de los pueblos, que en gran parte depende de la capacidad de su fuerza de trabajo. Es indudable que elevar las condiciones de salud y de productividad del trabajador redundará en mejores condiciones de vida en su hogar y en el país... (Naveillan, 1976, p.131).

Entre los años de 1978 y 1981 la OPS divulgó literatura académica que describió como problemas de salud mental temáticas tan extensas como los desastres naturales (Ahearn & Castellón, 1978) y el ruido en las ciudades (Tarnopolski & McLean, 1979). Asimismo, diversificó los criterios curriculares que debía contener la enseñanza de la salud mental en las áreas disciplinares de la medicina y de la psiquiatría; planteó el entrecruzamiento de las nociones socioculturales, epidemiológicas, clínicas y de operatividad,

Hubo consenso en que el estudiante tendrá una participación activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje y trabajará tanto individualmente como en grupos, prestando servicios a los pacientes y a sus familiares, así como a los miembros de la comunidad, manteniendo un estrecho contacto con la misma. Un criterio holístico, en el que se consideren varios ejes (biológicos, intelectual, social, psicológico, grado de incapacidad, etc.), orientará el enfoque nosológico y operativo frente a la patología mental (Pan American Health Organization, 1981, p.186).

En el año de 1982 se publicó para Colombia el tercer macrodiagnóstico de salud mental y se emitió el *Manual Organizativo de la Enfermería en el Programa de Salud Mental* mediante Resolución 8186 (Ministerio de Salud Pública, 1982), estos documentos asumieron las tendencias reformistas en psiquiatría, “los intentos de regionalización y de redistribución del talento humano calificado, la vinculación de la universidad...el avance hacia instituciones hospitalarias próximas al medio sociofamiliar y la participación de la comunidad” (Ministerio de Salud Pública & División de Salud Mental, 1982). Se persiguió reducir la estigmatización y la desesperanza de aquellos que sufrían afecciones mentales,

El número total de camas es de 3.151 de las cuales, 2.790 están en los hospitales psiquiátricos y 361 en las Unidades de Salud Mental, incluyendo las destinadas a farmacodependientes...En los últimos años las instituciones de salud mental han venido

estrechando sus vínculos con centros universitarios (Convenios Docente-Asistenciales)...Se encuentran vinculadas a las instituciones de salud mental en el país, 2.094 personas de las cuales los psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales representan el 12.32%, otros profesionales el 5.93% y el personal auxiliar, técnico, administrativo y de servicios generales el 81.71%...Las 10 primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron: psicosis esquizofrénicas, trastornos neuróticos, epilepsia, psicosis afectivas, retardo mental, trastornos de la personalidad, otras psicosis orgánicas, otras psicosis no orgánicas, trastornos mentales no específicos con lesión cerebral y perturbaciones de la conducta...La distribución geográfica de las instituciones que prestan servicios de Salud Mental ha mejorado notablemente. En la actualidad existe algún tipo de ellas en 21 Servicios Seccionales de Salud de los 33 que hay en el país... (Ministerio de Salud Pública & División de Salud Mental, 1982).

En el año de 1983 la OPS tenía activas tres líneas de trabajo en el programa de salud mental. La primera era la asistencia psiquiátrica y la promoción de la salud mental, con acciones focalizadas en modernizar los hospitales. El segundo subprograma era la prevención y control de la farmacodependencia y el alcoholismo, el cual, buscó mitigar las consecuencias sociales de las adicciones: conductas violentas, accidentes de tránsito, y deterioro de la vida laboral y familiar. El tercer subprograma proyectado para su ejecución en el mediano plazo, 1984-1989, fue el directamente vinculado con la salud mental ampliada, se asió en factores psicosociales, económicos (Feldman, 1985) y culturales de los procesos salud-enfermedad (Pan American Health Organization, 1983). Entre el 24 y el 26 de abril de esta misma anualidad (1983) se celebró la conferencia Caribe de la OPS; este espacio institucional emitió recomendaciones para disminuir el retraso comparativo que tenían los países de la subregión en la implementación de programas de salud mental,

Debería crearse un puesto administrativo de salud mental en cada país, al más alto nivel del Ministerio de Sanidad o del Departamento de Servicios Sanitarios, y ese puesto debería estar ocupado por un profesional de la salud mental que responda a las necesidades de salud mental del país...En cada país debería crearse un equipo multidisciplinar...Los conceptos de prevención primaria deben recibir una alta prioridad en la formación sobre salud mental...El plan de estudios de medicina debería incluir formación en salud mental, así como cursos de nutrición y malnutrición, epidemiología de las enfermedades mentales,

antropología y geriatría...Debería realizarse una evaluación de las necesidades para determinar las necesidades actuales de mano de obra y la forma de satisfacerlas...La salud mental debe tener una alta prioridad dentro de los sistemas sanitarios de la zona... (Pan American Health Organization, 1984).

Durante el año de 1986 la OPS evaluó en cada estado miembro los progresos del programa de salud mental nacional en las tres líneas de trabajo activas entre los años de 1970 y 1985. Este análisis tuvo en consideración que “la población actual de la Región de las Américas excede los 600 millones, de los cuales cerca del 40% corresponde a América del Norte y el 60% a América Latina” (Alarcón, 1986, p.567), así como, “la redistribución geográfica de la población. En 1970 la población urbana constituía el 57,6% de la población total; en 1980 era el 64,5 % y se estima que para el año 2000 será el 76,9% (438 millones de habitantes)” (Alarcón, 1986, p.567). La OPS manifestó preocupación por las imprevistas tendencias de salud que adquiriría el continente. El aumento de la esperanza de vida al nacer, la disminución de la morbimortalidad por enfermedades infecciosas y transmisibles, la disminución del fallecimiento materno infantil e infantil, el incremento del suicidio y del homicidio, la aparición de una epidemia de enfermedades crónicas y degenerativas “han de traer proporciones mayores que las que existen en la actualidad, de neurosis en grado moderado, retardo mental, trastornos convulsivos, alcoholismo y farmacodependencia” (Alarcón, 1986, p.568; Pan American Health Organization, 1989). En lo referente a la aplicación de la salud mental ampliada, “el enfoque psicosocial apenas empieza a adoptarse, con timidez...Aún no ha llegado el momento de su aplicación universal...continúa en ciernes el aporte que pueden dar esta forma integral de enfrentar los problemas de salud” (Pan American Health Organization, 1993; Uzcátegui, 1986, p.565). Para la organización se hizo imperioso la promulgación de legislación y de políticas públicas nacionales para mejorar el acceso y la oportunidad en salud mental,

Argentina. A través del Ministerio de Salud y Acción Social se han elaborado los lineamientos generales para el Plan Nacional de Salud Mental...La creación de un Centro Nacional de Capacitación y Acreditación de Agentes en Salud Mental, la aplicación de programas de atención primaria en salud mental y la realización de una investigación epidemiológica a nivel

nacional...*Bolivia*. La OPS proporcionó asesoría sobre la situación de la salud mental en 1978 y 1984 para ayudar en la formulación de un plan nacional de salud mental que hace hincapié en la regionalización de la atención, mediante la elevación de los tres hospitales psiquiátricos nacionales (en Sucre, Santa Cruz y Cochabamba) a la categoría de institutos con definida cobertura geográfica... *Brasil*. La VI Conferencia Nacional de Salud celebrada en 1977 examinó un proyecto integrado de salud mental destinado a prestar atención a la población no incluida en la seguridad social. Los lineamientos básicos de este proyecto se referían a la promoción de la salud mental, asistencia a madres gestantes, atención materno infantil y del adolescente, y utilización de médicos generales para cubrir el déficit de especialistas...*Colombia*. Se tiene información de un esbozo de plan y programa de salud mental dentro del Sistema Nacional de Salud y de la presentación de estrategias para llevarlo a cabo. Las finalidades específicas, articuladas en 1976, serían la ampliación de los niveles de cobertura, acciones a nivel preventivo y mayor productividad de los recursos humanos e institucionales...*Costa Rica*. Existen lineamientos generales de una política de salud mental de acuerdo con las bases del plan nacional de desarrollo 1982-1986...*Cuba*. El primer plan nacional de salud mental, establecido en 1969, planteaba la necesidad de formar grupos provinciales de salud mental. En 1972 se formuló un nuevo plan con metas definidas en cuanto a atención ambulatoria, formación de recursos y extensión de los servicios de psiquiatría y salud mental a toda la comunidad... *Chile*. Según una consultoría sobre salud mental efectuada por la OPS en 1983 se realizaron algunas mejoras. Se ha recomendado para 1985 y los años siguientes la organización de grupos interdisciplinarios de apoyo en salud mental en cada una de las facultades de medicina...*Ecuador*. Existe mayor interés en abordar los problemas de salud mental, por lo menos a nivel de planteamientos de la situación y esbozos de planificación. En 1980 el Ministerio de Salud Pública, por intermedio de la Dirección General de Salud y de la Dirección de Salud Mental, publicó los lineamientos para el Plan Nacional de Salud Mental que establecen prioridades en las áreas de promoción de la salud a nivel preescolar y escolar, educación familiar, encuestas laborales...*Honduras*. En 1983, con asesoría de la OPS, se examinaron diversos aspectos y actividades de salud mental con el propósito de contribuir a la formulación de objetivos de corto, mediano y largo plazo, la consolidación de algunos planes de reorganización a nivel nacional y la formulación de lineamientos básicos de una política de salud mental...*México*. La formulación de políticas se ha plasmado sin duda en logros efectivos a nivel de cobertura, calidad y variedad de los servicios e incluso en la disponibilidad de recursos. Existen organismos rectores, planificadores y asesores articulados con instituciones proveedoras de la atención en diversos niveles...*Panamá*. Se tiene información sobre un programa de salud mental elaborado en 1979. En 1983 una comisión conjunta del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social elaboró la revisión final del programa, el cual recoge los elementos operativos básicos

de la salud mental comunitaria y delinea claramente objetivos, actividades y metodología del equipo de trabajo...*Perú*. En 1975, a iniciativa del Ministerio de Salud, se constituyó una comisión especial para elaborar un programa nacional de salud mental. Después de analizar la situación en el país, dicha comisión planteó un programa cuya declaración de principios contenía la adopción por el gobierno de los conceptos de psiquiatría social y comunitaria como base doctrinaria de su política de acción. Lamentablemente este documento no alcanzó a lograr sanción oficial...*Uruguay*. A juzgar por un documento del Ministerio de Salud Pública en el que se enumeran las carencias que se afrontan, el estado de la atención de salud mental es precario...*Venezuela*. La situación en este país no difiere sustancialmente de lo que se aprecia en otros países de la región. En la XXXVIII Reunión Ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana celebrada en 1982, se declaró que la salud mental debía considerarse un área de primordial importancia dentro de los programas de salud pública. Se recomendó elevar el nivel administrativo de la División de Higiene Mental al de Dirección de Salud Mental y se postuló la necesidad de regionalizar los servicios, con un archivo central de información para el registro permanente de pacientes... (Alarcón, 1986).

En el caso de Colombia en el año de 1986 se publicó el cuarto macrodiagnóstico de salud mental, el cual describió información epidemiológica correspondiente a los años de 1983, 1984 y 1985 (Ministerio de Salud Pública & División de Salud Mental, 1986). En forma subsecuente fue publicado en el año de 1988 el quinto macrodiagnóstico correspondiente a la data epidemiológica de los años de 1986 y 1987 (Ministerio de Salud Pública & División de Salud Mental, 1988). En estos informes gubernamentales la morbilidad mental creció en forma exponencial; la magnitud de los problemas no disminuyó con la apertura de algunos servicios con enfoque comunitario y con la inclusión de heterogéneas profesiones en la atención hospitalaria. Se encontró que entre los 15 y 59 años la psicosis esquizofrénica y la psicosis afectiva fueron las patologías predominantes, mientras que en los mayores de 60 años los trastornos neuróticos y la psicosis orgánica senil eran las afecciones prevalentes. Los macrodiagnósticos recomendaron “incrementar la acción preventiva, así serían pocos los casos atendidos hospitalariamente y con poco deterioro mental por lo cual deberían ir a Granjas Talleres Protegidos” (Ministerio de Salud Pública & División de Salud Mental, 1988).

A finales de la década de los 80's la OPS adquirió un interés específico en Colombia, a causa de que "el 13 de noviembre de 1985, la erupción del volcán Nevado del Ruiz arrasó la ciudad de Armero, dejando a su paso un saldo de 22.000 muertos, 5.000 heridos y cientos de supervivientes acosados por la angustia" (Pan American Health Organization, 1988, p.593). La organización brindó asesoría técnica a las autoridades sanitarias de este país para establecer un plan de atención primaria en salud mental para víctimas del desastre,

Inmediatamente después de la tragedia de Armero se efectuaron el censo y diagnóstico de la población superviviente, que fue acogida en los albergues de Ibagué y en los campamentos del norte del departamento de Tolima (Venadillo, Lérída, Guayabal, Honda y Cambao). Se encontró una frecuencia muy alta de trastornos psiquiátricos en esta población... En los sujetos encuestados, se encontró una prevalencia de trastornos emocionales de 55 % en los campamentos y de 45% en los centros de atención primaria... Los diagnósticos más frecuentes fueron el síndrome de estrés postraumático 54% y la depresión mayor 19%... Se propusieron una serie de actividades y estrategias para ofrecer atención en salud mental, tanto preventiva como terapéutica y de rehabilitación, a las personas de la comunidad afectadas por el desastre. Una parte de estas estrategias fue fortalecer los servicios de salud mental del departamento de Tolima con dos equipos psiquiátricos... Se desarrolló una serie de actividades de capacitación y orientación en reacciones psicológicas del individuo y de la comunidad en casos de desastre. Participaron en estas actividades 1092 personas... Se realizaron diversas actividades educativas con el objetivo de preparar a la comunidad afectada para manejar mejor las dificultades emocionales planteadas por la tragedia. Se beneficiaron a 519 personas con un total de 700 horas de trabajo. Los temas prioritarios que se trataron fueron elegidos por el equipo terapéutico basándose en sus observaciones de las reacciones de la población... (Pan American Health Organization, 1988).

Consolidación de las Políticas de Salud Mental en las Américas

En el año de 1990 la Conferencia de la OPS de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, adoptó por aclamación la Declaración de Caracas, la cual, instó a los estados miembros, "a los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, a los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y

otros centros de capacitación y a los medios de comunicación” (Pan American Health Organization, 1990, p.4) a que apoyen la adopción de enfoques de salud mental comunitaria, colectiva y ampliada -APS- en el beneficio de las poblaciones de la región. Concluyentemente, para la OPS “la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de los servicios” (Pan American Health Organization, 1989; Pan American Health Organization, 1990, p.3).

En el año de 1992 el Ministerio de Salud de Colombia expidió la resolución número 2417 *por la cual se adoptan los derechos de las personas con trastornos mentales*. Este marco normativo fue declarativo en la protección de la dignidad humana, en la garantía de atención integral sin ningún tipo de discriminación, en el derecho a recibir consentimiento informado para los procedimientos hospitalarios, en la supremacía de la autonomía de los pacientes en la toma de decisiones, en la posibilidad de recibir auxilio espiritual o religioso cuando se requiera y en la confidencialidad durante el almacenamiento de las historias clínicas (Ministerio de Salud Pública, 1992). La resolución fue un progreso ideológico en medio de un sistema sanitario que no cubría las necesidades básicas de salud mental de la población pero que intentó estructurarse en base a principios reformistas para la atención psiquiátrica. Las prácticas alienistas y anacrónicas de la psiquiátrica clásica quedaron proscritas. En esta misma anualidad (1992) se presentó el Plan Nacional de Salud Mental mediante un manuscrito denominado *La Salud a la Luz de la Salud Mental*. La planificación nacional se alineó con los artículos 13 y 47 de la recientemente aprobada *Constitución Política del año 1991*, la cual, planteó la obligatoriedad del estado de brindar protección especial a los individuos que por su condición mental se consideren impedidos.

El primer Plan Nacional de Salud Mental contempló la conceptualización de salud mental ampliada con la consecuente “transformación de la División de Salud Mental en División del Comportamiento Humano, lo cual, ofrece nuevas perspectivas en lo tocante a la cultura de la salud y los estilos de vida” (Ministerio de Salud Pública,

1992). Se pretendió extender las acciones de la salud mental hacia los sitios y los individuos que carecían de actividades o conocimientos en este campo. Se emitieron cartillas en salud mental para grandes gremios de la economía nacional como los tenderos, los comerciantes y los trabajadores de las fábricas (Instituto de Seguros Sociales, 1995). En algunas localidades del país frente a la ausencia de liderazgo y de voluntad política se conformó redes de conocimiento para la optimización de recursos y la difusión de información pedagógica. La planificación nacional se propuso financiar el Primer *Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas* (Ministerio de Salud Pública, 1993). En otras palabras, la aproximación institucional sucesiva, de carácter reformista, en torno al objeto de discusión significó en la teoría,

Un cambio en el proceso de atención ofrecido por los diferentes niveles. La desinstitucionalización de los pacientes crónicos, susceptibles de recibir apoyo sociofamiliar o del Estado, para vivir en espacios menos cronificantes, respaldada con alternativas extrahospitalarias; el establecimiento de la Atención Primaria en Salud Mental, como estrategia para la detección prematura de alteraciones en la conducta del individuo y prevenir así su cronicidad, son algunos de los nuevos lineamientos en la atención de la salud mental. El Plan prevé el mejoramiento de los hospitales mentales, no solo en lo que respecta a la desinstitucionalización de pacientes, si no en los aspectos éticos, clínicos, institucionales y ambientales; al mismo tiempo implementa formas de atención extrahospitalarias con la participación asistencial de la comunidad. Esta nueva situación plantea la transformación de los actuales hospitales mentales en Centros de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), la fortificación y apertura de Unidades de Salud Mental en hospitales generales, la apertura de consultas externas de psiquiatría, atención de crisis o urgencias y seguimiento de pacientes con trastornos mentales crónicos en hospitales de primer nivel; la provisión de psicofármacos en todos los niveles de atención. El enfoque del Plan Nacional de Salud Mental para Colombia va dirigido a ofrecer verdaderas alternativas de recuperación, y reinserción social de los pacientes con trastornos mentales ofreciéndoles un trato más técnico y humano en procura de una mejor calidad de vida (Ministerio de Salud Pública, 1992).

Conformemente, para el año de 1994 se adoptaron las *Medidas Sanitarias en Desarrollo de Políticas de Salud Mental* mediante resolución número 3913. Se consideró “necesario impulsar el Plan Nacional de Salud Mental, teniendo como un elemento de acción la disponibilidad de psicofármacos en los tres niveles de

atención, que permita racionalmente su abastecimiento” (Ministerio de Salud Pública, 1994), lo cual llama la atención, en la medida que, para este caso particular, la estrategia sanitaria fundamental para la ejecución del plan nacional fue garantizar fármacos para el sufrimiento psíquico,

Artículo 1º Los Fondos Rotatorios de Estupefacientes Seccionales deberán adquirir en el Fondo Nacional de Estupefacientes de este Ministerio, para su posterior distribución, psicofármacos básicos contenidos en los siguientes grupos: a) Benzodicepinas. De larga duración de acción. Clobazam, Clora-zepato, Clordiazepóxido, Diazepam, Flunitrazepam, Flurazepam, Medazepam, Nitrazepam, Prazepam.- De mediana duración de acción: Bromazepam, Camazepam, Clotiazepam, Lorazepam, Lormetazepam, Oxazepam, Temazepam.- De breve duración de acción: Alprozolam, Estazolam, Midazolam, Triazolam. b) Antidepresivos. Amineptina, Amitriptilina, Butriptilina, Clorimipramina, Desipramina, Doxepina, Imipramina, Minaprina, Nortriptilina, Trimipramina, Carbonato de litio. c) Antipsicóticos. Fenotiacinas: Clorpromacina, Tioridacina, Pipotiaccina, Trifluperacina, Flufenacima, Tioproperacina. Butiferas: Haloperidol (Ministerio de Salud Pública, 1994).

Los psicofármacos apuntaron a la contención extrahospitalaria y a la optimización del individuo, contrarios a la costosa intervención hospitalaria -encierro y aislamiento- que deseaba evitar el gobierno de Colombia. Los objetivos de intervención integral para los fenómenos complejos y multidimensionales de la salud mental (Harvard University & Pan American Health Organization, 1995) quedaron reducidos a una tecnología terapéutica que podía distribuirse y comercializarse con facilidad a los amplios gruesos poblacionales sin mayor preocupación por las políticas sociales del estado. La salud mental ampliada en Colombia comenzó a dar paso a una de las formas representativas de la salud mental privatizada, en la cual, corresponde al individuo resolver el sufrimiento psíquico acompañado por una píldora en la intimidad del hogar. La “reforma psiquiátrica” en Colombia se finiquitó a nivel ideológico con la *anestesia* (De Sutter, 2018) de la vida humana ocasionada por la medicalización de la psique (Whitaker, 2010).

En forma paralela la OPS entre los años de 1990 y 1995 fijó los intereses institucionales en construir un *Plan de Acción Regional sobre la Salud Mental del*

Niño, “convocó, junto con el Gobierno del Uruguay y la Organización de Estados Americanos, un grupo de consulta para sentar las bases” (Pan American Health Organization, 1993, p.272). Este grupo se reunió del 4 al 8 de noviembre del año 1991, “identificó los problemas de mayor prevalencia y trascendencia sanitaria y social” (Pan American Health Organization, 1993, p.272). Los componentes esenciales del plan de salud mental infantil en las Américas fueron la planificación familiar, la atención prenatal, la inmunización, la buena nutrición, la seguridad de los niños, la visitas domiciliarias y guarderías, los programas escolares y la atención primaria (Eisenberg, 1993).

Otra de las acciones desplegadas por la organización en este quinquenio fue construir una *Guía para la Elaboración de Planes Nacionales de Salud Mental*; estos debían contener una comisión nacional de salud mental, la sección diagnóstica - políticas de salud, políticas de desarrollo social, aspectos sociodemográficos, evaluación socioeconómica, perfilamiento sociocultural, cifras epidemiológicas de salud general y de salud mental-, propuestas operacionales -carácter integral del plan, promoción de la salud mental, aspectos psicosociales, prevención de trastornos neurológicos, tratamiento de las enfermedades, prevención de la discapacidad mental, rehabilitación-, concurso del sector judicial y legislativo, movilización de los usuarios y las familias, concertación de esfuerzos con las ONGs, cooperación de medios masivos de comunicación, adecuación de la educación y capacitación del personal, estímulo a la investigación, financiación y monitoreo (Pan American Health Organization, 1994).

En el año de 1996 entre el 10 y el 14 de junio se reunió el I Grupo de Trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministerios de Salud de América Latina. Este evento destacó la vigencia de la Declaración de Caracas (1990) y sugirió dar prioridad a los aspectos de promoción de la salud en la restructuración de la atención psiquiátrica. La OPS hizo hincapié en el retraso del nivel nacional para la implementación de compromisos internacionales adquiridos en materia de salud mental. En consecuencia, recomendó definir indicadores para la evaluación de

impacto en los procesos internos de reforma y aumentar los rubros para la cooperación internacional y los procedimientos de integración regional. Así mismo, demandó a gobiernos, ministerios de salud y departamentos de salud mental el cumplimiento efectivo de sus directrices. Se instó a los gobiernos de la Región, comprometidos con la reforma del sector salud, “que incorporen como elemento primordial de la misma la promoción de la salud y de la salud mental, la rehabilitación psicosocial del paciente mental y su atención adecuada, componentes básicos de la Reestructuración de la Atención en Salud Mental” (Pan American Health Organization, 1996, p.38) como vehículo social para promover el desarrollo sostenible de los pueblos. Se reiteró a los gobiernos “que la inversión en salud es un medio efectivo para disminuir la inequidad, favorecer el bienestar colectivo y aumentar la productividad y, por lo tanto, es una medida efectiva para promover el desarrollo humano” (Pan American Health Organization, 1996, p.38). Se pidió que en la formulación de las políticas de salud y de bienestar social se “tomen medidas tendientes a garantizar la identidad cultural de los pueblos indígenas y su derecho a aplicar técnicas de atención de la salud general y de la salud mental que les son propias” (Pan American Health Organization, 1996, p.38). Y finalmente se exigió el cumplimiento estricto del derecho internacional en lo relacionado a la atención de los pacientes mentales, en cualquier caso, se tenía que contar con autorización jurídica, concepto médico favorable y valoración de expertos para tomar la decisión de internación psiquiátrica involuntaria para cualquier ciudadano de la región.

En el año de 1997 se celebró la reunión conjunta del 40° Consejo Directivo de la OMS con la 49ª sesión del comité regional de la OPS para abordar los problemas de salud mental en las Américas. El encuentro dialógico entre los agenciadores institucionales más importantes del concepto de salud mental -OMS/OPS- derivó en el reconocimiento de tres componentes que debían intensificarse en los programas de salud mental en la región para el mediano y el largo plazo “(1) la promoción de la salud mental y la prevención primaria (2) el control de los trastornos psiquiátricos; y (3) las intervenciones sobre la salud y el desarrollo humano” (Pan American Health Organization, 1997),

Las necesidades crecientes de atención en salud mental en la Región, tanto actuales como en el futuro próximo, requieren programas de intervención creativos y científicamente probados, así como de voluntad política y consenso social para impulsarlos. La distribución de esas necesidades no es aleatoria, son tanto mayores cuanto más adversas son las condiciones de vida. De ahí que la inversión en programas y servicios de salud mental, que lleven a su preservación y recuperación en todas las edades, acrecentará las poblaciones que alcanzan un desarrollo humano sostenible. Las respuestas a esas necesidades se hacen posible gracias a los notables avances logrados en el conocimiento del cerebro y en las áreas psicológica y social, y en el desarrollo de modelos y tecnologías en todos los niveles de prevención (Pan American Health Organization, 1997, p.1).

La importancia social y la transversalidad pública del sufrimiento psíquico; ameritó a criterio de la OMS y de la OPS la declaración por mutuo acuerdo del “día 10 de octubre como Día Mundial y Día Panamericano de la Salud Mental” (Pan American Health Organization, 1997). En el año de 1998 el vínculo entre ambas agencias internacionales se siguió robusteciendo, con la invitación realizada por la OMS para que dos estados miembros de la OPS fueran facultados por un periodo de tres años para designar un representante que forme parte del comité consultivo de gestión del programa de acción de la OMS, *Naciones en Pro de la Salud Mental* (Pan American Health Organization, 1998; Pan American Health Organization, 1999).

En el caso colombiano para el año de 1997 se publicó el *Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas* (Ministerio de Salud Pública, 1997); mientras en el año de 1998 se promulgó la primera *Política Nacional de Salud Mental* mediante resolución 2358 con los objetivos de “I. Promover la Salud Mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental. II. Mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases” (Ministerio de Salud Pública, 1998).

Para finalizar este recorrido y en el marco del planteamiento general de esta tesis titulada “Historia Conceptual de la Salud Mental, una Psique para la Condición de Humanidad en la Segunda Mitad del Siglo XX”, las líneas anteriores fueron un

aporte académico en el sentido de reconocer las apropiaciones culturales del concepto de salud mental en las Américas. En la segunda mitad del siglo XX se presentó una superación discursiva y en los usos generales de la conceptualización higiene mental, para dar paso a proyectos institucionales de la OPS y políticas públicas de salud mental comunitaria y de salud mental ampliada en la región. Se dilucidó que los acontecimientos mediados por la salud mental no están inconexos o aislados, sino que tuvieron replicas regularizadas, aunque diferenciadas en los contextos locales. En consecuencia, se instituyó la salud mental como un lenguaje compartido y comprensible en los niveles de interlocución gubernamental y social para referirse al sufrimiento psíquico de los individuos y a las acciones de intervención que deberían ser desplegadas para su contención.

2. Breve Historia Disciplinar del Concepto de Salud Mental (1950-1999)

2.1 Concepto de Salud Mental en la Asociación Estadounidense de Psiquiatría

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría, en adelante AEP, para los fines de distinguirla de la Asociación Estadounidense de Psicología (APA), tuvo los procesos fundacionales en el siglo XIX. Sin embargo, será de interés para la presente investigación durante la segunda mitad del siglo XX, periodo en el cual, la psiquiatría como disciplina académica se imbricó con la “salud mental”, una formación lingüística que apareció en el marco del movimiento de higiene mental hacia el año de 1908 en los Estados Unidos de América y que logró convertirse en ordenador y mediador de la realidad - un concepto- entre los años de 1940 y 1960,

Clifford Beers, un enfermo mental curado desde hacía tres años y autor de *la mente que se encontró a sí mismo*, estableció el Comité Nacional de Higiene Mental. El movimiento de higiene mental comienza con él y con el Comité. La higiene mental penetra en todas partes, incluye el bienestar social, el hogar, la escuela, la orientación del niño, la recreación, la iglesia, los tribunales, la industria y por ende el comportamiento normal y anormal. El comité viene trabajando con clínicas psiquiátricas en todo el país, actuó como consultor, patrocinó una legislación sólida, publicó dos revistas trimestrales, distribuyó anualmente alrededor de medio millón de folletos educativos y transmitió su mensaje a través de películas y programas de radio (The New York Times, 1950).

Reconocimiento Disciplinar de la Psiquiatría en el Concepto de Salud Mental

En el año de 1950 la Asociación Estadounidense de Psiquiatría empezó a cobrar importancia en el ámbito internacional por la difusión del primer *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-I), producto académico publicado en el año de 1948. El DSM fue una novedad tecnológica en la clasificación nosológica de las enfermedades mentales. Este manual junto con las actualizaciones subsiguientes se convertiría hasta el tiempo presente en referente hegemónico disciplinar, y en texto de estudio obligatorio para médicos y psiquiatras en el mundo occidental.

En este mismo año (1950) según la sesión de apertura de la 106a convención anual de la AEP, los Estados Unidos de América tenían más problemas de salud mental que los países que fueron devastados por la guerra, como Alemania, Japón y Gran Bretaña (Freeman, 1950). Los psiquiatras reunidos declararon la salud mental como el problema de salud número 1 de este país (Engel, 1955),

Aunque hay nueve veces más personas que sufren de enfermedades mentales que de cáncer, alrededor de 8.500.000 en comparación con 930.000, el dinero disponible para el cáncer es seis veces más de lo que está disponible para el estudio de enfermedades mentales...Las cifras son de \$16.000.000 para la investigación del cáncer y aproximadamente \$2.600.000 dólares para la investigación en salud mental...Menciono estos como algunos de los campos en los que se necesita más investigación: estudios sobre alcoholismo, trastornos mentales congénitos, endocrinología, epilepsia, delincuencia y criminología, geriatría (el estudio de la vejez), homosexualidad, deficiencia mental, neurosis, psicosis involucionaria, metabolismo de la fisiología cerebral, psicología infantil, esquizofrenia, desarrollo de la personalidad y métodos de pruebas clínicas... (The New York Times, 1950).

Por estos motivos, la AEP empezó a liderar la pugna administrativa para consolidar un espacio burocrático para la psiquiatría en las subvenciones y rubros financieros del gobierno estadounidense, "incluía entre sus miembros a 5.300 médicos que componen la mayor parte de los psiquiatras en ejercicio" (The New York Times,

1950). Así mismo, realizó gestiones políticas para que fuera reconocida la exclusividad de los miembros de la disciplina académica para abordar los problemas de salud mental en la población general. La AEP manifestó la inviabilidad de construir nuevas unidades psiquiátricas en tanto no se aumente el personal psiquiátrico. Se opuso al despido de 8.000 empleados de la administración de veteranos de guerra, entre los que se encontraban un significativo número de sanitarios (The New York Times, 1950), y denunció que,

Mientras en Inglaterra hay un psiquiatra por cada ochenta y cinco pacientes, y en Alemania uno para cada 150, en los Estados Unidos pocos hospitales pueden ofrecer algo mejor que un psiquiatra por cada 200 pacientes... Los casos de enfermedades mentales en los hospitales de todo el país suman más del 50 por ciento de todos los pacientes. Hay 1.250.000 pacientes en los hospitales de la nación, de los cuales 700.000 están en camas construidas para trastornos mentales... (Freeman, 1951, p.1).

Los estándares que exigió la AEP al gobierno estadounidense para la construcción de hospitales y clínicas psiquiátricas fueron, “1. Un médico por cada treinta pacientes. 2. Una enfermera registrada por cada cinco pacientes. 3. Un asistente psiquiátrico para cada cuatro pacientes. 4. Una semana laboral de cuarenta horas para los empleados. 5. Un superintendente que es médico” (The New York Times, 1952). Solicitó por demás restricciones para la enseñanza psiquiátrica a los estudiantes de medicina, debía “estar diseñada para desarrollar no solo la capacidad de diagnosticar correctamente, sino que debía darle una comprensión de lo que el médico general no puede y no debe hacer en el tratamiento de los enfermos mentales” (The New York Times, 1952). Esta delimitación del campo de acción disciplinar reclamó como propia la psicoterapia, la consideró “una providencia de la medicina” (The New York Times, 1953), al mismo tiempo que cuestionó la irresponsabilidad de psicólogos y adicionales profesiones sociales que pretendían tratar enfermedades mentales; según la AEP “la psicoterapia no es fácil, requiere un conocimiento de los principios psicológicos del comportamiento humano, un entrenamiento especial y un interior supervisado. Es una habilidad especializada que poseen personas especialmente capacitadas” (Thompson, 1953).

En el año de 1951, en la sesión de clausura de la 107a convención anual de la AEP se presentó como ponencia central dos “estudios separados, uno de 5.000 casos de delincuencia juvenil en Canadá, el otro de 1.000 mujeres delincuentes en California, que informaron la misma conclusión: los hogares de los que venían los delincuentes eran infelices” (Freeman, 1951). En consecuencia, la asociación afirmó en 1953 que la prisión era un remedio inútil para el delito, e instó para prevenirlo un enfoque de disciplina durante la crianza, que consistía en hacer entender al niño - por la fuerza si era necesario- las normas a las cuales se enfrentaría en la escuela y posteriormente en la sociedad. La AEP consideró que "la práctica de dar al niño total libertad de acción ha demostrado ser imprudente" (The New York Times, 1953), argumentó la necesidad de la figura masculina para construir referentes de autoridad en el hogar mientras se daba garantía de estabilidad psicológica a la madre como cuidadora (Illson, 1953).

Al interior de la AEP otro frente de discusión abierto para la época fueron las cuestiones técnicas y tecnológicas en el área de la psiquiatría clínica. La organización debía y, todavía debe, construir diagnósticos y tratamientos socialmente aceptables para determinar a nivel individual las condiciones de comportamiento -experiencias- que pueden ser consideradas como patológicas. La psiquiatría y sus máximos cuerpos disciplinares como la AEP, fueron el termómetro de la conducta humana. La diferencia con los medidores de fenómenos fisicoquímicos es que la métrica se efectuó sobre la subjetividad -lo voluble, lo inestable, lo contextual y lo relativo-; pero con presunción de ciencia y con relatos cargados de “verdad”. Una de estas discusiones técnicas que para el año de 1953 tenía divididos a los psiquiatras, era la lobotomía, las apreciaciones eran ambiguas y dejó entrever el desgaste profesional ocasionado por el uso de la terapia,

Sin duda, es cierto que ninguna persona está emocional o mentalmente intacta después de la lobotomía. Cuando uno renuncia a la ansiedad y la depresión, uno también renuncia, en cierta medida, a los cargos emocionales necesarios para la capacidad de experimentar la exultación y otras alegrías de vivir. Es bueno tener en cuenta que ninguna persona con capacidad creativa ha vuelto a la normalidad después de la lobotomía. Esto se aplica a los doctores, abogados, artistas, músicos; todos deben pagar un precio por el alivio de la

ansiedad. La decisión más difícil que se debe tomar con respecto a una lobotomía es sobre el momento de su ejecución. ¿Cuándo tenemos derecho a aconsejar a un ser humano que renuncie a la lucha con la ansiedad y se retire a un nivel emocional más bajo? Su utilidad es limitada y la cuestión de su eficacia específica sigue siendo inestable (Illson, 1953).

En el marco de las discusiones técnicas en la década de los 50's, la AEP promovió los avances farmacológicos en el campo de la psiquiatría para dar paso a la revolución terapéutica: la deshospitalización, la reconfiguración del espacio asilar y el abandono de modelos clínicos fundados en la coacción física - el aislamiento, las correas de contención, las duchas frías y la polemizada lobotomía-. Entre estos avances se encuentra el primer neuroléptico, la clorpromazina, descubierto por Delay y Deniker en 1952; el descubrimiento del efecto antidepresivo de la iproniazida por Kline y de la imipramina por Kuhn, en 1957. Así mismo, el uso del alpha-(2-piperidyl)-benzhydrol hydrochloride en 1954, un estimulante nervioso, conocido comercialmente como *meratran*, que servía para "ahuyentar la tristeza" en los pacientes con depresión,

La píldora mood-lifter saca a la gente de problemas, dijeron tres médicos hoy. Ayudó al 90 por ciento de los pacientes con depresiones leves. Una joven estaba aburrida, temerosa de conocer amigos, preocupada por el insomnio y con varios dolores después de que se rompiera su compromiso; seis semanas de tratamiento con las píldoras hicieron que se sintiera segura de sí misma, boyante, libre de dolores de cabeza y sentimientos temblorosos, dijeron. La droga, Alpha-(2-Piperidyl)-Benzhydrol Hydrochloride, estimula el sistema nervioso central sin robar el apetito o interferir con el sueño como lo hacen otros medicamentos para levantar el estado de ánimo. También ayudó al 65 por ciento de las personas con depresiones graves (The New York Times, 1954).

Otra de las discusiones al interior de la AEP en este momento, fue la que se trasladó desde el campo de la criminalística hacia los dominios de la psiquiatría, por las dudas razonables que tenían los fiscales y los jueces sobre el uso del polígrafo para detectar mentiras en los procesos penales en los Estados Unidos de América. En este caso la recomendación de la AEP fue eliminar su utilización, se consideró que el detector podría tener una tasa de error cercana al 30 por ciento aun estando en manos de un experto (The New York Times, 1954).

Salud Mental Comunitaria. Una Apuesta de la Psiquiatría Estadounidense

En el año de 1955 la AEP -gracias a los desarrollos psicofarmacológicos- se vio abocada a solicitar condiciones más humanas para el tratamiento de las enfermedades mentales en el país. Su director instó a un enfoque comunitario para curar a "los 750.000 pacientes que ahora están en los hospitales psiquiátricos. Dijo que esto era para disipar el horrible aislamiento y que se lograría con los avances de nuevas drogas, así como predijo que llegaría pronto el momento en que la gran mayoría de los enfermos mentales puedan ser tratados y devueltos a la comunidad en un período de tiempo relativamente corto" (Furman, 1955). Básicamente, la AEP pedía imitar los modelos exitosos en otros países: los hospitales de día, las casas a mitad de camino y los centros de salud mental. El proceso de modernización de la atención psiquiátrica fue el tema central en la 111a convención anual de la AEP, que hizo énfasis en la población mayor de 65 años; consideró preocupante que ancianos emocionalmente sanos que no tenían parientes o un sitio propio para vivir estaban siendo alojados -cada vez con mayor frecuencia- en hospitales mentales, por este motivo, propuso la creación de sitios especiales de cuidado para despsiquiatrizar la atención sanitaria al final de la vida (Illson, 1955). El Comité Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América solicitó financiación para ejecutar los programas de salud mental comunitaria de la AEP,

El estado de New York debe aumentar en 10.470.000 dólares adicionales al año el presupuesto de salud mental...El Comité ha estimado que esta suma permitiría la adopción de un programa de investigación y formación con el doble propósito de: tratar, en la comunidad miles de personas que de otro modo entrarían en hospitales mentales. Y convertir los hospitales psiquiátricos estatales en centros de tratamiento intensivo donde el gran personal médico podría utilizar métodos de investigación modernos para devolver a los pacientes a sus hogares rápidamente...4.970.000 dólares de la suma se destinarán a actividades de investigación adicionales en veinte hospitales estatales y se asignará un mínimo de 1.000.000 de dólares a programas de tratamiento adicionales utilizando nuevos medicamentos como la reserpina y la clorpromazina...(The New York Times, 1955).

A pesar del optimismo inicial ocasionado por los nuevos fármacos del espíritu, para el año de 1956 la AEP había recibido múltiples reportes respecto a la extensión de los psicofármacos en la población general, por lo cual tomó la posición formal de limitar el uso de estas sustancias a la prescripción médica para pacientes mentales graves y/o refractarios a otros tratamientos (The New York Times, 1956). La postura de la AEP que podría calificarse como ética y progresista, se opuso a la medicalización de la vida cotidiana y calificó las utilidades masivas de la droga como “un peligro público” que debía erradicarse,

La Asociación Americana de Psiquiatría ha tomado una posición formal contra el amplio uso de píldoras de "paz" o "felicidad" para combatir las tensiones cotidianas. La declaración que deplora el uso generalizado de los nuevos medicamentos de arrastre "como medicamentos para aliviar las tensiones cotidianas" se ha enviado por correo a cada uno de los 9.353 miembros de la asociación. La declaración fue preparada por los comités de investigación, terapia e información pública de la asociación, cuya membresía incluye a la mayoría de los psiquiatras en ejercicio de la nación. La declaración reconoció la eficacia de los nuevos medicamentos en el tratamiento de pacientes perturbados en los hospitales psiquiátricos, lo cual los hace más fáciles de tratar. Reconoció que las drogas tranquilizantes eran útiles en el tratamiento psiquiátrico de ciertos pacientes en la práctica privada y de forma ambulatoria en clínicas y hospitales. Pero advirtió que el uso ocasional de tranquilizantes por parte del público para aliviar la tensión es médicamente poco sólido y constituye un peligro público. Las drogas tranquilizantes han estado en uso en este país y en el extranjero durante unos cuatro años. Los dos primeros tranquilizantes eran un extracto de la antigua India, la rauwolfia serpentina y un sintético llamado clorpromazina. Muchas drogas desde entonces han introducido acciones similares (Robert, 1956).

No obstante, los esfuerzos realizados por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría para detener el consumo de tranquilizantes en el público estadounidense y por alinear a los psiquiatras bajo parámetros estrictos para su administración, “los medicamentos tranquilizantes se habían convertido en la última moda médica de la nación al igual que los antibióticos, los antihistamínicos y los barbitúricos” (Rusk, 1956). De hecho, los psicofármacos solo unos cuantos años después de su descubrimiento estaban “siendo producidos y comercializados bajo cuarenta y dos nombres comerciales por treinta y seis compañías farmacéuticas” (Rusk, 1956) y se

habían emitido “30.000.000 de recetas...más del doble del número del año anterior y representaban el 40 por ciento del total” (Rusk, 1956).

En esta misma anualidad (1956) la AEP enfrentó la aguda realidad, en la cual, para un país que contaba con aproximadamente 178 millones de habitantes, un 10% de las personas en las ciudades fue considerada enferma mental (Robert, 1956),

Más de la mitad de las 1.500.000 camas de hospital en el país se dedican ahora al cuidado de la enfermedad mental, "El más grande problema de salud en la nación"...El número de pacientes que necesitaban atención prolongada estaba aumentando constantemente a un ritmo de 10.000 al año...Alrededor de 9.000.000 de personas sufre algún tipo de trastorno mental...Entre el 50 y el 70 por ciento de los pacientes que visitan a sus médicos tenían enfermedades con ángulos emocionales...El cuello de botella "más grave" en el cuidado adecuado para las enfermedades mentales es la falta de personal capacitado...Hubo un "progreso gratificante" en el manejo de ciertos tipos de enfermedades mentales... (Shuster, 1955).

En estas condiciones de aumento exponencial de los problemas de salud mental se celebró la 112a convención anual y se endureció el relato académico sobre las bases científicas de la psiquiatría. “Las personas que informaron experimentos en genética, neurofisiología, bioquímica y ciencias sociales indicaron que la psiquiatría estaba recibiendo lo que había buscado durante años: ayuda” (Harrison, 1956). La psiquiatría ahora no estaba sola en la comprensión de la conducta humana, obtuvo validación científica por parte de áreas básicas biomédicas (Harrison, 1956). La convención anual expuso una variedad de investigaciones que definían las enfermedades mentales como desequilibrios bioquímicos, postuló “los orígenes genéticos del retraso mental”, la causa de la esquizofrenia por “anomalías moleculares hereditarias”; y disertó sobre tres grupos de sustancias que, si se producen en exceso en el organismo, causan trastornos mentales, los “esteroides, mineralocorticoides y hormonas antiflogísticas” o antiinflamatorias.

La concepción científicista de la AEP distanció a la psiquiatría de explicaciones místicas o mágicas para la enfermedad mental y adentró a la disciplina académica en la racionalización de los malestares y de los sufrimientos psíquicos. Construyó

para la psiquiatría un nuevo umbral basado en el método científico. En otras palabras, la epistemología del saber psiquiátrico se desplazó desde el poder médico tradicional hacia el poder otorgado por la corroboración científica de experimentos empíricos y el estudio de moléculas con efectos neuronales. En este contexto positivista, la AEP se dirigió a la religión con precisión estratégica -por el preponderante papel que la idea de dios ocupó en la sociedad estadounidense-, y lo hizo en términos de cooperación y reconociéndola como un conjunto de conocimientos clericales que aportaban de forma invaluable a la atención sanitaria,

El intento psiquiátrico y la religión han llegado al punto de coexistencia pacífica y deben continuar con la cooperación activa, afirmó hoy el presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría. Solo el proceso de cooperación activa puede determinar los medios por los que podemos tratar de manera más útil con algunos de nuestros pacientes. Los respectivos roles de los clérigos deben determinarse no tanto por los límites rígidos como por las áreas generales de competencia especial. Para el hombre del clérigo, así como para el psiquiatra, la pregunta no es tanto si se ocupará de la parte del material inconsciente. Dijo que había una necesidad de que los psiquiatras entendieran el funcionamiento religioso, así como que los clérigos eran adecuados para trabajar con enfermos mentales (Harrison, 1956).

En el año de 1957 la AEP celebró la 113a convención anual. En esta ocasión se insistió en adaptar la atención psiquiátrica estadounidense al modelo comunitario. Con el objetivo de integrar el hospital mental al colectivo social. Según la AEP se debía implementar la consulta clínica domiciliaria, los tratamientos ambulatorios, los hogares comunitarios, las clínicas de orientación y los clubes de pacientes. Los “numerosos oradores dieron voz a una visión nueva y revolucionaria en el tratamiento de los pacientes mentales en el corazón de la comunidad, en lugar de en grandes instituciones donde están aislados, generalmente a cierta distancia, de sus familias” (Gorman, 1957). El modelo de salud mental comunitaria o colectiva buscó disminuir la presión sobre los hospitales mentales, la mayoría de los cuales se encontraban saturados y en mediocres condiciones de funcionamiento,

Los hospitales mentales públicos en todo el país están muy por debajo de tener personal adecuado, dijo la Asociación Americana de Psiquiatría en su informe actual. New York estuvo entre los estados que no cumplen con los estándares mínimos de la asociación en ninguna categoría. Solo veintiocho estados pueden reclamar una adecuación comparativa

en una u otra categoría de personal, mientras que su personal puede estar por debajo del promedio nacional en otros grupos de empleados, dijo la asociación (The New York Times, 1957).

La salud mental comunitaria requería un incremento sustancial en el número de sanitarios para las actividades de rutina por fuera de los muros del hospital y en estrecho contacto con las familias de los pacientes. Por este motivo, la AEP emprendió el entrenamiento del médico de familia en los procesos asistenciales de la psiquiatría como la solución preferente para viabilizar el proyecto,

La capacitación para médicos de familia en psiquiatría podría mantener fuera de los hospitales psiquiátricos a un tercio de los pacientes que ahora están comprometidos con instituciones estatales, se estimó aquí ayer...El director de la Asociación Americana de Psiquiatría estimó que en la actualidad el 95 por ciento de los compromisos con los hospitales estatales son asumidos por médicos generales, no por psiquiatras. Y la mitad de los 10.600 psiquiatras de la nación están perdiendo en gran medida su tiempo proporcionando una atención de custodia poco gratificante a los pacientes de los hospitales estatales... (Plumb, 1958).

En las décadas de los 60's y 70's, la AEP tomó posición frente a temáticas sociológicas controversiales y expresiones colectivas de malestar que irrumpían en la sociedad estadounidense. La psiquiatría como representante hegemónico de la salud mental se consolidó como el expiatorio científico para las culpas, dilemas, violencias, ansiedades y aberraciones que había ocasionado el trasegar histórico de una nación por antonomasia capitalista e individualista. Se caracterizó por construir tendencias culturales -desde una perspectiva biomédica- de modelación ideológica. La AEP fungió como mediador sobre las complejidades raciales, morales, comportamentales y políticas que abundaban en el seno de la sociedad estadounidense. La AEP se enfrentó en reiteradas ocasiones a "la gran dicotomía, el gran debate, sobre el carácter íntimo de la locura. ¿Los trastornos mentales son entidades naturales de base biológica o son entidades construidas de carácter histórico-social?" (Huertas, 2014), pues, "se ha llegado a afirmar que las psicosis cambian a la vez que lo va haciendo lo que entendemos por subjetividad; es decir,

el sentido de la privacidad, el espacio interior o las estrategias del deseo” (Huertas, 2014).

La asociación delimitó como un comportamiento normal participar en la carrera espacial estadounidense, afirmó que los astronautas tenían cualidades terrenales, “se ofrecieron como voluntarios para una misión que podría ser fatal. Pero esto no representa una conducta suicida. Han expresado el deseo de vencer a los rusos en el espacio. Este no es un impulso patriótico excesivo, sino un impulso normal, no es fanatismo...” (Harrison, 1959). Así mismo, la AEP reprendió a las familias estadounidenses por el abandono de los ancianos improductivos e instó a tomar acciones para el cuidado lejos de los hospitales mentales, “el 30 por ciento de todos los pacientes en los hospitales psiquiátricos tienen más de 65 años... Muchos de ellos son ingresados en hospitales psiquiátricos por la conveniencia de sus familias” (Harrison, 1959). La organización también explicó cómo prevenibles la serie de episodios de niños asesinos, que en varios estados del país produjo consternación, “estos jóvenes mostraban signos de peligro definidos, generalmente en combinaciones. Daño cerebral, esquizofrenia infantil con preocupación por la muerte, piromanía; retraso escolar, especialmente discapacidad lectora; condiciones del hogar extremadamente desfavorables y una experiencia de muerte violenta” (The New York Times, 1959). Finalmente, en 1960 la AEP agitó el núcleo duro de los valores estadounidense, que, entre la esclavitud, la propiedad privada, la tenencia de armas y la pena de muerte había tejido una identidad nacional fragmentada por estructuras sociales, clases económicas, etnias y regiones - el sur republicano vs el norte demócrata-; la AEP sancionó la pena capital como un fetiche sádico de la sociedad estadounidense, e hizo un llamado a la abolición,

Nadie está lo suficientemente cuerdo como para ser ejecutado... las víctimas son más a menudo los pobres y los de los grupos étnicos minoritarios, en particular los negros... la pena de muerte es un medio insidioso de proporcionar placer sádico al público... no había nada como una ejecución para dar satisfacción sádica vicariosa sin actuar... Es una aberración... (Harrison, 1960).

En el año de 1961 los intereses de la organización se centraron en las disposiciones internas de la psiquiatría como disciplina. La AEP solicitó el control cuidadoso de la hipnosis como terapia médica, la declaró un saber de pertenencia única al campo de la psiquiatría. Para la práctica profesional de la terapia hipnótica estableció la capacitación obligatoria del personal mediante un programa de entrenamiento en técnicas de inducción,

La hipnosis es un procedimiento psiquiátrico especializado y, como tal, es un aspecto de la relación médico-paciente. La hipnosis proporciona un complemento de la investigación, el diagnóstico y el tratamiento en la práctica psiquiátrica. Se continúa cuando establece objetivos terapéuticos sin riesgos indebidos. Con pacientes seleccionados funge como sedante, analgésico o anestésico; para el alivio de las ansiedades y la aprehensión y para la supresión de síntomas. Se debe tener extrema precaución. Aquellos que lo usan deben estar capacitados en psiquiatría y psicodinámica y deben trabajar dentro de una institución de enseñanza médica reconocida u hospital de enseñanza, bajo los auspicios del departamento de psiquiatría y en colaboración con otros departamentos interesados (The New York Times, 1961).

En la 117a convención anual (1961) se instó a los psiquiatras miembros a preservar las habilidades médicas básicas; la AEP veía con preocupación la ignorancia o desinterés de estos especialistas en los problemas de salud general de las poblaciones y deseaba contrarrestar las consecuencias negativas que esto podría acarrear sobre la concepción de los psiquiatras como integrantes del gremio médico estadounidense, “reclamar la exención del papel de médico en la comunidad sólo puede contribuir al desenfoque de la imagen de la psiquiatría como parte de la medicina y de sus profesionales como miembros de pleno derecho de la fraternidad médica” (Harrison, 1961). En esta convención, la AEP informó resultados de investigación que exponían el éxito del modelo de salud mental comunitaria en los lugares donde estaba siendo aplicado; estrategias tales como la intervención temprana en contextos familiares, el tratamiento intensivo en los hospitales generales y el uso de psicofármacos para el seguimiento ambulatorio ocasionó el regreso a casa del 87 por ciento de los pacientes en menos de tres semanas,

Casi todos nuestros pacientes regresan a sus hogares y trabajos y a sus familias rápidamente...El tratamiento temprano con y en la propia comunidad del paciente mental

puede reducir la duración de la hospitalización, porque los pacientes no sufren el problema adicional del distanciamiento de su entorno normal durante su tratamiento. Un complemento a esto es un seguimiento adecuado que sirve al paciente con medicamentos fuera del hospital durante el tiempo que sea necesario, a veces durante varios meses... (Harrison, 1961).

El enfoque comunitario en la atención psiquiátrica obtuvo el impulso burocrático definitivo con el apoyo del 35° presidente de los Estados Unidos de América -John Fitzgerald Kennedy-, en el año de 1963, quien transmitió al Congreso un mensaje de urgencia sobre la salud mental y solicitó la financiación de este “enfoque audaz”. El presidente de la nación diagnóstico la situación como desesperada: “hay 800.000 pacientes en instituciones mentales; en total, se estima que entre cinco y seis millones (3 por ciento de la población) son retrasadas mentales. Más de la mitad de los pacientes no reciben tratamiento para mejorar su condición” (The New York Times, 1963). El mensaje de urgencia presidencial derivó en la aprobación por parte del Senado de un proyecto de ley de salud mental con una provisión económica anual de 840 millones de dólares. La Asociación Estadounidense de Psiquiatría celebró la iniciativa legislativa: “el proyecto de ley reconoce que se necesitan hospitales comunitarios de salud mental, en lugar de los hospitales estatales con barras de hierro, generalmente lejos del hogar y de la familia” (The New York Times, 1963).

Al hilo de estos esfuerzos por incluir los modelos comunitarios en la atención mental, y por modernizar las tecnologías terapéuticas, resulta particularmente interesante la crítica de opositores bien estructurados al interior de la psiquiatría. Este fue el caso de la intervención del Dr. Thomas Szasz en la 120a convención anual de la AEP (1964). Un “profesor que ha denunciado el confinamiento hospitalario como peor que el encarcelamiento y la psiquiatría en general como poco más que charlatanería” (Harrison, 1964). El Dr. Thomas Szasz expuso que la psiquiatría privó a la gente de libertad y de dignidad. Consideró que “como ciencia apenas se elevaba por encima del nivel de los eslóganes publicitarios” (Harrison, 1964) y la acusó de trasladar a las personas a prisiones -el manicomio- sin derecho a ninguna audiencia.

Las afirmaciones de Szasz tuvieron una respuesta contundente por parte de los psiquiatras reunidos que eran fieles a los dogmas de la asociación, entre ellas, la más destacable fue la del Dr. Davidson, el Superintendente del Hospital del Condado de Essex Overbrook,

Estos ataques han confundido a muchas personas que se sienten aludidas, lo suficiente como para cometer errores relativos en instituciones mentales...En casi todos los estados, un paciente tiene al menos dos oportunidades para audiencias judiciales... Los cargos que aquí se han hecho implica que al menos seis personas: el solicitante, dos médicos que contratan, al menos dos médicos de hospital y un juez participan en una conspiración... ¿De qué les está privando la psiquiatría? Preguntó. ¿De estar bien? o ¿Desperdiciar la vida? ¿De suicidarse? ¿De matar a otros? Tradicionalmente, las personas peligrosas para sí mismas y para los demás, estén o no etiquetadas como enfermos mentales, han sido aisladas por la sociedad... (Harrison, 1964).

En esta misma reunión anual (1964) fueron presentadas investigaciones epidemiológicas para soportar las intervenciones poblacionales de la psiquiatría. Se expuso que 1 de cada 40 estadounidenses había intentado suicidarse. Y se estimó que 5 millones de personas habían incurrido en esta práctica (The New York Times, 1964). En suma, las cifras avalaron el poder de decisión “científico” de la psiquiatría para el control social y justificaron la utilización de tecnologías como los psicofármacos para la contención del comportamiento autolesivo,

Las necesidades de control social en el marco del Estado liberal implicaron un nuevo modo de definir lo normal y su contrapuesto, lo anormal. Lo normal dejó de asimilarse a la media estadística o a las características mayoritarias de una realidad, para convertirse en un juicio, en una decisión social (Huertas, 2014, p.93)

Sociopolítica de la Psiquiatría mediada por el concepto de Salud Mental

En el año de 1965 la 121ª convención de la AEP fue declarativa en tanto el accionar de la psiquiatría al interior de la sociedad estadounidense debía consolidarse como una *biopolítica* (Foucault, 1978) y en últimas como una *psicopolítica* (Han, 2014). El lenguaje de la salud mental, más cercano a las personas, menos especializado, con un corte político e inmerso en una perspectiva higiénica de la salud, sería útil a la

función social reguladora o de control social que se había concedido a la disciplina. La AEP buscó mediadores ideológicos blandos y eficientes, que le permitiera interactuar con las realidades cotidianas,

Los psiquiatras de todo el país escucharon ayer un llamamiento, al final de una reunión de cinco días, para que clarifiquen su "jerga tecnológica" y se vuelvan más activos en la política...La psiquiatría debe desarrollar un idioma público, descontaminado de la jerga técnica y adecuado para la discusión de problemas universales en nuestra sociedad...Supongo que lo que estoy diciendo es que la psiquiatría debería usar parte de su presunto comportamiento manipulativo, transformando las habilidades del público...(The New York Times, 1965).

De hecho, en los años venideros la AEP se destacó por realizar pronunciamientos ideológicos y tomas de posición sobre los "problemas universales de la sociedad estadounidense". La psiquiatría ejerció plenipotenciariamente como el *Laboratorio de la Norma* (Huertas, 2008) predilecto por el *establishment* estadounidense, es decir,

Una serie de espacios en los que, de un modo u otro, se han ensayado o puesto en práctica con todas sus consecuencias, estrategias diversas con las que inculcar y enseñar a individuos y colectivos cómo deben comportarse con arreglo a las normas establecidas por las élites hegemónicas (Huertas, 2008, p.13).

La sociedad estadounidense ahora más secular (1965) no encontró respuestas satisfactorias en lo divino y en lo sagrado; y se hizo dependiente de los relatos de la salud mental sobre la psique. La toma de decisiones públicas sobre agudas situaciones humanas como: el suicidio, la discriminación, el racismo y la homosexualidad; requerían de un nuevo faro moral, con aura "científica" e investido de una espiritualidad material. No es una conexión histórica artificial pensar que allí donde los relatos del alma y de la espiritualidad trascendente se encontraron agotados, incursionaban con ímpetu los relatos triunfalistas de una espiritualidad inmanente fundada en el lenguaje y en las experiencias de la salud mental. Esto con la finalidad de otorgar sentido a la vida desde el nivel del microcosmos de cada individuo particular, hasta los espectáculos vividos en las *mediasferas* (Debray, 1995) contemporáneas.

En el año de 1966 un panel de expertos de la AEP en la 122a convención anual instó como en reiteradas ocasiones a poner fin a la pena de muerte, la llamaron “un fracaso como elemento disuasorio para el crimen y un obstáculo para la reforma penal y social y un incentivo para que las mentalidades deformadas piensen que el asesinato es equivalente al suicidio” (The New York Times, 1966). Subsiguientemente, la AEP se posicionó en el año de 1967 a favor de la *Voting Rights Act*, una ley que protegía el derecho al voto universal para los negros y tomaba acciones ejecutivas para evitar la discriminación en el sistema electoral; así mismo, solicitó la ocupación investigativa de los psiquiatras en los disturbios ocasionados por el movimiento *black power* y las poblaciones juveniles que reclamaban soluciones a la pobreza, la desigualdad y la Guerra de Vietnam,

Las conversaciones tocaron sobre las drogas, el sexo, la disidencia, las actitudes raciales, la alienación de la sociedad y la violencia. Entre las afirmaciones presentadas estaban que el poder negro se había convertido en una necesidad psiquiátrica para las comunidades negras, que el uso tímido y temporal de drogas por parte de los jóvenes podía ayudarlos a madurar, y que la sociedad estadounidense actual era esencialmente egoísta, lo que llevaba a la alienación y la violencia (Browne, 1967).

A esto hay que añadir, que en el año de 1968 la AEP aceptó que la idea del poder negro debía promocionarse como un enfoque de pleno goce de los derechos humanos. Para la asociación, las instancias gubernamentales, los organismos estatales y la sociedad civil debían actuar rápido en la protección de estas minorías, porque existía el riesgo de daños irreparables al lazo social,

Un psiquiatra negro con amplia experiencia en los esfuerzos de integración dijo hoy que el movimiento del poder negro se parecía a un adolescente. El intento de lograr la autonomía y la independencia de padres persistentes...Dijo que el movimiento del poder negro había salido del fracaso de los "Padres" blancos para dejar que el "niño" negro crezca dentro de la familia estadounidense...Al presentar su analogía a una reunión de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría explicó que "cuando se resisten los esfuerzos hacia el crecimiento y la autorrealización de los jóvenes dentro de la familia, estos se separan, forman grupos y cultivan sentimientos anti adultos para desarrollar la independencia, la autonomía, la identidad y el estatus de compañeros". Si lo logran en este punto, dijo, "la igualdad de los jóvenes es autosuficiente y se integran con la sociedad adulta". Pero, dijo, si la resistencia

de los adultos es demasiado grande, el adolescente puede volverse totalmente radical y antisocial y nunca volver al redil familiar... (Brody, 1968).

En el año de 1969 al interior de la asociación se formó un panel de psiquiatras negros, el cual declaró que el racismo era el principal problema de salud mental de la sociedad estadounidense y cuestionó que los puestos de liderazgo al interior de la AEP estaban ocupados en totalidad por psiquiatras blancos (Shenker, 1969). El Comité Ejecutivo de AEP, en un acto de condescendencia, pero también de estrategia política, no solamente dio la razón a los psiquiatras negros en los cuestionamientos sociológicos, sino que accedió a las pretensiones políticas de representación en los órganos directivos,

Un grupo de psiquiatras negros declarando el racismo como el principal problema de salud mental en este país, presentó hoy 10 demandas al liderazgo totalmente blanco de la Asociación Americana de Psiquiatría. Las demandas iban desde el nombramiento inmediato de cinco fideicomisarios negros en la junta de APA hasta la denegación de la membresía en la asociación psiquiátrica a 19 hombres que practican la segregación racial. En respuesta, la junta de fideicomisarios de la asociación emitió una declaración que "acepta" la resolución de los psiquiatras negros. "Expresa aprecio por su formulación y presentación" y "Coincide en el espíritu general de la resolución de reforma y reparación de las desigualdades raciales en la psiquiatría estadounidense, y se compromete a una acción rápida y vigorosas para implementar tales reformulaciones" (Shenker, 1969).

Este mismo año (1969) durante la 125a convención anual de la AEP la mayoría de los psiquiatras reunidos estuvieron de acuerdo en que el disenso juvenil merecía elogios por su moralidad. Los psiquiatras se negaron a patologizar las protestas que este segmento poblacional venía protagonizando. Los jóvenes fueron halagados porque se movilizaban con imperativos morales en contra de las injusticias, dentro y fuera de los Estados Unidos de América,

Los psiquiatras reunidos aquí acordaron esta semana que la "disensión de los jóvenes" tenía sentido y que los disidentes merecían más elogios que censura o tratamiento. Con una opinión fuertemente a favor de las protestas juveniles...Las quejas de los estudiantes son legítimas y honorables...El Dr. Keniston dijo que la protesta estudiantil en todo el mundo fue en parte el resultado del hecho de que las sociedades, como la nuestra, están estimulando a más personas a niveles más altos de desarrollo moral...Un período prolongado de

desconexión -por parte de los estudiantes- de las instituciones de la sociedad adulta tiende a facilitar el desarrollo moral...Por el revés, dijo, la entrada inmediata en la fuerza laboral y el matrimonio precoz con responsabilidades de mantener una familia tienden a restringir u obstruir el desarrollo moral...Como resultado de un gran aumento en la asistencia a las instituciones de educación superior, dijo, muchos más jóvenes hoy en día entran en contacto con puntos de vista relativistas y descubre los valores morales alternativos...También encuentran corrupción, hipocresía y duplicidad en el mundo, especialmente en aquellos de los que uno aprendió originalmente los conceptos de moral convencional...(Shenker, 1969).

En esta seguidilla de posicionamientos ideológicos, merece una mención especial el año de 1973, cuando la AEP desclasificó como enfermedad mental la homosexualidad (American Psychiatric Association, 1973). Esto después de presiones ejercidas por parte del Frente de Liberación Gay y el Movimiento de Liberación de la Mujer en contra del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-II), publicado en 1968, el cual, consideró a la homosexualidad como una desviación sexual. Uno de los actos más emblemático de este movimiento fue el que se desarrolló en el año de 1970 mediante la ocupación con gritos y pancartas del panel sobre problemas sexuales de la 126a convención anual de los psiquiatras (The New York Times, 1970),

Un comité de la APA comenzó a deliberar si la homosexualidad debe considerarse una forma de enfermedad mental y si debe eliminarse del catálogo oficial de trastornos mentales de la asociación. Las organizaciones homosexuales han defendido que el continuo reconocimiento de la homosexualidad como trastorno mental por parte de la psiquiatría apoya los esfuerzos por discriminar a los homosexuales en los negocios y el gobierno. En una reunión a puerta cerrada en el Instituto Psiquiátrico de la Universidad de Columbia, el Comité de Nomenclatura de ocho miembros de la asociación, que recomienda revisiones en el catálogo, escucharon a los miembros de la Alianza de Activistas Gay presentar los hallazgos de una gran cantidad de estudios médicos que muestran que los homosexuales están muy bien. Aunque el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales clasifica la homosexualidad como una desviación sexual junto con el fetichismo, el sadismo y el masoquismo, un número cada vez mayor de psiquiatras individuales están expresando una opinión contraria (Rensberger, 1973).

En diciembre del año 1973 la junta directiva de la AEP emitió una sentencia definitiva donde solicitó a los médicos no llamar enfermos a los homosexuales (The New York Times, 1973). Y aunque el sexo entre estas personas siguió siendo sancionado penalmente por las *Sodomy Laws* en los Estados Unidos de América - hasta 2003-; la AEP se alineó con las ideas de progreso moral que defendían los activistas. La asumió por primera vez como un comportamiento dentro del espectro de la normalidad. “La junta directiva del grupo de 20.000 miembros aprobó una resolución: la homosexualidad no cumple con los criterios para ser un trastorno psiquiátrico... No insistiremos en una etiqueta para estas personas que están bien y no demuestran deterioro en la eficacia social...” (Lyons, 1973). Esta resolución ejecutiva que revirtió la posición que la AEP había sostenido durante casi 100 años fue refrendada, pero no unánimemente, por los 20.000 psiquiatras miembros, “la votación, según el anuncio de la asociación, fue 5.854 para eliminar la homosexualidad como trastorno mental; 3.810 en contra y 367 abstenciones. Alrededor de la mitad de la membresía no votó” (Schmeck, 1974).

Por otra parte, en esta misma anualidad (1973) la AEP recibió repetidas quejas por parte del público estadounidense con respecto a los psiquiatras soviéticos, estos profesionales fueron acusados de servir a las autoridades del Partido Comunista de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas para encerrar a opositores políticos en instituciones mentales como táctica sistemática para silenciar y desacreditar la disidencia,

El presidente de la asociación expresó la preocupación de su organización por el tema en un cablegrama al profesor A. V. Snezhnevsky, presidente de la sociedad de psiquiatras en Moscú. Y pidió una reunión entre las delegaciones de psiquiatras americanos y soviéticos para discutir el confinamiento psiquiátrico involuntario y los casos específicos en los que se han reportado abusos (The New York Times, 1973).

La visita de los fideicomisarios de la AEP a Moscú (Schmeck, 1973) no proporcionó grandes respuestas sobre las prácticas consideradas como inhumanas por parte de la psiquiatría soviética, por este motivo, en el año de 1974, la asociación

estadounidense condenó públicamente la utilización de la construcción social de la locura y el encierro manicomial para contener a los opositores políticos. La AEP diseñó una conferencia mundial para prohibir el uso de las instituciones psiquiátricas como cárceles, solicitó el apoyo de la Organización de Naciones Unidas, de la Cruz Roja Internacional y de la Corte Internacional de Justicia,

Un objetivo de tal conferencia sería establecer normas para los enfermos mentales y formular principios básicos de derechos humanos y libertad individual. Daría a los psiquiatras de los países totalitarios la oportunidad de oponerse al uso de instituciones psiquiátricas para la represión política por violar las normas internacionales (Schumach, 1974).

Durante los años de 1974 y 1975 hubo variados pronunciamientos de la AEP en lo referente a fenómenos sociales complejos. Los miembros de la asociación a pesar de haber normalizado la conducta homosexual mantenían el rechazo generalizado a la adopción de menores de edad por parte de esta población, en tanto lo consideró un condicionamiento "injurioso" a las posibilidades de escogencia sexual y una limitación en los procesos de identificación que ofrecía la pareja tradicional (Franks, 1974). Los psiquiatras también advirtieron que los Estados Unidos de América debía prepararse para episodios de armas y masacres con frecuencia, especialmente en un contexto de sufrimiento psíquico masificado, donde los servicios de salud mental llegaban solo al "10-15 por ciento de quienes los necesitaban" (Kihss, 1975).

El tema dominante de la 127ª reunión anual de la AEP (1974) fue el debate entre derechos privados y seguridad pública, se buscó establecer infructuosamente un criterio psiquiátrico unificado para la internación involuntaria de ciudadanos estadounidenses cuando amenacen el "bienestar colectivo", se abordó "el tema de quién debe ser confinado y sobre qué base, junto con sus múltiples ramificaciones" (Stevens, 1974). Algunos psiquiatras autocríticos señalaron el doble racero moral de la asociación, al haber censurado a los psiquiatras soviéticos por internamientos arbitrarios (The New York Times, 1977) mientras en los Estados Unidos de América se documentaban miles de casos, en los cuales, bastó con la presión social y el señalamiento sobre los inadaptados para que fueran confinados. La AEP reconoció de forma concluyente, no tener competencia científica para determinar la

peligrosidad de un individuo, y, por lo tanto, desligó del poder médico la toma de decisiones que afecten los derechos privados, transfirió estas capacidades de agenciamiento al poder jurídico. La AEP consideró que la función de la psiquiatría en estos casos se limitaría a brindar peritaje técnico,

Los occidentales han criticado a la Unión Soviética por definir la esquizofrenia de manera tan amplia que cubre a los disidentes políticos cuya actitud se dice que es "antisocial" y "no está en contacto con la realidad socialista". Se dice que esto justifica el encarcelamiento sin el debido proceso... Si bien pocos psiquiatras sostienen que las prácticas en los Estados Unidos se acercan a las de la Unión Soviética, más de uno expresa su preocupación de que la esquizofrenia se define de manera más amplia en los Estados Unidos que en otros países occidentales. Cuestionan si el psiquiatra se está convirtiendo en un agente de control social... Algunos defensores de las libertades civiles y psiquiatras sostienen que, hasta que el estado del conocimiento sobre la psique avance hasta un punto en el que digamos pueda ser más preciso, los tribunales y las legislaturas están mejor calificados para decir quién debe ser confinado y quién no (Stevens, 1974).

Para matizar la postura de no arbitrar en procesos de internación involuntaria, la asociación realizó una declaración sobre la necesidad de mantener acceso en la atención hospitalaria de mediano y largo plazo para personas con enfermedades mentales graves. La salud mental comunitaria aún no contaba con fondos y personal suficiente para brindar servicios extrahospitalarios integrales, que permitiera a estos pacientes, residir con éxito en las respectivas comunidades,

Las presiones administrativas para que los pacientes pasen prematuramente de un entorno hospitalario a un entorno comunitario pueden resultar en colocaciones subóptimas o inapropiadas, lo que a su vez puede resultar en circunstancias deficientes, e incluso deshumanizantes, para las personas con enfermedades mentales (American Psychiatric Association, 1974).

En los años de 1976 y 1977 la AEP delimitó criterios éticos para el campo de acción social de la psiquiatría. La organización prohibió entre los psiquiatras miembros la práctica de la psicohistoria "una disciplina relativamente nueva y cada vez más popular que combina los conocimientos de la psicología (principalmente el psicoanálisis) con los datos de la historia" (Nobile, 1976). La asociación consideró

peligroso realizar perfilamientos psicológicos a partir de datos biográficos, sin previo consentimiento, aun tratándose de personajes públicos. A criterio de la AEP este conjunto de técnicas vulneró la privacidad, y podían ocasionar daños irreversibles sobre la imagen y el buen nombre de familias enteras (Nobile, 1976). Así mismo, se posicionó en contra de la terapia sexual, para “proteger al público de terapeutas incompetentes y poco éticos” (Brody, 1976), consideró ilegal y abuso de poder cualquier acto sexual realizado con pacientes, y en los casos clínicos requeridos se instó a “utilizar prostitutas capacitadas para tratar a pacientes que no tienen parejas sexuales” (Brody, 1976). En la construcción de estos lineamientos éticos, la AEP declaró el interés de la organización por aumentar el número de psiquiatras de minorías, entendió conveniente que los pacientes negros y los inmigrantes fueran atendidos por personal sanitario que compartía la condición de vulnerabilidad (American Psychiatric Association, 1977); solicitó también proteger la confidencialidad de los registros psiquiátricos al ratificar la existencia del derecho de propiedad privada sobre las historias clínicas, máxime, que mientras más “se genera y archiva información de este tipo. Está emergiendo una de las credenciales importantes de nuestra sociedad. Los usos van mucho más allá de las preocupaciones con la salud y ahora incluyen licencias, seguros y empleos” (Schmeck, 1977). Finalmente, adoptó como propia la terapia de grupo, nacida en el seno del programa *Recovery Inc*, “un programa nacional de autoayuda diseñado para permitir que los expacientes mentales controlen su propio comportamiento y prevengan recaídas a través de la autodisciplina y el apoyo grupal” (Rubín, 1978).

En esta misma línea pensamiento, durante el año de 1978 la AEP realizó una declaración de posición, sobre un llamado a la acción para el paciente mental crónico, con el objetivo de mitigar el sufrimiento psíquico agudizado y los problemas especiales y únicos de estas poblaciones. “La dependencia extrema, la alta vulnerabilidad al estrés y la dificultad para hacer frente a las demandas de la vida diaria, resulta en dificultad para asegurar ingresos y vivienda adecuados y mantener un trabajo” (American Psychiatric Association, 1978), por lo cual, exigía al gobierno estadounidense mayor voluntad política, educación a los cuidadores, entrenamiento

del personal, subvenciones económicas y aplicación del enfoque de derechos civiles. Del mismo modo, la AEP realizó una declaración de posición a favor del aborto, en sintonía con la sentencia de la Corte Suprema de los Estados Unidos de América sobre el *caso Roe v. Wade & Doe v. Bolton*, la cual, despenalizó esta conducta en el año de 1973 y dejó la regulación del derecho a la jurisdicción estatal (Tolchin, 1989). La AEP excluyó el aborto del espectro médico de la inadaptabilidad social,

Históricamente, existía la preocupación de que el aborto pudiera estar asociado con resultados negativos para la salud mental de las mujeres. Esto ha sido refutado por un creciente cuerpo de investigación cuidadosamente realizado con grupos de comparación apropiados. Actualmente, la evidencia disponible no respalda que tener un aborto esté asociado con un aumento de los síntomas depresivos, de ansiedad o de estrés postraumático. Posición de la Asociación Americana de Psiquiatría: 1) El aborto es un procedimiento médico, y la decisión sobre un aborto debe ser entre la mujer y su médico. 2) Los proveedores deben considerar consultar a un psiquiatra cuando traten a una mujer embarazada con síntomas actuales de salud mental. 3) La Asociación Americana de Psiquiatría se opone a las restricciones gubernamentales sobre los servicios de planificación familiar y aborto (American Psychiatric Association, 1978).

A finales de la década de los 70's, el control social de la psiquiatría o lo que es igual, la función social reguladora de la disciplina, a la vez de que intervino en asuntos cada vez más políticos y controvertidos, también, fue emitiendo concepciones ideológicas progresista. El ejercicio del control social que "puede ser definido como una conjunción de modelos culturales, de símbolos sociales, de significaciones colectivas, de valores, ideas e ideales, así como de actos y de procesos que los imponen y aplican" (Huertas, 2008, p.17), por los cuales, "cada sociedad global, cada grupo particular, cada forma de sociabilidad y cada miembro (individuo) participante, superan las antinomias, tensiones y conflictos que les son propios, mediante equilibrios temporales e inestable" (Huertas, 2008, p.17); condujo a la adaptación de la psiquiatría clínica a las exigencias de una sociedad estadounidense mucho más abierta y significativamente contrariada con nociones colectivas que pudieran causar marginación y exclusión. Estas *condiciones de*

posibilidad -en términos de Immanuel Kant-, permitieron la psicologización de los problemas cotidianos y el predominio de un enfoque individualista para la resolución de las experiencias de sufrimiento psíquico (Watson, 1978).

Los problemas públicos, comunes y compartidos empezaron a ser reducidos a problemas privados, esto disminuiría con razón, la fricción y los conflictos sociales. La salud mental ampliada en los Estados Unidos de América, o, en otras palabras, la disolución de aquella separación clásica entre individuos sanos e individuos enfermos quedó vectorizada y coordinada por las premisas disciplinares de asociaciones como la AEP (American Psychiatric Association, 1979).

Salud Mental Privatizada. La Psiquiatría Estadounidense y el Neoliberalismo

En el año de 1980 la AEP publicó el tercer *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-III). La asociación por primera vez clasificó y etiquetó como diagnóstico, el juego patológico (The New York Times, 1979), el deseo sexual inhibido, la excitación sexual inhibida, el orgasmo masculino inhibido, la eyaculación precoz y la homosexualidad egodistónica (American Psychiatric Association, 1980). Las inserciones diagnósticas en el DSM-III fueron parte de los procesos de ampliación de la salud mental hacia comportamientos individuales que podían considerarse normales, pero que resultaban molestos e incómodos para la sociedad estadounidense. “El nuevo manual de diagnóstico tiene un 30 por ciento más de categorías que el anterior, con trastornos definidos con tanto detalle” (Sobel, 1979).

En esta misma anualidad (1980) la AEP se pronunció formalmente en contra de prácticas gubernamentales que transgredían los derechos humanos de los pacientes; la primera toma de posición la realizó en el mes de septiembre, por el trasplante deliberado de pacientes mentales desde Cuba, “la junta directiva de la asociación dijo que había evidencia de que los refugiados cubanos que entraron a los Estados Unidos en barco en las últimas semanas habían sido convoyes desde los hospitales mentales cubanos a la libertad flotil” (The New York Times, 1980), lo

cual, “constituye un acto manifiestamente inhumano, que priva a los pacientes de su derecho a un tratamiento psiquiátrico en el contexto de su propia cultura y su pulmón primario” (The New York Times, 1980).

De una forma similar en el mes de octubre, la AEP reclamó a los Estados Unidos de América la separación de niños, niñas y adolescentes de los pacientes adultos en los hospitales psiquiátricos. Esto por los riesgos de seguridad que enfrentaban los menores de edad al interactuar con internos de otro segmento poblacional, así como, el deterioro en la calidad de la atención, el desconocimiento de necesidades especiales y la inespecificidad terapéutica en las unidades mentales,

1. Se opone a la práctica nociva de mezclar niños y adolescentes con pacientes adultos en hospitales psiquiátricos estatales.
2. Insta a los Estados a separar a los niños de los adolescentes y proporcionar a cada grupo de edad cuidados apropiados de alta calidad con instalaciones para pacientes internados.
3. Insta a las sucursales distritales a tomar todas las medidas necesario para asegurar que los objetivos de esta declaración de posición se logren (American Psychiatric Association, 1980).

En los años de 1981 y 1982 la AEP durante las convenciones anuales 134th y 135th llamó la atención con base a los criterios diagnósticos divulgados por el DSM-III, sobre la existencia de “más de 400.000 niños deprimidos en el país” (Semmel, 1981), los cuales, requerían acciones de salud pública y financiación estatal; defendió “la maternidad subrogada como una oportunidad de obtener ingresos para las familias mientras las mujeres redescubrían la alegría de estar embarazadas” (Sobel, 1981); debatió la eliminación del diagnóstico de angustia por homosexualidad -egodistónica- a causa de “fomentar prejuicio y discriminación continuos contra la homosexualidad y sugerir a los padres que deberían buscar terapia para sus hijos homosexuales en lugar de aceptar y amarlos como son” (Brody, 1982); rechazó nuevamente el abuso sexual en la terapia médica (Nelson, 1982) (Diesenhouse, 1989); exigió a los padres de familia estadounidenses nunca abandonar a un niño con problemas de salud mental "cuanto más perturbado esté el niño, más cauteloso se debe ser para dejarlo ir" (Pines, 1982); estableció las terapias cognitivo-conductuales como “efectivas para tratar fobias simples, estados

de ansiedad crónicos moderados” (Boffey, 1982) y su utilización preferencial con relación al “valium y otros tranquilizantes que son recetados rutinariamente por muchos médicos para aliviar la ansiedad” (Boffey, 1982; Boffey, 1986).

La AEP reiteró que los psiquiatras no asumían competencias “para testificar si un acusado de un delito es un peligro para la sociedad” (Pines, 1982) y tampoco les correspondía pronunciarse si algún recluso del sistema penitenciario debía recibir tratamiento farmacológico involuntario (Greenhouse, 1990; The New York Times, 1982). La asociación sentenció que “los psiquiatras son expertos en medicina, no en derecho...La locura es una construcción legal, no un concepto médico...Es una etiqueta que dice que la sociedad quiere institucionalizar a esta persona. La sociedad, no los psiquiatras, debería hacer tales juicios” (Boffey, 1983; Slade & Biddle, 1983). “Los psiquiatras están gravemente limitados para predecir la violencia” (Morris, 1985). En definitiva, la psiquiatría no conseguía determinar si alguien está capacitado para “distinguir el bien del mal”, únicamente podía presentar información sobre el estado mental y la motivación de un acusado, pero las “conclusiones finales” correspondían a los tribunales (The New York Times, 1986).

Finalmente, durante este periodo de tiempo (1981-1982), la AEP intentó salvaguardar “el electrochoque como método importante para tratar casos difíciles de depresión” (The New York Times, 1982), por lo cual se querreló judicialmente contra la ciudad de Berkeley, por el referéndum que pretendía “prohibir el uso de la terapia, como un delito menor punible con una multa de hasta \$500 y seis meses de cárcel” (Altman, 1982). En efecto, cuando los ciudadanos de Berkeley decidieron apoyar la prohibición con 25.380 votos a favor vs 15.765 votos en contra, la AEP comenzó a perder la lucha social e ideológica por conservar dentro del arsenal terapéutico una de las últimas prácticas obscurantistas que subsistían del antiguo régimen manicomial (American Psychiatric Association, 1981; American Psychiatric Association, 1982; American Psychiatric Association, 1989).

En los años de 1983 y 1984 la AEP celebró las convenciones anuales 136th y 137th. La asociación para la agenda programática de estos espacios disciplinares tuvo como prioridad abordar el aumento del número de personas sin hogar que padecían enfermedades mentales (American Psychiatric Association, 1983; American Psychiatric Association, 1984). "Entre ellos se incluyen las personas que han quedado en las calles por la desinstitucionalización, un proceso que en los últimos años ha reducido considerablemente la población de los hospitales psiquiátricos estatales del país" (Nelson, 1983). La asociación manifestó que la salud mental comunitaria había arruinado la vida de miles de estadounidenses, la idea de brindar atención extrahospitalaria fue buena pero la implementación defectuosa (Lyons, 1984), al parecer los sectores políticos solamente buscaron ahorrar dinero. "La práctica de dar de alta a los pacientes con enfermedades mentales de los hospitales estatales a comunidades locales mal preparadas había sido un fracaso y una gran tragedia social" (Boffey, 1984). "Las instalaciones comunitarias adecuadas no existían y por lo general no se desarrollaron. Los ex enfermos mentales terminaron en hogares de ancianos, callejones y salas de emergencia de hospitales públicos...Se le transfirió su lugar de vida y atención de una sola institución pésima a múltiples instituciones miserables" (Pear, 1987). El balance técnico negativo sobre el modelo de salud mental comunitaria fue presentado por la AEP en un informe de 313 páginas, "citó estudios que estiman que el número de personas sin hogar podría oscilar entre 250,000 y 3 millones, y citó estimaciones de que entre el 25 y el 50 por ciento de estas personas sufren enfermedades mentales graves y crónicas" (Boffey, 1984), que incluían la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva y la depresión psicótica,

La asociación, la principal organización profesional de psiquiatras del país, dijo que hubo un desastroso fracaso en proporcionar atención de salud mental adecuada en la comunidad, o incluso necesidades tan básicas como vivienda y comida, había dejado decenas de miles, tal vez incluso un millón o más aún, de los enfermos mentales echados a la deriva en condiciones que la mayoría de las personas piensan que ya no pueden existir en este país...La asociación culpó a prácticamente todos los involucrados en el cuidado y tratamiento de los enfermos mentales o las personas sin hogar por algunos de los problemas...Denunció que los gobiernos federal, estatal y local no habían proporcionado

suficiente dinero para una atención médica y servicios sociales adecuados, que los abogados de derechos de los pacientes habían estado más interesados en que los pacientes fueran dados de alta que en asegurarse de que fueran atendidos, que los profesionales de la salud mental a veces se habían negado a tratar con los pacientes más gravemente enfermos, y que los propios psiquiatras tardaron en darse cuenta de las dimensiones del problema... El movimiento para trasladar a los enfermos mentales de las instituciones superpobladas a la atención comunitaria local comenzó hace 30 años, según el informe. Desde entonces, ha reducido en tres cuartas partes el número de pacientes internados en grandes hospitales psiquiátricos públicos, desde un pico de unos 559.000 en 1955 a unos 132.000 en 1980, dijo la asociación...El movimiento comenzó con poca preparación o planificación, según el informe, y fue impulsado por al menos cuatro factores principales. Los nuevos tratamientos farmacológicos permitieron que los pacientes fueran tratados fuera de las instituciones. Una nueva filosofía de salud mental llegó a la conclusión de que la mayoría de las personas eran mejor tratadas en sus comunidades de origen que en hospitales psiquiátricos similares a almacenes. Las presiones legales y legislativas exigían otorgar más libertad y dignidad a los pacientes, y los gobiernos estatales presionados financieramente esperaban ahorrar dinero reduciendo o cerrando sus hospitales psiquiátricos...También hubo cambios radicales en las leyes estatales que hicieron que fuera más difícil exigir que los enfermos mentales ingresaran en instituciones psiquiátricas. En la mayoría de los estados, la ley ahora limita la hospitalización involuntaria a las personas que probablemente dañen a otros o se lastimen a sí mismas... El informe también advirtió que los profesionales que hablan de enviar a todos los pacientes de regreso a los hospitales estatales están exagerando y romantizando la atención que supuestamente recibieron los pacientes allí. Además, dijo, el movimiento hacia la atención comunitaria no había sido un desastre universal porque algunos pacientes se habían beneficiado mucho mientras que otros habían sufrido... (Boffey, 1984).

El informe de la AEP exigió al gobierno de los Estados Unidos de América una "renovación del sistema de salud mental con una financiación notablemente mayor para proporcionar a los enfermos mentales sin hogar alimentos, ropa, refugio, tratamiento médico y de salud mental en una variedad de instalaciones" (Boffey, 1984; Goleman, 1986; Sullivan, 1986). Instó a la implementación de la psiquiatría de atención primaria -la salud mental ampliada-, tan difundida entre los círculos intelectuales de la OMS y de la OPS desde el año 1978; un enfoque sanitario viable

para que “una sola persona a cargo de cada paciente asegure que todos los servicios estén conectados y coordinados” (Boffey, 1984).

En el año de 1985 la AEP reconoció una vez más, el incremento exponencial en los problemas de salud mental entre los ciudadanos estadounidenses, hubo por lo menos “24,3 millones de visitas al consultorio para diagnosticar enfermedades mentales” (Talan, 1985). En esta anualidad, la 138th convención de la AEP discutió sobre el masoquismo y la tortura. Se buscó establecer como diagnóstico las conductas masoquistas, aun sin llegar a un consenso, fue aprobado el etiquetamiento clínico de trastorno de personalidad contraproducente; “los que se oponían decían que designar a los pacientes como masoquistas se centraba en factores internos de los individuos, más que en causas externas como las relaciones abusivas” (American Psychiatric Association, 1985; Collins, 1985). Así mismo, la AEP emitió una resolución conjunta con la Asociación Americana de Psicología (APA) contra cualquier forma de tortura, en el contexto de la utilización sistemática por parte de servicios estatales de inteligencia-espionaje-seguridad, de los conocimientos sobre conducta humana y sistema nervioso central, para infligir dolor, sufrimiento y quebrantar a reclusos en los sistemas penitenciarios,

Considerando que los psiquiatras estadounidenses están obligados por sus principios de ética médica con anotaciones especialmente aplicables a la psiquiatría a “brindar un servicio médico competente con compasión y respeto por la dignidad humana”, y considerando que los psicólogos estadounidenses están obligados por sus Principios Éticos a “respetar la dignidad y el valor del individuo y luchar por la preservación y protección de los derechos humanos fundamentales”, y considerando que la existencia de torturas y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes patrocinados por el estado ha sido documentada en muchas naciones alrededor del mundo, y considerando que el conocimiento y las técnicas psicológicas pueden usarse para diseñar y llevar a cabo la tortura, y considerando que las víctimas de la tortura a menudo sufren múltiples problemas físicos y psicológicos a largo plazo; se ha resuelto que la Asociación Americana de Psiquiatría y la Asociación Americana de Psicología condenen la tortura dondequiera que ocurra, y Asimismo, se resuelve que la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y la Asociación Estadounidense de Psicología apoyan la Declaración y Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes; y los Principios de ética médica de la ONU, así

como la Resolución conjunta del Congreso que se opone a la tortura y que fue firmada como ley por el presidente Reagan el 4 de octubre de 1984 (American Psychiatric Association, 1985).

Durante el año de 1985 la AEP también prestó atención especial a que la mayor parte de la terapia en salud mental de los Estados Unidos de América estaba siendo practicada por profesionales no médicos, “los psiquiatras se ven empujados cada vez más a tratar a los enfermos más graves...Y la competencia seguirá haciéndose más intensa a medida que pase el tiempo” (Goleman, 1985). Las nuevas tendencias profesionales en la atención sanitaria fueron llamativas para la asociación, en tanto, al ampliarse el espectro de expertos intervinientes, la hegemonía del poder psiquiátrico fue amenazada. La salud mental ampliada y posteriormente la salud mental privatizada, atomizó el campo de acción disciplinar. El concepto de salud mental derivó en un terreno profesional difuso y ecléctico,

Hace un par de generaciones, la psicoterapia era una cura costosa y exótica a la que se entregaba una pequeña élite, e incluso tan recientemente como en la década de 1950, solo una de cada ocho personas la había buscado, pero hoy, uno de cada tres estadounidenses ha estado en psicoterapia, y en 1987, 15 millones de nosotros haremos aproximadamente 120 millones de visitas a profesionales de salud mental, casi el doble de visitas que a internistas... Sin embargo, la mayoría de las personas que necesitan psicoterapia saben poco sobre las muchas formas que toma actualmente, su tasa de éxito o la variedad de profesionales disponibles ahora, y aún menos sobre cómo elegir entre las alternativas... La causa principal del crecimiento explosivo de la psicoterapia en la última década es, muy probablemente, que, en estos tiempos caóticos, el conocimiento y las costumbres tradicionales a menudo no brindan buenas respuestas a los problemas emocionales, sociales y profesionales cotidianos... La psicoterapia solía ser en gran parte propiedad de los psiquiatras, pero ahora también la practican miembros de media docena de otras profesiones. Las diferencias en su formación, la forma en que interactúan con los pacientes y los honorarios que cobran ofrecen una gran cantidad de alternativas...Hace una generación, la elección era principalmente entre el psicoanálisis -terriblemente costoso, oneroso, prolongado- y la psicoterapia de orientación psicoanalítica -algo menos prohibitiva pero aun así una "cura hablada" uno-a-uno, en el sofá (como uno de los primeros lo llamó el paciente). Hoy en día existe una amplia gama de terapias: psicodinámica, interpersonal, conductual, cognitiva, humanística, marital y familiar, además de muchas variantes. Hace una docena de años, Morris B. Parloff, un psicólogo que entonces era director de

investigación en psicoterapia en el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), contó 130 formas de psicoterapia; el año pasado, el Dr. T. Byram Karasu, profesor de psiquiatría en la facultad de medicina Albert Einstein de la universidad Yeshiva, descubrió que el total había aumentado a más de 450... (Hunt, 1987).

En otras palabras, durante la década de los 80's el ciudadano estadounidense promedio tenía la libertad de elección y de consumo, sobre las más variadas alternativas de las disciplinas "psi": la asociación libre o la mística del psicoanalista, el psicofármaco o el empirismo del psiquiatra, las corrientes clásicas o alternativas del psicólogo. O en su defecto, podía introducirse en grupos de apoyo, grupos de pacientes, redes de transmisión y aplicación de conocimiento, y en campañas publicitarias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad,

La psiquiatría, que alguna vez representó el grupo más grande de psicoterapeutas, ha visto una fuerte disminución en los que se unen a sus filas en los últimos años. En los últimos 10 años creció solo un tercio, mientras que otros grupos se duplicaron o crecieron aún más rápido. Mientras que en 1975 había 26.000 psiquiatras, ahora hay 38.000, según estimaciones de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría... Los psicólogos clínicos han duplicado sus filas durante el mismo período. Mientras que en 1975 había unos 15.000 psicólogos clínicos, hoy suman aproximadamente 33.000, dice la asociación... El crecimiento en el número de trabajadores sociales que ofrecen psicoterapia es aún mayor. Hace una década, según la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales, 25.000 estaban en terapia; este año hay 60.000. Si bien muchos de ellos trabajan en clínicas de salud mental, un número creciente tiene práctica privada. La proporción de trabajadores sociales clínicos que reciben 20,000 dólares al año o más de la práctica privada, según una encuesta, es del 82 por ciento. El quince por ciento gana 60,000 dólares o más de la práctica privada... El campo de los consejeros matrimoniales y familiares ha mostrado el crecimiento más explosivo de todos. Mientras que antes de 1964 ningún estado los reconocía, y hoy en día no lo hacen más de nueve, según algunos cálculos, existen al menos 28.000 consejeros matrimoniales y familiares en ejercicio, y tal vez muchos más. Nadie sabe su número exacto, porque en la mayoría de los estados no existe tal licencia, aunque por lo general son libres de practicar... (Goleman, 1985).

Durante los años de 1986, 1987 y 1988 la ampliación de los diagnósticos clínicos por parte de la AEP hacia los comportamientos comunes -con causas sociales u

orgánicas- generó inconformidad en diversos sectores poblacionales y profesionales (American Psychiatric Association, 1986; American Psychiatric Association, 1987; American Psychiatric Association, 1988). La "Asociación Estadounidense de Psiquiatría llegó a un compromiso la semana pasada, médica y políticamente. Los miembros del grupo recomendaron la adición de tres trastornos a su manual de diagnóstico oficial, una medida a la que se oponen grupos feministas" (Boffey, 1986; Mansnerus & Roberts, 1986). Los nuevos trastornos incluidos en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-III-R)* del año 1987 fueron el síndrome premenstrual y dos tipos de personalidades perturbadas, "autodestructivas" y "sádicas" (Goleman, 1987). La agresión del acosador también fue categorizada como un trastorno de conducta, es decir, "una variedad de comportamientos que incluyen el desafío de las reglas, peleas, vandalismo, robo, mentiras y otros actos antisociales" (Collins, 1986). La AEP ratificó la existencia del trastorno de estrés postraumático, una forma de trauma emocional severo que puede dañar tanto la psique como el cerebro en el nivel físico (Goleman, 1995; Goleman, 1996), este trastorno fue "reconocido formalmente en

1980 en parte como resultado de una campaña de grupos de veteranos para que fuera aceptado un síndrome post-Vietnam" (The New York Times, 1987),

Los opositores sostuvieron que designar el síndrome premenstrual como un trastorno psiquiátrico estigmatizaría a las mujeres cuyos problemas son de origen biológico y que el diagnóstico de personalidad contraproducente podría estigmatizar a las víctimas de abuso. El reconocimiento oficial de un trastorno sádico de la personalidad, dijeron, podría proporcionar una defensa legal para los golpeadores de esposas y los abusadores de niños (Mansnerus & Roberts, 1986) ... Entre los grupos que se oponen al nuevo manual se encuentran la Asociación Americana de Psicología. Los psicólogos se oponen a las suposiciones que subyacen a las categorías de diagnóstico, algunas de las cuales reflejan una visión médica de los problemas que, argumentan, son de origen psicológico y social. El órgano rector de la asociación de psicología ha dado su aprobación para el desarrollo de un manual de diagnóstico propio, que competiría con el manual psiquiátrico, según un portavoz de la organización (The New York Times, 1987).

En el año de 1989 la AEP se posicionó en contra del abuso sexual infantil y condenó el encubrimiento de los abusadores al interior de la familia estadounidense, "las

madres tienden a culpar a los niños por romper la familia...amenazan a los niños con el hecho de que, si los extraños saben lo que está pasando en el hogar, el vínculo de la familia se desmoronará” (Chicurel, 1989). Durante el desarrollo de la 142nd convención anual de la AEP, la temática central fue superar el estigma hacia el principal problema de salud mental en los Estados Unidos de América -la depresión- (American Psychiatric Association, 1989). El señalamiento social en “contra de las personas con enfermedades psiquiátricas y quienes las tratan es el elemento más destructivo que impide el progreso en el cuidado...Los efectos del estigma comienzan con la vacilación de una persona para buscar una intervención temprana” (The New York Times, 1989).

En esta misma anualidad (1989) la AEP que inicialmente “votó en contra de la readmisión de la sociedad psiquiátrica soviética como miembro de pleno derecho de la Asociación Mundial de Psiquiatría, diciendo que no habían liberado a las personas recluidas en hospitales psiquiátricos por razones políticas” (Pear, 1989), modificó su voto a favor de la readmisión con el condicionamiento a la auditoria internacional. Este cambio de postura fue adoptado después de obtener el reconocimiento público por parte de la delegación soviética de que hubo abusos profesionales por razones ideológicas y de la retractación colectiva por usos médicos en contra de los derechos humanos,

El debate sobre la solicitud soviética se acaloró durante el congreso de una semana. La delegación soviética argumentó que había cumplido con todas las condiciones para el reingreso impuestas hace varios años. Dijo que todos los pacientes políticos habían sido dados de alta y que se había aprobado una nueva legislación para prevenir los abusos psiquiátricos...Agregó que se prohibió una droga analgésica presuntamente utilizada contra disidentes políticos. También dijo que la jurisdicción sobre los hospitales psiquiátricos especiales había sido transferida del Ministerio del Interior al Ministerio de Salud y que se había establecido una comisión independiente para prevenir el uso de la psiquiatría con fines no médicos...La delegación soviética también argumentó que la readmisión conduciría a una mayor cooperación internacional y evitaría la repetición de abusos... (Anastasi, 1989).

Durante el año de 1990 la AEP se celebró la 143rd convención anual. En este espacio de discusión disciplinar fue presentada la clozapina como un nuevo fármaco que significaba “el mayor avance en 20 años en el tratamiento de la esquizofrenia” (Goleman, 1990) aunque “los críticos afirmaron que el alto costo de las pruebas asociadas lo ha puesto fuera del alcance de la mayoría de los pacientes” (Goleman, 1990); este medicamento fue el primero en su clase que podía ayudar con los síntomas "negativos" de la enfermedad: la falta de motivación, la pérdida de emoción y el retiro social. “Algunos pacientes que lo toman experimentan mejoras dramáticas que les permiten mantener un trabajo o regresar a la escuela. Además, no causa rigidez muscular y los espasmos que a menudo acompañan al uso a largo plazo de otros medicamentos antipsicóticos” (Goleman, 1990). De igual forma, varios investigadores defendieron la terapia electroconvulsiva, o TEC -a pesar de su mala imagen pública- “para la depresión severa y especificaron con precisión cuándo y cómo se debe usar”, se publicó un protocolo clínico renovado para la utilización humanizada de la terapia,

Los pacientes que reciben terapia de choque reciben relajantes musculares y un anestésico general de acción corta. Luego, se pasa un breve pulso de corriente eléctrica a través del cerebro. La corriente induce una convulsión o ataque breve. Por razones que aún no están claras, la convulsión parece aliviar los síntomas de depresión en muchas personas...Un curso típico de terapia de electroshock implica de seis a 10 sesiones, generalmente administradas tres veces por semana... (Goleman, 1990).

Durante esta misma convención anual (1990) fueron publicadas las directrices para las filiales distritales de la AEP sobre la política relativa a la incapacidad de los médicos. Existía “la obligación ética de ayudar a los colegas que están deteriorados, incluidos los que evitan y se resisten al tratamiento” (American Psychiatric Association, 1990) y fue necesario fortalecer la notificación obligatoria de los casos de profesionales afectados, además de brindar ayuda financiera durante el desempleo e instaurar los programas de rehabilitación integral para la salud mental,

La AEP recomienda que las delegaciones de distrito garanticen la representación y la participación activa de los psiquiatras en los comités de médicos discapacitados de la sociedad médica estatal. La experiencia psiquiátrica es esencial en el reconocimiento precoz

y en los programas de prevención, no sólo para los trastornos adictivos, sino también para otros trastornos psiquiátricos y, en particular, para los diagnósticos duales -por ejemplo, trastorno afectivo y dependencia del alcohol; adicción a cocaína y trastorno límite de la personalidad-. La representación psiquiátrica es necesaria para elaborar recomendaciones sobre el tratamiento, supervisar el reingreso y ayudar en la evaluación de situaciones en las que las quejas éticas se ven agravadas por problemas de deterioro -por ejemplo, abuso sexual de pacientes por parte de un médico con trastorno bipolar en fase maníaca- (American Psychiatric Association, 1990).

Entre los años de 1991, 1992 y 1993 la AEP realizó algunas tomas de posición - como de costumbre- referente a las complejidades culturales en los Estados Unidos de América que estaban atravesadas por experiencias y prácticas propias de la salud mental (American Psychiatric Association, 1991; American Psychiatric Association, 1992; American Psychiatric Association, 1993). La AEP estuvo a favor de la revisión inter pares del testimonio pericial de los psiquiatras en los estrados judiciales como una forma de colegiar las declaraciones técnicas y “un mecanismo prometedor para mejorar la calidad de la información que los psiquiatras presentan al sistema legal” (American Psychiatric Association, 1991; American Psychiatric Association, 1996). La AEP manifestó preocupación por “las consecuencias psiquiátricas de las violaciones de derechos humanos por parte de los gobiernos nacionales, tales como el encarcelamiento injusto y cruel o castigo inusual, incluido el terror y la tortura” (American Psychiatric Association, 1992) e instó a los psiquiatras a aunar esfuerzos en contra de estas prácticas. La asociación estuvo a favor de “que se establezcan fuertes controles sobre la disponibilidad de todo tipo de armas de fuego para los ciudadanos particulares” (American Psychiatric Association, 1993), esto ante “la necesidad de reforzar sanciones individuales y grupales contra el uso de la violencia como instrumento social, modo de conducta o patrón adaptativo, tal como lo han hecho los psiquiatras con el abuso de drogas, acciones suicidas y conducta antisocial” (American Psychiatric Association, 1993).

Así mismo, la AEP se opuso a la violencia televisiva, en tanto, “ha demostrado que es un factor de riesgo para la salud y el bienestar del niño en desarrollo, del

adolescente y para la estabilidad de sus familias” (American Psychiatric Association, 1993), y se enfrentó al maltrato y la negligencia infantiles. La AEP consideró que “el maltrato infantil contribuye al desarrollo de ansiedades de por vida, alteraciones del comportamiento, depresión, comportamiento suicida, abuso de sustancias y graves alteraciones en la formación de la personalidad” (American Psychiatric Association, 1991), y en efecto, recomendó al personal psiquiátrico la denuncia obligatoria, la formación en servicios sociales de protección, el entrenamiento especializado para la protección de los derechos y mayor investigación para descubrir las formas de interrumpir los ciclos intergeneracionales de la violencia. La AEP amplió el espectro de experiencias abusivas y negligentes por parte de los adultos,

Incluye alimentación, ropa o alojamiento inadecuados; privación de atención y apoyo emocional adecuados; supervisión protectora inadecuada; imposición de lesiones físicamente dolorosas y dañinas bajo el pretexto de castigo o disciplina; denegación de educación o atención sanitaria adecuadas; exposición a sobreestimulación o explotación sexual u otros abusos sexuales. Experiencias abusivas; la imposición de experiencias personalmente denigrantes y humillantes; y el aislamiento del contacto o la comunicación con los demás, especialmente con aquellos que son emocionalmente importantes. Ningún niño es invulnerable; todos se ven afectados (American Psychiatric Association, 1991).

En los años de 1994 y de 1995 la agenda programática de la AEP estuvo marcada igualmente por tomas de posición política, sin embargo, en esta ocasión, las declaraciones fueron orientadas hacia disposiciones internas de la disciplina psiquiátrica y hacia acciones sanitarias ejecutadas en el marco de la APS por parte de los profesionales de la medicina general. La AEP asumió como prioridad “un aumento en la representación de mujeres y minorías en la psiquiatría como lunares de liderazgo de interés para la profesión, la ciencia, los pacientes y el público” (American Psychiatric Association, 1994) e instó a la capacitación de internistas y médicos de familia en el arte del diagnóstico psiquiátrico. Esto a partir de la realidad, donde uno de cada cinco pacientes estadounidenses que van a un médico de atención primaria puede sufrir un trastorno psiquiátrico, pero “los médicos no diagnostican ni tratan estos problemas en hasta el 75 por ciento de los casos” (Goleman, 1994). La AEP para mitigar las necesidades del público estadounidense

en el campo de la salud mental, se opuso a cualquier restricción gubernamental sobre el número de médicos internacionales que podían ingresar a la formación posgradual; los profesionales inmigrantes eran bienvenidos para brindar apoyo en las actividades preventivas (American Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 1995). Finalmente, la AEP reconoció que “la psiquiatría americana se enfrenta a un importante reto formativo para abordar los trastornos relacionados con sustancias psicoactivas, que son los más frecuentes en medio de enfermedades psiquiátricas debilitantes” (American Psychiatric Association, 1995).

El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV) que fue publicado en el año de 1994 continuó intensificando la expansión de los síntomas y los trastornos de la salud mental hacia situaciones íntimas y privadas. Las novedades en este sentido fueron el trastorno eréctil masculino que "puede ser de por vida o adquirido, generalizado para todas las situaciones o específico para una" (Swirsky, 1995), la reclasificación de los “trastornos sexuales infantiles”, la inclusión de los trastornos de alimentación; y una cuestionada sección diagnóstica que fue denominada "Otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica", la cual, “enumera condiciones que no necesariamente indican un trastorno mental pero que, sin embargo, pueden llevar a las personas a buscar ayuda de psiquiatras, psicólogos, consejeros o trabajadores sociales” (Steinfels, 1994). La salud mental privatizada promovida en parte por manuales diagnósticos como el DSM-IV, situó los discursos sobre la psique al nivel de los contextos, comportamientos e interacciones personales. La salud mental emergió como una narrativa histórica del yo contemporáneo que intentó adaptar y resocializar la condición de humanidad interiormente para que pueda hacer frente al sufrimiento psíquico que le impide continuar respondiendo a las exigencias y encrucijadas del mundo en el que habita, así como potenciar o dinamizar las capacidades psíquicas,

Muchos nuevos trastornos desarrollan grupos de presión poderosos en los mundos terapéutico y político, dicen los críticos, debido a la influencia de gran alcance del DSM en el gasto en atención médica. "La inclusión en el DSM es la llave que abre la caja fuerte; no se puede facturar por el tratamiento sin utilizarlo", dijo el Dr. Thomas S. Szasz, psiquiatra de

Syracuse y autor de "The Myth of Mental Illness", el histórico libro de 1961 que argumenta que la psiquiatría constantemente amplía su definición de enfermedad mental para imponer su autoridad sobre el conflicto moral y cultural...Para abrirse camino en el DSM, un trastorno aspirante necesita una "voluminosa investigación" de campo que indique que existe como un conjunto de síntomas patológicos por parte de un número significativo de personas. Es esencial un cabildeo ardiente entre los terapeutas, así como una campaña de publicidad en la prensa... (Sharkey, 1997).

A partir del DSM- IV una queja de salud física, un mal hábito, una conducta inadecuada, un cuestionamiento moral, o un vaciamiento espiritual podía convertirse en un problema de salud mental en cualquier escenario clínico o cultural sin ser concebido necesariamente como un trastorno mental, estos fueron conceptualizados como afectaciones al bienestar psíquico o a la adaptación social, susceptibles de ser medicalizados. Las entradas diagnósticas comprendían las más corrientes circunstancias de la condición de humanidad, eran constructos del poder biomédico sobre zonas grises de conocimiento,

F15.00 Intoxicación por cafeína (305.90), F60.2 Trastorno de personalidad antisocial (301.7), F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad (301.50), F91.3 Trastorno negativista desafiante (313.81), Z91.1 Incumplimiento terapéutico (698), Z76.5 Simulación (698), Z72.8 Comportamiento antisocial del adulto (699), Z72.8 Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia (699), R41.8 Capacidad intelectual límite (699), R41.8 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad (699), Z63.4 Duelo (700), Z55.8 Problema académico (700), Z56.7 Problema laboral (700), F93.8 Problema de identidad (700), Z71.8 Problema religioso o espiritual (700), Z60.3 Problema de aculturación (701), Z60.0 Problema biográfico (701) (American Psychiatric Association, 1994).

Entre los años de 1996 y de 1997 la AEP instó a las "aseguradoras a que brinden cobertura económica para enfermedades mentales equivalente a la cobertura brindada para otras afecciones como enfermedades cardíacas, diabetes y cáncer" (Goleman, 1993; Pear, 1996). Con base a estas orientaciones disciplinares el Senado de los Estados Unidos de América aprobó un proyecto ley para garantizar que los gastos de salud mental fueran deducibles en totalidad de los planes de beneficios de salud. Un avance político para la democratización del acceso a este

tipo de servicios. Cuando el presidente "Clinton firmó la Ley de Paridad en la Salud Mental, él dijo que era moralmente correcto exigir a las compañías de seguros que establezcan los mismos límites de cobertura anuales y de por vida para las enfermedades mentales y la enfermedad física...No más dobles raseros" (Pear, 1997).

Por otra parte, durante la 149th y la 150th convención anual, la AEP se declaró en contra de la discriminación a personas con tratamiento psiquiátrico previo (American Psychiatric Association, 1996); reconoció "el valor de los grupos de apoyo mutuo - también conocidos como de autoayuda- como un recurso valioso para los pacientes en tratamiento de la adicción y sus familiares" (American Psychiatric Association, 1997); estableció la necesidad de construir guías de práctica clínica para la ejecución de la psicoterapia en la consulta psiquiátrica (American Psychiatric Association, 1997); presentó el efecto de algunos psicofármacos del grupo de los inhibidores de la recaptación de serotonina -fluvoxamina- como una opción viable para disminuir la lujuria por las compras (Finnerty, 1997); y abordó como una de las cuestiones políticas centrales el suicidio asistido, de hecho, cuando se les pidió a los participantes "que levantaran la mano si firmarían un documento que aprobaba el suicidio asistido por un médico, pocos psiquiatras se mostraron dispuestos a aceptar este papel" (American Psychiatric Association, 1996),

No se trata solo de la medicina y de lo que puede o no puede hacer...Se trata de nosotros. Somos un pueblo altamente y orgullosamente individualista, pero ese individualismo va en ambos sentidos: hoy ya no confiamos en que seremos atendidos una vez que estemos debilitados y ya no podemos ejercer el control a fuerza de nuestra voluntad...Lo que estamos tratando de hacer con el suicidio asistido es dar un paso más allá del cual no hay otros pasos para obtener la plena autodeterminación individual. Y como las personas se han alejado de la religión y han elevado la medicina como el árbitro supremo de nuestras vidas, debemos pedir la sanción de la medicina. Se podría argumentar que, si una persona quiere suicidarse, a menudo puede hacerlo por sí misma. ¿Por qué traer a la comunidad médica para legitimarlo? ¿Por qué? ¿Porque necesitamos a alguien con autoridad para decir que está bien? (Wilkes, 1996).

En los años de 1998 y de 1999 la AEP delinea los criterios de acción disciplinarios sobre el uso indebido de exámenes psiquiátricos y la divulgación de historiales psiquiátricos en litigios por acoso sexual (American Psychiatric Association, 1998); sobre la identificación del abuso y el mal uso de la psiquiatría (American Psychiatric Association, 1998); sobre el tratamiento ambulatorio obligatorio en pacientes mentales graves (American Psychiatric Association, 1999); y aunque se negó a reconocer el racismo como un problema de salud mental (Egan, 1999) apoyó el desarrollo de la diversidad cultural -raza, sexo, idioma, edad, país de origen, orientación sexual, creencias religiosas/espirituales, clase social y discapacidad física- entre sus miembros y dentro del campo de la psiquiatría (American Psychiatric Association, 1999).

A finales de la década de los 90's el modelo de salud mental privatizada se radicalizó en los Estados Unidos de América con la promoción publicitaria de psicofármacos como el Prozac para la depresión y el Zyprexa para la esquizofrenia, por medios de comunicación masiva. El marketing agresivo de la industria farmacéutica llegó a su clímax con la oferta de becas académicas para pacientes consumidores de antipsicóticos. Emergió la psicofarmacología cosmética: "los nuevos medicamentos deberían usarse no solo para ayudar a las personas con enfermedades mentales, sino para llevar a las personas esencialmente normales y hacerlos psicológicamente mejor que bien, más confiados, más asertivos, más atractivos" (Goldberg, 1998). Las acciones antiéticas para manipular a los consumidores de servicios de salud mental fueron defendidas abiertamente por los directivos de la industria como un derecho extensivo de la Primera Enmienda Constitucional,

Las compañías farmacéuticas dicen que la publicidad y otras tácticas de marketing brindan información que ayuda a los pacientes a superar sus problemas. Voceros de la industria agregan que los pacientes están protegidos porque solo un médico puede recetarlos. Pero los críticos dicen que los pacientes que están influenciados por los programas de marketing pueden buscar médicos que estén dispuestos a recetar medicamentos que no son adecuados para ellos...La publicidad directa al consumidor impulsó el crecimiento de los costos de los medicamentos, que ahora representan el 10 por ciento del dólar de la prima

para muchos planes de salud, frente al 7 por ciento de hace unos años... (Freudenheim, 1998).

Esta tarea de optimizar e intervenir a los individuos por medio de psicofármacos fue apoyada por la AEP, un aliado estratégico del millonario lobby financiero farmacéutico. La mayor contribución de la psiquiatría estadounidense a la salud mental privatizada fue "el DSM-IV, que se publicó en 1994, enumera más de 300 tipos de trastornos mentales, muy lejos de las 22 enfermedades identificadas en 1918 en el manual estadístico para el uso de instituciones para enfermos mentales, el precursor al DSM" (Sharkey, 1999). Los Estados Unidos de América sufría a causa de la expansión de los diagnósticos una verdadera epidemia de enfermedades mentales, "según un informe de la semana pasada...el 22 por ciento de la población tiene un trastorno mental diagnosticable" (Sharkey, 1999) y por supuesto, coexistía con un consumo desbordado de medicamentos psicotrópicos (Scull, 2011; Whitaker, 2011).

A modo de conclusión, esta historia disciplinar del concepto de salud mental en relación con la AEP no fue solo un asunto profesional y médico -una historia disciplinar en el sentido epistemológico- sino un asunto sociopolítico. Este capítulo no buscó identificar el desarrollo de la psiquiatría en sí misma, sino el modo como la psiquiatría en cada una de sus convenciones académicas fue tomando posicionamiento sobre la salud mental. Se evidenció que los debates de la disciplina psiquiátrica en la segunda mitad del siglo XX no fueron predominantemente sobre temas de método o de técnica, es decir, la configuración del saber psiquiátrico sobre la salud mental no obedeció a un proyecto epistemológico, no hubo un programa de investigación, sino que en razón de cambios históricos en el sentido sociológico y cultural aparecieron sensibilidades nuevas a las que intentó responder.

La discusión de problemas pragmáticos por parte de la AEP se localizó en dos ámbitos: la moralización de las conductas humanas y el prestigio -el posicionamiento- del poder disciplinar que obedecía a los asuntos de carácter

político-económico. Estos profesionales tomaron posturas ideológicas para afirmarse como campo disciplinar con identidad propia. Y, de todas las disciplinas intervinientes en el campo de la salud mental gozaron de prerrogativas para inmiscuirse en la esfera pública en lo que respecta a los problemas comunes de la sociedad estadounidense.

De este modo, la psiquiatría hizo un estricto seguimiento a las preocupaciones socio-públicas y aunque no fue direccionadora exclusiva de las sensibilidades sobre la salud mental se apropió con estrategia inversionista de los problemas culturales para conseguir autoafirmación y autodeterminación del relato disciplinar. La AEP fue durante este periodo de tiempo una especie de fortaleza asociativa para las reivindicaciones económicas gremiales, como el presupuesto en salud mental, la atención sanitaria y la disponibilidad de personal. Estos elementos de intervención aparecieron como representaciones políticas diferentes a la política tradicional y electoral. Y en esta medida, la psiquiatría fue una narrativa del capitalismo de consumo, no solo porque estuvo lidiando con los efectos secundarios, indeseados o colaterales que produjo el sistema económico sobre los individuos, sino porque el poder psiquiátrico no escapó a los propios intereses capitalistas. Fue perfilándose y configurándose como una voz política con ambiciones legítimas.

De hecho, fue gracias a esta intervención moralizadora de la AEP que la narrativa de la salud mental penetró en la esfera pública. La psiquiatría dejó de ser un espacio disciplinar para la preocupación exclusiva por problemas de los pacientes y empezó a transformarse en un interlocutor político sobre problemas de la cultura, un actor social de primera línea, tuvo capacidad de agencia sobre el gobierno estadounidense y sobre la industria farmacéutica para participar de la economía de la salud. La AEP fue una fuente de identificación que llamó la atención del estado para que contribuyera e invirtiera en los procesos de la vida mental de las personas, en el sentido de incluir lo psíquico como parte importante de los programas considerados de bienestar social.

Esta historia del concepto de salud mental en la AEP se cimentó sobre el supuesto de una deuda contraída por parte de la sociedad estadounidense con la psiquiatría, porque esta última había cargado con problemas que la misma sociedad produce y reproduce; existió complicidad y dependencia entre el *statu quo* y la AEP, entre los tomadores de decisiones y la AEP. Se hizo evidente que en aquellos fenómenos que empezaban a llamar la atención de la opinión pública siempre apareció involucrado tangencial o directamente el saber psiquiátrico, por eso, esta historia serviría a modo de fotografía o de memoria cronológica de los cambios y las revoluciones culturales en la segunda mitad del siglo XX.

A través de esta historia se apreció la apropiación cultural y la expansión de los saberes del concepto de la salud mental como una narrativa de la psique contemporánea. Se evidenció el modo como la psiquiatría finalmente causó un tipo de adaptación del individuo a la sociedad y al mercado, cómo contribuyó a la formación de un tipo de ciudadanía y de culturización en el marco del capitalismo de consumo. La AEP participó en los procesos de individualización y privatización de la salud mental, con una consecuencia histórica trascendental, que es el tránsito del tratamiento del enfermo mental encerrado y diagnosticado con patologías duras hacia el tratamiento ampliado de conductas íntimas y privadas de cualquier ciudadano sano en los hogares. La psiquiatría acompañó el desarrollo de lo que fue considerado cultura neoliberal, que no es otra cosa, que una realidad construida donde se descarga sobre el individuo la solución y remediación de los riesgos-costos de la propia experiencia vital.

El gobierno estadounidense al igual que otros estados inmersos en el neoliberalismo proporcionó recursos materiales para atención psiquiátrica, pero desde una perspectiva individualizada. Con la disciplina psiquiátrica los individuos fueron dotados de una especie de burbuja farmacológica donde siempre estaban ocupados de su propia emocionalidad, de su propia corporalidad y de su propio estado interior. Contradictoriamente, la política “pública” de la psiquiatría consiguió despolitizar y descolectivizar la salud mental, y correspondió con el auge y la normalización de

una forma de vida neoliberal. Existió una ambivalencia, al mismo tiempo que la psiquiatría consideró a la salud mental como un problema público, por otra parte, la privatizó, es decir, la entendió como una situación con la que el individuo tenía que lidiar. Lo que la disciplina psiquiátrica no explicitó u ocultó con precisión estratégica, es que, para robustecer este mercado de consumo de bienes y servicios mentales fue necesario negar las raíces sociales del sufrimiento individual y la producción cultural de malestares.

En la segunda mitad del siglo XX la AEP impulsó cada vez más la búsqueda de los problemas de salud mental en el ámbito privado o doméstico para garantizar una alta valorización de mercado, mientras que desvió la atención de asuntos neurales que causaban el exponencial deterioro de la salud mental en la sociedad estadounidense: la desigualdad, la pobreza, la discriminación de minorías, el mercado laboral desregulado, la desprotección social, la incertidumbre, la decadencia de la familia y la caída de la empresa, entre otros. La disciplina psiquiatría se fusionó así con un estado paliativo que en todo momento aparecía preocupado o benefactor de la población desde lo discursivo, pero al mismo tiempo era insuficiente para garantizar sistemas sociales básicos. Este estado paliativo se sometió al capitalismo de consumo, dejó de regular el mercado, dejó de poner condiciones legislativas y favoreció la privatización; se transfiguró en el reparador de los daños de la economía. En esta reparación la psiquiatría como disciplina académica fungió como primera opción interventora.

En consecuencia, la psiquiatría ha sido en la historia del concepto de salud mental un sistema de creencias, una ideología, o una representación que no se puede deslindar del desarrollo de la economía neoliberal; por ejemplo, en lugar de la obligación que tiene el estado de ser proveedor de las condiciones para garantizar empleo digno, resulta más rentable para los grupos de poder subcontratar servicios psiquiátricos para la paliación de los efectos psíquicos negativos -y la resultante cronificación- que produce el desempleo.

2.2 Concepto de Salud Mental en la Asociación Estadounidense de Psicología

La Asociación Estadounidense de Psicología (APA) se fundó en el año de 1892 y desde entonces ha sido la asociación profesional de psicólogos más grande de los Estados Unidos de América. En esta aproximación histórica será abordada únicamente en la segunda mitad del siglo XX, momento en el cual, el concepto de salud mental adquirió penetración y normalización en disciplinas hegemónicas en el ámbito de la cultura como la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis, y, por ende, logró convertirse en una práctica de uso múltiple, costumbre pública y comúnmente aceptada en la fase en consolidación del *capitalismo de consumo* (Bauman, 2015). Durante este periodo de tiempo la APA incluyó la semántica y las prácticas de la salud mental como un campo reconocido y legítimo para la disciplina académica.

Reconocimiento Disciplinar de la Psicología en el Concepto de Salud Mental

En los años de 1950 y de 1951, la APA aprobó el primer código ético para los psicólogos, con el objetivo de salvaguardar los intereses del público estadounidense (Freeman, 1950). “Se espera que este código establezca una norma que continúe el servicio de alto calibre del profesional de buena reputación al tiempo que protege al público de los ministerios de los no calificados y los descuidados” (The New York Times, 1950). En primera instancia “mil psicólogos de todo el país han presentado breves descripciones de situaciones reales en las que un psicólogo tuvo que tomar una decisión relacionada con un problema ético” (The New York Times, 1950), a partir de esto, el Comité de Normas Éticas para la Psicología “desarrolló los principios que se presentaron a la asociación de 6.500 miembros para su crítica y adopción” (The New York Times, 1950). El código ético cubría los principios básicos de ciencia, responsabilidad profesional, derechos humanos, respeto a la privacidad, integridad profesional y respeto a la ley. También abordó la ética en la práctica

clínica, incluyendo el uso apropiado de la terapia, el manejo adecuado de los conflictos de intereses, y la prevención de la explotación (Freeman, 1952),

El público podría identificar al psicólogo bien entrenado averiguando si ha sido certificado por la Junta Americana de Examinadores en Psicología Profesional, o escribiendo a la Asociación Americana de Psicología en 1515 Massachusetts Avenue, Washington, D. C...Las medidas legislativas pueden impedir que los charlatanes practiquen, pero hasta la fecha solo cuatro estados han aprobado leyes de licencia o certificación...El código establece que los psicólogos en todos los campos deben reconocer los límites de su competencia y no ofrecer servicios que no cumplan con los estándares profesionales establecidos por especialistas reconocidos en campos particulares...También contiene referencias a las obligaciones de la esencia psicológica como científico, practicante y ciudadano...Sostiene que el psicólogo debe expresar en su comportamiento profesional un firme compromiso con los valores democráticos, y no puede negarse éticamente a servir a una persona debido a la raza, la religión u otras consideraciones de naturaleza similar, ni debe prestar apoyo a aquellas agencias que utilizan dichos criterios para discriminar a las personas...También se sostiene en el código ¿cómo hacer que la psicología sea popular sin "popularizar"?...Cuando un psicólogo escribe en un periódico de columnista y da conferencias públicas en que hace declaraciones que son una mezcla de algunas opiniones psicológicas aceptables y muchos prejuicios personales y prejuicios que van mucho más allá (o contrarios a) los datos disponibles...Escribe todo esto como una representación de la psicología y hace daño...El código establece que los psicólogos que interpretan la ciencia de la psicología o los servicios de los psicólogos al público tienen la obligación de informar de manera justa y precisa. Se debe evitar la exageración, el sensacionalismo, la superficialidad y otros tipos de tergiversación... (Freeman, 1951).

Durante estos años (1950-1951) la APA propuso realizar test psicológicos de rutina a los líderes políticos “para evitar que los hombres que están mal infundados y propensos a ser anormales consigan el poder...si esta acción se hubiera tomado en el pasado, muchos de los líderes nazis nunca habrían ocupado el cargo” (Freeman, 1950; The New York Times, 1950); adoptó por unanimidad una resolución de rechazo y prohibición al uso de la dianética -cienciología-, “una nueva terapia que no está respaldada por evidencia empírica...Una mezcla de técnicas psicológicas y metafísicas... Una de las principales objeciones es la afirmación de que cualquiera, después de haber leído, puede practicarla sin peligro para el

paciente” (Freeman, 1950); defendió la atención de criminales sexuales por fuera de las cárceles, puesto que, la reclusión “aumenta muchas tensiones que contribuyen a su comportamiento antisocial. Sugirió que se tomaran en cuenta las clínicas especiales” (Freeman, 1951); y al observar un creciente número de personas que buscan psicoterapia desesperadamente, instó a mayor investigación para conocer las formas en que se afrontan los problemas íntimos en la sociedad estadounidense (Freeman, 1951).

En cuanto al desarrollo interno de la APA el *Informe Anual de la Secretaria Ejecutiva* de 1950 concluyó que el mayor problema para la psicología estadounidense era el hecho de que “la tensión internacional que llamamos guerra fría estalló en una guerra de disparos en Corea” (American Psychological Association, 1950). Aunque la asociación planteó que ahora se encontraba mejor preparada y con programas bien estructurados para apoyar las labores de la guerra, además de contar con psicólogos veteranos que podían desenvolverse con suficiencia en el campo de batalla, hizo un llamado a la pacificación, el objetivo era “preservar los ideales de libertad para los pueblos del mundo” (American Psychological Association, 1950). Durante “la última guerra fuimos uno de los grupos profesionales más fuertemente movilizados del país. En otra guerra, sin duda volveríamos a serlo. Mientras podamos evitar una guerra a gran escala, la mayoría de nosotros no tendremos que abandonar nuestros puestos actuales” (American Psychological Association, 1950). Por su parte, el *Informe Anual de la Secretaria Ejecutiva* de 1951 realizó una valoración entusiasta de la APA como organización y los 8600 miembros activos que la componían,

Contamos con un número de miembros grande y creciente que incluye a la mayor parte de todos los psicólogos estadounidenses. Nuestros miembros pagan sus cuotas con razonable puntualidad y sin muchas quejas. Nuestras juntas y comités se reúnen a menudo, y trabajan muy duro sin ninguna retribución negociable. Nuestro sistema de gobierno representativo parece permitir una participación bastante amplia y conduce a acciones que, en su mayor parte, son sabias y eficaces. Nuestras publicaciones dan una salida bastante adecuada a los informes de investigación, nuestros editores trabajan concienzudamente y bien, nuestras revistas están disponibles a precios asequibles para la mayoría de nuestros miembros.

Financieramente, la organización es sólida. Pagamos nuestros gastos anuales y tenemos suficiente dinero en el banco para hacer frente a cualquier emergencia. Visto así, la APA suena a viento y marea (American Psychological Association, 1950, p.352).

En los años de 1952 y 1953 la APA planteó ofrecer “servicios de forma gratuita a familias, individuos y grupos administrativos a cambio de la oportunidad de probar teorías o construir otras nuevas sobre las relaciones humanas” (Freeman, 1952), por ende, dedicó una significativa cantidad de recursos económicos para la investigación y la formación de profesionales en situaciones reales, como, por ejemplo, en hospitales universitarios (The New York Times, 1952). Igualmente instó a los psicólogos clínicos a atender con prioridad los temores neuróticos en los niños por “el énfasis excesivo en los peligros de las bombas atómicas y de hidrógeno que estaban poniendo en peligro la seguridad emocional” (Illson, 1952), el pánico a un bombardeo había ocasionado desajustes psíquicos, expresados en la incapacidad para asistir a las actividades escolares. Así mismo, la APA llamó la atención en lo referente a las actitudes de estigmatización, menosprecio e inutilidad hacia el envejecimiento, lo cual, estaba ocasionando mayor cantidad de problemas de salud mental que los mismos problemas orgánicos. La asociación buscó que los profesionales abordaran las causas subyacentes de la enfermedad mental en estas poblaciones, como la falta de recursos educativos, el estrés y la discriminación; de hecho, recomendó,

Un programa educativo con el propósito de capacitarse para adaptarse a la vejez...Podría tener el objetivo general de anticipar y prevenir las ansiedades y desajustes que conllevan el crecimiento. Tenemos cada vez más pruebas de que los cambios de edad no son uniformes para todos nosotros y que existen diferencias individuales distintas...(Illson, 1953).

El Informe Anual de Política y Planificación y el Informe Resumido sobre la Reunión Anual de la APA correspondientes a los años de 1952 y de 1953 dieron cuenta de los esfuerzos disciplinares dirigidos a la promoción de la psicología como ciencia, a la denuncia por parte de algunos miembros asociados de la inadecuada utilización de los \$17.50 que costaba la suscripción mensual, al control de las relaciones públicas organizacionales, a la construcción del directorio de centros psicológicos y

a la consolidación de un fondo de regalías para apoyar a los investigadores (American Psychological Association, 1952; American Psychological Association, 1953).

Durante los años de 1954 y de 1955 la APA en concordancia con el código de ética recientemente aprobado creó la junta de certificación profesional para evitar la charlatanería (The New York Times, 1954). El objetivo fue alejar del mercado de los servicios sanitarios a "un montón de psicólogos autoproclamados e incompetentes que operan con un falso diploma de pedido por correo de 25 dólares" (Illson, 1954). La junta certificaría a los psicólogos profesionales calificados elegibles para ser incluidos en el registro nacional de la asociación. En cuanto a la salud mental de los estadounidenses, los expertos de la asociación "tomaron puntos de vista pesimistas sobre el progreso hacia la reducción de dos de los problemas cada vez más agudos de la nación, el alcoholismo y la delincuencia juvenil" (Davies, 1995). De hecho, "de los 70 millones de usuarios de alcohol en este año, 5.000.000 bebieron en exceso. 1.000.000 se convirtieron en adictos" (Davies, 1955) y se "estimó que 11.250.000 niños estarían involucrados en violaciones de la ley" (Davies, 1955). La APA solicitó mayor subvención a la investigación en materia de salud pública y de psicología clínica por parte de las agencias estatales para estos dos problemas, que eran considerados "la causa de más delitos, en particular delitos de violencia, accidentes automovilísticos graves y producía más sufrimiento y miseria, que todos los estupefacientes juntos" (Davies, 1955).

Los informes internos de la APA en los años de 1954 y de 1955 como lo son el reporte *Anual de la Secretaria Ejecutiva, la Junta Americana de Servicios Psicológicos y la Junta Americana de Psicología Profesional*, analizaron las moderadas tasas de éxito de los aspirantes estadounidense que buscaban adquirir el diploma de certificación de la organización para el ejercicio profesional, por medio de los exámenes oral y escrito, o en su defecto por la disposición reglamentaria sobre derechos adquiridos para quienes acreditaban un mínimo de cinco años de experiencia profesional (American Psychological Association, 1954); así mismo, se

exploró las relaciones de la psicología con otras profesiones “psi” (American Psychological Association, 1955) y se analizó las estructuras burocráticas óptimas para garantizar la participación efectiva de los miembros asociados -ampliar las 17 divisiones existentes o aglutinarlas en menos subcampos- (American Psychological Association, 1955).

Durante los años de 1956 y de 1957 la APA gastó aproximadamente el 65 por ciento del presupuesto anual en la impresión, publicación y envió por correo a los miembros asociados de los artículos científicos de las once revistas de su propiedad (American Psychological Association, 1956; American Psychological Association, 1957). En este mismo periodo de tiempo dieciocho de los miembros más destacados de la organización firmaron una declaración pública para exponer a la sociedad civil que las razas son iguales en cerebro, e instó a que se detuviera cualquier forma de discriminación hacia las minorías bajo argumentos eugenésicos, en tanto, “no hay evidencia de que los niños negros sean intelectualmente inferiores a los niños blancos...las diferencias se atribuiría más a las pobres instalaciones educativas del pasado y a la falta de oportunidades culturales en los padres...” (Fine, 1956), en un sentido similar, varios investigadores de la APA señalaron que en los Estados Unidos de América habían más avances contra los prejuicios raciales que contra los prejuicios sexuales hacia la mujer. “Los trabajos de alto prestigio se consideran adecuados solo para hombres...se piensa que las mujeres son capaces de dirigir una asociación de padres-profesores o la Cruz Roja, pero no un banco, una fábrica o una nación” (Harrison, 1957) y las condiciones de vida se hacían aún más difíciles al final de periodo reproductivo, las mujeres "despiadadamente se enfrentan a salones de belleza, a organizaciones comunitarias, al alcohol, a iglesias y a psicoterapeutas, pero en esta cultura no pueden encontrar una solución satisfactoria...la pérdida más obvia proviene de la capacidad no utilizada” (Harrison, 1957). No obstante, estas declaraciones progresistas con relación a las complejidades sociológicas estadounidenses, la APA fue reticente a marcar una agenda política cargada de nociones de verdad para modelar las interacciones cotidianas,

¿La psicología como ciencia se dedica al descubrimiento de la verdad? La psicología como profesión se dedica a la aplicación de ese conocimiento científico en interés del bienestar humano. La Asociación Americana de Psicología, por lo tanto, tomará una posición activa en cualquier política pública o cuestión que ponga en peligro sus objetivos científicos y profesionales fundamentales. En áreas distintas de las anteriores, no es función de la Asociación Americana de Psicología intentar influir en la formulación de políticas públicas. Sin embargo, puede ser apropiado que la Asociación adopte una posición con respecto a dicha política cuando se está determinando o implementando formalmente. Aquí el criterio para la acción es la competencia especial de la psicología como ciencia y profesión (American Psychological Association, 1956, p.593).

En el año de 1958 algunos de los documentos oficiales de la APA como el *Reporte Anual de la Secretaría Ejecutiva* y el informe del *Comité de Relaciones con la Psiquiatría* observó con entusiasmo la expansión de la organización, la cual, contaba con más de “4.500 suscripciones extranjeras, una clase de suscripciones que ha aumentado asombrosamente durante los últimos tres años” (American Psychological Association, 1958, p.689), y celebró la conexión con editoriales académicas de las principales revistas de psicología del mundo “en 1890 sólo había dos revistas básicas; en 1953 había 160...Esto podría significar la publicación de más de 22.000 artículos en 1980” (American Psychological Association, 1958, p.689). La mayor “difusión de hechos sobre los métodos y logros de la psicología fomentará una evaluación más correcta y un apoyo más inteligente de la psicología por parte de la sociedad” (American Psychological Association, 1958, p.687).

En esta misma anualidad (1958) la APA adoptó una posición oficial en contra de las legislaciones estatales que consideraban a la psicología parte auxiliar de la medicina y que eran “inequívocas en el punto de que toda psicoterapia estaba únicamente dentro del dominio de los médicos capacitados” (American Psychological Association, 1958, p.762). En este momento la psicología estadounidense comprendió que la salud mental era un concepto que producía potentes discursos sobre la psique y contenía experiencias con gran capacidad de mercado al interior de la sociedad estadounidense. Por el factor económico la salud

mental se convirtió en un campo de disputa profesional. La APA estructuró estrategias de acción para hacer prosperar a la disciplina académica en el contexto de un poder médico bien amalgamado al poder político, y que reclamaba con autoridad la atención, tratamiento y seguimiento de los problemas de salud mental,

La tarea de convertirse en una profesión también puede implicar pruebas legislativas en los tribunales, el duro y sucio trabajo de hacer cumplir los códigos éticos, luchar contra los ataques de otras asociaciones profesionales, crear coaliciones para proteger nuestro lugar bajo el sol. En resumen, debemos renunciar un poco a nuestras libertades y deseos individuales para mantener y reforzar el poder del nuevo grupo profesionalizado...Creemos que ha llegado el momento de estudiar la forma de establecer una posición más fácil de defender en nuestras relaciones con la medicina y la psiquiatría. En muchos estados nos enfrentamos a la sólida falange de la medicina política organizada, aunque tenemos muchos amigos entre los médicos individuales. Independientemente de nuestras relaciones con la psiquiatría y otras especialidades médicas a nivel de base, en última instancia, la medicina como entidad política suele estar de acuerdo con la línea del partido siempre que se trata de legislación...Pero hay que recordar dos cosas: un punto muerto puede ser mejor que escaramuzas perdidas y continuos compromisos legales incumplidos en muchos estados...En la actualidad, estamos demasiado poco blindados y equipados para librar batallas constantes con la medicina orgánica; estas batallas son excesivamente costosas en términos de tiempo, dinero, energía política y dudosos efectos secundarios de relaciones públicas... Es a la vez oportuno y afortunado que la APA haya creado tan recientemente el Comité de Relaciones con la Psiquiatría para recomendar pasos constructivos en nuestra evolución profesional. Estos podrían incluir: el fortalecimiento de nuestras relaciones con otras profesiones y otras especialidades médicas, una definición más clara del papel y el lugar de las sociedades estatales en la APA, la naturaleza y el alcance de las actividades de relaciones públicas diseñadas para la mejora a largo plazo de nuestro estatus como profesión, formas de legislación no vinculadas a un modelo médico...En psicología seguiremos haciendo exactamente lo mismo que hemos hecho en el pasado: la práctica privada seguirá floreciendo; los psicólogos alcanzarán estatura en los programas de salud mental de la comunidad y escolares, en virtud de su eficacia demostrable como individuos y como estudiosos; nuestra propia organización puede avanzar unilateralmente en el cumplimiento de la ética; nuestro papel como científicos, que ya está floreciendo, seguirá sin disminuir; con el tiempo surgirán mejores relaciones públicas. A pesar de los desaires actuales, seguiremos cooperando con los psiquiatras y otros médicos de todas las formas posibles, a través de la investigación, la enseñanza, los servicios clínicos y las actividades comunitarias; y esperamos el restablecimiento definitivo de canales sólidos de colaboración

oficial con todos los organismos profesionales que comparten un interés por la salud mental. La ventaja de adoptar las políticas expuestas anteriormente se basa en el supuesto de que tales declaraciones políticas permitirán a la psicología mediar en su propio interés, sin estar cada vez más a la defensiva en un estado tras otro. A largo plazo, el Comité de Relaciones con la Psiquiatría está convencido de que el estatus profesional de la psicología se ganará claramente. Mientras tanto, puesto que la psiquiatría organizada y, en cierta medida, la medicina organizada ha optado por apartarse de los asuntos de las relaciones interprofesionales, creemos que nuestras propuestas políticas dejan bien claro que nuestros objetivos son proceder unilateral e independientemente con nuestro propio desarrollo profesional (American Psychological Association, 1958, p.763).

En el año de 1959 la APA mostró interés en el deterioro de la salud mental en los soldados estadounidenses. Después de la ejecución de acciones peligrosas en el campo de batalla la mayoría de los combatientes se mostraron estresados, nerviosos y culpables por las lesiones ocasionadas a otros compañeros de unidad militar. Estas investigaciones fueron desarrolladas para conocer los patrones de liderazgo y la estabilidad psíquica de las tropas desplegadas en regiones como Vietnam (Harrison, 1959). Por otra parte, los psicólogos de la APA debatieron sobre el valor de la culpa y de la expiación en el tratamiento mental, consideraron, que “no hay lugar para el concepto de pecado en la psicoterapia e introducir este concepto de cualquier manera o forma es altamente pernicioso y antiterapéutico” (Harrison, 1959), de hecho, “no es el trabajo del terapeuta culpar a su paciente por lo que ha hecho o hacer que sufra por ello al sentirse pecaminoso y sin valor...Es responsabilidad de la psicoterapia convencer al paciente de que vivirá una vida mejor al no hacer el mal” (Harrison, 1959). Y aunque la APA trabajó desde sus inicios para promover la integridad moral y el respeto de la dignidad humana en la práctica de la psicología -esto incluye el respeto a los derechos humanos, la justicia social y la igualdad- se demarcó rápidamente de la idea de servir a modo de terapeuta moral para las violencias propias de la sociedad estadounidense. Los valores que intentó representar no eran los del control social, sino más bien, los de una asociación profesional que sin fines de lucro estaba dedicada a velar por el progreso de la psicología como ciencia (American Psychological Association, 1959).

Entre los años de 1960 y 1965 la APA, con el objetivo de prevenir la conducta suicida -uno de los problemas de salud mental más graves entre los estadounidenses- difundió los rasgos de personalidad de los pacientes perfilados como de alto riesgo, entre estos “la agitación, la depresión, el retiro social, los problemas para dormir y la dificultad para concentrarse” (Harrison, 1962), lo cuales, eran susceptibles de identificación temprana por parte de la comunidad y en la consulta profesional (Brody, 1967). Así mismo, se opuso públicamente a los programas televisivos con énfasis en las actividades profesionales de los psicólogos que, emitidos por cadenas como la *National Broadcasting Company*, “presentaba una imagen falsa del tratamiento de los trastornos mentales” (Harrison, 1962). A juicio de la APA estas series televisivas debían ser guiadas y asesoradas por personal experto, pues “el problema de la enfermedad mental era demasiado grande como para ser utilizado en entretenimiento para vender enjuague bucal y otros productos comerciales” (Harrison, 1962). La organización de igual forma llamó la atención al público estadounidense sobre el hecho de que “los niños habían estado en guerra con la Unión Soviética durante al menos 15 años...los padres han preparado a sus hijos psicológicamente para una cruzada infantil” (Harrison, 1963), esto aumentó la predisposición a albergar temores en el relacionamiento social.

En cuanto al desarrollo de la disciplina durante este periodo de tiempo (1960-1965), la APA solicitó a los psicólogos miembros que tuvieran cuidado con el "empirismo galopante...nuestra enfermedad ocupacional" (The New York Times, 1965), en la medida que, “los científicos del comportamiento están demasiado dedicados a las partes de la vida y están muy poco preocupados por integrar sus ideas” (The New York Times, 1965). Se debía limitar la publicación de resultados de investigación sin método consistente y con conclusiones irracionales. Para la APA los datos discordantes eran inadmisibles cuando se trataba de la descripción del comportamiento humano. Instó a garantizar un umbral mínimo de científicidad a la vez que se debía evitar la participación de los psicólogos en titulares de prensa rimbombantes sin justificación académica. Por otro lado, y en atento cuidado a las relaciones públicas, la junta directiva de la APA nombró un comité sobre igualdad

de oportunidades en psicología, “el comité debe investigar cualquier dificultad encontrada en la formación y el empleo en psicología debido a la raza” (Harrison, 1964; The New York Times, 1963), así mismo, “pidieron al presidente Kennedy y a los gobernadores estatales que ayudaran a proporcionar oportunidades de empleo realistas para los negros en psicología” (The New York Times, 1963), para empezar a deshacer una visión de 300 años que los concebía como inferiores (American Psychological Association, 1964; Hill, 1964). La APA “sugirió que ni los jóvenes ni la incidencia de manifestaciones violentas eran particularmente diferentes a las de décadas o siglos pasados...la gente está cada vez más en sintonía y más sensible a las tensiones y situaciones estresantes, como la lucha por los derechos civiles de los negros” (Hill, 1964), y afirmó que cuando "se rompen las leyes, la sociedad debe actuar con justicia. Pero la gente reacciona de forma exagerada, como con los negros en el sur. Lo que necesitamos es el desarrollo de adultos con actitudes terapéuticas que traten de entender y ayudar, en lugar de golpear a la cabeza" (Hill, 1964).

Entre los años de 1965 y 1970 las tensiones sociales siguieron marcando el desarrollo interno de la APA. La asociación de 25.000 miembros en su primer informe dirigido al público en 75 años cuestionó con dureza el favoritismo hacia los ciudadanos acomodados en los programas de salud mental comunitaria en los Estados Unidos de América. Los programas estatales (1966) eran elitistas, no ayudaban a los pobres y se aproximaban a las poblaciones vulnerables desde el enfoque manicomial,

Los millones de dólares de impuestos que se gastan en nuevos centros comunitarios de salud mental están en peligro de ser desperdiciados en programas anticuados que solo son útiles para unos pocos favorecidos, advirtió la semana pasada la Asociación Americana de Psicología...Declaró que los enfoques médicos tradicionales para los perturbados emocionales no habían podido ayudar a los pobres, a los desposeídos, a los sin educación y a otros que los profesionales de la salud mental llaman en riesgo de tratamiento deficiente...Los servicios de salud mental más avanzados han sido un lujo de clase media; y el hospital psiquiátrico crónico un horror de clase baja, sostuvo la asociación, agregó que no hay señales de que la brecha se reduzca con la atención comunitaria...Hay pruebas,

según el informe, de que muchos de los nuevos centros comunitarios de salud mental continuarán confiando en la tradición de la psicoterapia psicológica individual, con el resultado de que simplemente proporcionará servicios a expensas públicas que ahora están disponibles de forma privada para personas de medios económicos...El informe de 24 páginas, publicado por la sede de la asociación en Washington, insta a las comunidades a exigir una voz en la planificación y el control de sus propios servicios, para asegurar la ayuda para todos los necesitados...Las profesiones de salud mental, continúa el informe, no debe dictar objetivos y políticas, pero debe considerarse aliados y agentes de los ciudadanos locales... (Jaffe, 1966).

En el año de 1968 la asociación se vio obligada a cancelar su reunión anual programada en la ciudad de Chicago por las protestas ciudadanas contra la guerra de Vietnam que fueron desarrolladas de forma violenta como un intento de boicot a la Convención Nacional del Partido Demócrata (The New York Times, 1968). En 1969 la junta directiva de la APA eligió por primera vez en 77 años de antigüedad a "su primer presidente negro, el Doctor Kenneth B. Clark, profesor de psicología en el City College y autor de varios libros" (The New York Times, 1969). El programa societal del nuevo presidente incluyó trabajar mancomunadamente con la Asociación de Psicología de Estudiantes Negros "para preparar propuestas concretas hacia investigar e implementar requerimientos estudiantiles...autorizó proporcionar fondos a la organización estudiantil" (The New York Times, 1969) y estableció "un compromiso mínimo de los recursos de la APA por 5 millones de dólares...los estudiantes buscaban el dinero para contactar e identificar a otros estudiantes negros de psicología, y consolidar la organización como un anclaje nacional efectivo" (The New York Times, 1969). Durante la convención anual en esta misma anualidad (1969) un grupo de jóvenes psicólogos irrumpió en las ponencias centrales de la APA que discurrían sobre el suicidio (Brody, 1969) para llamar la atención sobre "el fracaso de la mayoría de los psicólogos de pago para reconocer las implicaciones políticas de su trabajo y la falta de relevancia y de representación de sus ideales en la asociación de 29.000 miembros" (The New York Times, 1969). De esta confrontación dialógica en medio del espacio de congregación disciplinar emergió una escisión ideologizada de la APA, que tuvo

como objetivo denunciar problemas sociales aberrantes en la sociedad estadounidense,

La asociación estaba parcialmente preparada para la interrupción. Durante 45 minutos, el presidente del programa, el Dr. Kenneth B. Clark, permitió que los jóvenes interrumpieran la reunión que se había congregado para escuchar documentos sobre los disturbios estudiantiles...Luego trasladó la reunión a una sala contigua, donde continuó tranquila...Pero entre 200 y 250 miembros de la audiencia se quedaron atrás y formaron pequeños grupos de discusión con los radicales...De estas reuniones surgió un grupo duro de unas 30 personas que decidió formar un grupo llamado Psicólogos para la Acción Democrática... (The New York Times, 1969).

Salud Mental. Una Fortificación para la Psicología Estadounidense

Durante este periodo de tiempo (1965-1970) la APA se consolidó como una de las organizaciones más emblemáticas de la salud mental, con poder e influencia en el mundo occidental. Buscó apartarse a nivel oficial de las tendencias psicoanalíticas marxistas, de la revolución soma-ambiental, de la conciencia sinérgica y del uso de la pornografía o el sexo con pacientes como opciones terapéuticas (Kennedy, 1970). Tenía entre sus miembros a los más diversos “profesionales para que asesoren en temas del derecho, la vida urbana, la delincuencia, la escolarización y los numerosos problemas cotidianos de la vida en común” (American Psychological Association, 1968). El presupuesto anual fluctuó entre 2.600.000 y 4.000.000 de dólares, la oficina central contó con un personal administrativo mayor a las 100 personas y el tiraje de sus revistas superó los 120.000 ejemplares; mientras tanto, en el país se abrían aproximadamente 2000 plazas nuevas cada año para posiciones en psicología y el salario promedio para los profesionales con experiencia clínica básica ascendía a los 15.000 dólares (American Psychological Association, 1966; American Psychological Association, 1967; American Psychological Association, 1970). En los Estados Unidos de América las afectaciones a la salud mental eran el principal problema de salud pública - perturbaban en 1973 por lo menos al 10 por ciento de la población, según el Instituto Nacional de Salud Mental- (The New York Times, 1975), lo cual justificó que

hubiesen “más psicólogos que nunca, no sólo en los campos de práctica en los que hemos otorgado diplomas -clínico, asesoramiento e industrial- sino también en nuevas especialidades en el gobierno, la educación y la comunidad” (American Psychological Association, 1968),

Está claro que la estructura y los procedimientos del pasado no son adecuados para el futuro: por ejemplo, en los primeros tiempos la principal función de un psicólogo clínico era la prestación de servicios personales a su cliente. Tenía que ser competentes en diagnóstico, terapia e investigación. Desde entonces, cada vez más psicólogos han ido añadiendo a esa función básica funciones como las de consultor y especialista en recursos. Estas nuevas funciones del psicólogo son una respuesta a las demandas de la comunidad en términos de organización social, ecología, cultura e instituciones. La comunidad se ha convertido en el cliente. En consecuencia, el psicólogo es a menudo un agente de la comunidad (American Psychological Association, 1968, p.150).

Entre los años de 1971 y de 1975 la APA se vio involucrada en la adopción de varias tomas de posición -polémicas- con el deseo de intentar mejorar la convivencia al interior de la sociedad estadounidense y entre las naciones (American Psychological Association, 1972). Para la asociación existía un imperativo ético por limitar la violencia en los programas de televisión porque podía influenciar a los niños a ser más agresivos y violentos, "al menos bajo algunas circunstancias, la exposición repetida a la agresión televisada puede llevar a los niños a aceptar lo que han visto como una guía parcial para sus propias acciones" (Mifflin, 1999; Rensberger, 1971). También reaccionó con desesperanza a “una nueva encuesta nacional que indica que más del 50 por ciento de los hombres estadounidenses creen que la policía debería disparar, pero no a matar, para controlar los barrios marginales, las protestas estudiantiles y los disturbios en el gueto" (The New York Times, 1971). El primer presidente negro de la organización, el Dr. Kenneth B. Clark, sugirió que la “ciencia puede estar en el umbral de una soja técnica para problemas de agresión internacional y hostilidad. Él espera con ansias el momento en que a los líderes se les puedan dar píldoras para frenar sus tendencias agresivas y alentarlos a actuar con humanidad” (The New York Times, 1971). De hecho, esta postura en defensa de una “droga de humanidad”, no dejó de ser problemática, tanto por los peligrosos

alcances políticos, con la posibilidad de que “la ciencia presente productos químicos que podrían usarse para controlar las mentes y acciones de poblaciones enteras, y poner a millones de personas en la esclavitud química” (The New York Times, 1971); como por contener una ideología condensadora -simplificadora- del conflicto humano en tecnologías interventoras propias del lenguaje y las prácticas de la salud mental, como los psicofármacos. No es de menor potencia el argumento romántico de reducir las complejidades históricas y culturales a la modulación de neurotransmisores, deja entrever una perspectiva psicologizada de la condición de humanidad y anuncia el advenimiento de una salud mental privatizada en el marco del ethos social del individualismo (Bauman, 2015).

Durante el año de 1976 la APA amplió sus divisiones internas a un número de 37, con la creación de la División de Servicios para la Infancia (American Psychological Association, 1976). Estas divisiones abarcaron las más variadas temáticas, se encontraban representados: los asuntos científicos, la psicología de la mujer, la psicoterapia, la enseñanza de la psicología, la historia, la población y el medio ambiente, lo experimental, la evaluación y la medición, la personalidad y lo social, las artes, la clínica, el desarrollo del adulto y el envejecimiento, la rehabilitación, el consumidor, la filosofía, la comunidad, la hipnosis, los asuntos psicológicos del estado, la humanística, el retraso mental, entre otros. Las divisiones funcionaron a modo de nodos dentro de una gran red nacional para la toma de decisiones administrativas y la emisión de conceptos técnicos respecto a la salud mental. La junta directiva de la APA durante esta anualidad dio un amplio debate sobre,

Los principales temas de actualidad a los que se enfrenta la psicología, incluida la formación, la concesión de licencias, las normas de responsabilidad, las cuestiones relacionadas con el liderazgo de la psicología, los avances profesionales y los problemas a los que se enfrenta la APA, los avances científicos y teóricos, y los recursos humanos y el empleo. Además, se debatieron cuestiones relacionadas con la estructura de la APA, como la federación frente a la actual estructura divisional, el desarrollo de procedimientos para abordar los problemas legislativos y las necesidades de información y políticas de la APA por parte de las agencias federales, y las formas de mejorar las áreas de comunicación e intercambio entre la APA y las asociaciones estatales y regionales (American Psychological Association, 1976, p.419).

En el año de 1977 el presupuesto total de la APA ascendió a 10 millones de dólares. Con estos recursos económicos fue posible comprar un segundo edificio para la organización ubicado en Court Square West en Arlington, Virginia. Con el objetivo de disminuir el hacinamiento y los sobrecostos que enfrentó el sector editorial en las oficinas de Washington D.C. (American Psychological Association, 1977). A consecuencia de ser una asociación financiada casi que exclusivamente por los psicólogos miembros, se instó a la aceptación de aumentos periódicos en el valor de la cuota de afiliación, además de incrementar el papel público de la psicología como campo cultural articulado a la vida social y productiva, para que las entidades externas estuvieran motivadas a financiar la investigación, a contratar la prestación de los servicios y a la constitución de fondos para la formación de postgrado (American Psychological Association, 1977). La psicología para este momento era de lejos “el campo más grande de las ciencias sociales y del comportamiento, con 71.000 practicantes en Estados Unidos de América...el número de psicólogos que hacían terapia superó el número de psiquiatras en los últimos dos años” (Mehrtens, 1977). La APA había forjado en su seno a un grupúsculo de académicos prestigiosos cuyas investigaciones y proposiciones eran prohijadas por los más diversos e influyentes grupos de interés,

El Dr. B. F. Skinner de Harvard y el Dr. Neal Miller, de la Universidad de Rockefeller, son hombres de laboratorio. La demostración de Skinner del grado en que el comportamiento está determinado por sus consecuencias ha dado lugar al uso de sistemas de recompensa para cambiar el comportamiento de los niños retrasados, los pacientes mentales y los convictos, y ha influido en gran parte de la terapia conductual tan popular hoy en día. El Dr. Miller es el hombre más responsable del gran interés en la biorretroalimentación. Una técnica para el control de los procesos cerebrales. Las escuelas se pueden ajustar a los conocimientos del estudiante individual en cualquier momento...En años más recientes, el trabajo del investigador suizo, el Doctor Jean Piaget, ha creado un creciente interés en las etapas innatas del desarrollo cognitivo, e inspirado una nueva teoría de la moral del desarrollo...El Dr. Lawrence Kohlberg de Harvard ha demostrado que surgen etapas similares del desarrollo moral a medida que el individuo gana experiencia en la toma de juicios morales. Su teoría ahora se está trabajando en varias escuelas y en una prisión de Connecticut... El Prof. Jerónimo Kagan de Harvard tiene un notable avance en la recuperación del retraso en niños que fueron privados de sus padres durante el primer año,

pero que más tarde vivieron en un entorno más estimulante...El Doctor Kagan y otros psicólogos están haciendo preguntas más complicadas sobre la herencia y el medio ambiente, y el desafío de los próximos 10 o 20 años será entender la interacción de los dos... La evaluación se ha convertido en una de las especialidades más importantes de la psicología, cuya estrella es el profesor Donald Campbell de la Universidad Northwestern, expresidente de la asociación. La evaluación es ahora un ingrediente incorporado de los programas financiados por el gobierno federal, que lleva la psicología al ámbito público como nunca antes... La ética de la investigación psicológica, su interpretación, confidencialidad y usos públicos se han convertido en intereses importantes en toda la psicología. El floreciente negocio de la psicoterapia desde la Primera Guerra Mundial, con su mezcla de escuelas, métodos y teorías, inspiró al Dr. Nicholas Cummings. Psicólogo jefe para los Planes de salud Kaiser en San Francisco, a encontrar una manera de establecer estándares profesionales para la psicología no académica. En 1969, fundó la primera de varias escuelas profesionales de psicología. Otras nueve escuelas profesionales han seguido, y hay 32 más en los tableros de dibujo. Impresionados por tales esfuerzos, muchos planes de seguro están reembolsando el pago de la terapia de psicólogos y ahora están siendo considerados para su inclusión en el Seguro Nacional de Salud. Ahora se está librando una batalla entre psicólogos como el Dr. Cummings, que ofrece pruebas de que una psicoterapia breve como la realizada por los psicólogos puede ahorrar enormes gastos al prevenir problemas como la hipertensión, la migraña y los dolores de espalda...(Mehrtens, 1977).

En el año de 1978 la asociación solicitó a las universidades estatales y a los centros formadores de profesionales la implementación obligatoria del laboratorio de psicología en los procesos de docencia a nivel de pregrado y en especial de doctorado. Con esto se persiguió una nivelación de la psicología con estándares metodológicos científicas propios de la investigación “en otras profesiones, como la medicina, donde los futuros profesionales reciben clases impartidas, en parte, por expertos en fisiología, bioquímica, biología, anatomía, etc. Estos expertos disponen de laboratorios de fácil acceso” (American Psychological Association, 1978, p.534). La APA anhela seguir construyendo un sólido soporte de evidencia empírica para las aproximaciones disciplinares sobre las dimensiones biológicas, cognitivas y sociológicas del comportamiento humano. En este mismo sentido, se solicitó la participación de los psicólogos miembros en la creación de una serie continua de productos académicos “para ilustrar y destacar las innumerables e importantes

contribuciones que la investigación en psicológica básica -es decir, la investigación que se lleva a cabo sin preocuparse por un problema o aplicación clínica- ha hecho a la promoción del bienestar humano”(American Psychological Association, 1979, p.567),

El Consejo de Política y Planificación vio la necesidad de realizar un esfuerzo a largo plazo, a nivel de toda la APA, histórico y archivístico, para recopilar y difundir sistemáticamente las contribuciones de la psicología científica a los legisladores, a los responsables políticos y al público en general. La psicología científica cumple ahora 100 años. Los estudios sensoriales y perceptuales, por ejemplo, han tenido efectos acumulativos en las prácticas industriales y militares; la psicología social experimental ha diseñado prácticas industriales; los estudios neuropsicológicos están haciendo actualmente importantes contribuciones en el área del diseño y la utilización de las prácticas clínicas. La psicología del desarrollo ha aportado mucho a la sociedad; la psicología comparada ha contribuido a la práctica de la agricultura; se pueden citar muchos ejemplos (American Psychological Association, 1979, p.567).

Durante el año de 1979 más “de 13.000 personas estuvieron en la ciudad de Nueva York para asistir a los simposios, discursos, discusiones y sesiones en la 87a convención anual” (Richman, 1979), se abordaron temáticas eruditas como las actitudes patológicas hacia el dinero (Van Gelder, 1978), la hipnosis, la biorretroalimentación, la terapia psicoanalítica, y una ponencia central que intentaba resolver el debate clásico entre biólogos y científicos conductuales sobre ¿cuáles son los factores que explican el comportamiento sexual y si están orientados biológicamente o culturalmente? “No tenemos ninguna razón para confirmar que la homosexualidad y la bisexualidad están determinadas por hormonas...incluso cuando los niños nacen con órganos sexuales ambiguos la variable decisiva para la orientación sexual es la crianza de género” (The New York Times, 1979) (American Psychological Association, 1979),

Esto fue parte de una serie de cinco conferencias magistrales que se agrupan en el tema de la convención: las diferencias biológicas y culturales entre hombres y mujeres. La selección de la asociación de este tema, que es una fuente de mucho debate científico, surgió del debate político sobre la propuesta de enmienda de igualdad de derechos. La convención de cinco días, que concluye mañana, originalmente programada para reunirse en Atlanta, se trasladó a la ciudad de Nueva York debido a que Georgia no ratificó la enmienda. La decisión

de la asociación en 1977 de no celebrar convenciones en ningún estado que no hubiera ratificado la E.R.A. ha sido emulada desde entonces por casi 250 otras organizaciones...El estudio de las diferencias de sexo ha surgido como una preocupación central de la investigación científica solo en la última década...Nuestra elección de tema fue definitivamente una ramificación del aumento de la conciencia del sesgo sexual, dijo el Dr. Nicholas A. Cummings, presidente de la asociación de 49.047 miembros...Los intereses de nuestra sociedad a menudo determinan lo que se estudia, particularmente por la financiación...(The New York Times, 1979).

En los años de 1980 y de 1981 la APA se posicionó oficialmente en contra de cualquier castigo corporal como método de crianza en los niños, porque afectaba la salud mental a largo plazo y “menoscaba la confianza del niño en la persona a la que busca amor, ayuda y guía. Es humillante y exigente. Retrata la idea de que el poder hace lo correcto” (Goleman, 1988; The New York Times, 1989; Wessel, 1981). Así mismo, advirtió en varias de sus investigaciones sobre la asociación entre el consumo de pornografía violenta y el incremento de la agresión hacia las mujeres, estos productos sexuales audiovisuales “retratan a la nación con violencia, concuerda con la tendencia de un individuo a ejecutar la agresión, mientras que el erotismo no violento aparentemente no lo hace” (Sullivan, 1980). Por otra parte, llamó la atención a los psicólogos en lo que respecta a los riesgos de las estrategias de marketing agresivo en los servicios de salud mental ampliada, los cuales, ofrecían “el mejor sistema de entrevistas de selección que hayas visto en tu vida” (Sobel, 1980), el “kit de selección de agentes” altamente exitoso con batería de pruebas psicométricas en el sector defensa-industrial-pedagógico, “materiales exquisitos” de autoayuda para el mejoramiento de la vida diaria y psicoterapias para obtener cambios favorables en cortos periodos de tiempo. La asociación advirtió los conflictos éticos derivados de la práctica de una psicología extensa que se había sobreendido a las personas como alternativa de resolución para los intrincados problemas de la vida personal y de la vida social (Goleman, 1984). De hecho, esto fue un intento poco fructífero por parte de la APA para regular al nivel de lo profesional, la relación de mercado existente entre un saber, el de la psicología, y un conjunto de prácticas discursivas y no discursivas, las de la salud mental, que se

entrelazan íntimamente en la realidad y que sinérgicamente desarrollan novedosas técnicas y tecnologías para la intervención de la psique. “Reconociendo que su código de ética no tuvo en cuenta algunas realidades actuales, fue revisado, afecta a 51.000 psicólogos, así como a otros que trabajan en el campo y a los estudiantes de psicología del país” (American Psychological Association, 1980; Machlowitz, 1981),

Una revisión reconoce un hecho que ya era ampliamente conocido entre los no psicólogos: las ondas de radio y las revistas están llenas de consejos que no se dan en la forma sagrada de uno a uno o en grupos estructurados...El código anterior prohibía a los psicólogos ofrecer cualquier cosa que pasara por terapia en algo que no fuera en un entorno terapéutico tradicional. El nuevo código dice que ahora se puede ofrecer asesoramiento personal en entornos no tradicionales, siempre que se ajuste a los mejores conocimientos actuales...Los psicólogos ahora pueden ofrecer asesoramiento personal fuera de las relaciones profesionales a través de conferencias, artículos de periódicos y revistas, libros de autoayuda, programas de radio y televisión...Se permite la divulgación de información obtenida de pacientes o clientes en aquellas circunstancias inusuales en las que no hacerlo supondría un claro peligro para la persona o para los demás...Los psicólogos deben evitar explotar la confianza y la dependencia de los estudiantes y subordinados, sexualmente o de otra manera...Al ser abordado por una persona que ya está en tratamiento, los psicólogos pueden ofrecer sus servicios sin informar previamente al otro profesional...Las técnicas experimentales que utilizan el encubrimiento o el engaño pueden emplearse solo cuando el valor prospectivo de la investigación lo justifique, se hayan explorado métodos alternativos y los participantes reciban una explicación suficiente después...Los procedimientos de investigación que probablemente causen un daño grave o duradero a un participante se permiten solo cuando la falta de uso de estos procedimientos pueda exponer al participante al riesgo de un daño mayor, o a menos que la investigación tenga un gran beneficio potencial y esté plenamente informado y se obtenga el consentimiento voluntario. Se debe informar a los participantes cómo comunicarse con el investigador si surge estrés, daño potencial o preguntas o inquietudes relacionadas...(Machlowitz, 1981).

Entre los años de 1982 y de 1984 la APA tomó una posición formal a favor del cuidado de la crianza de los niños por parte de los homosexuales, incluida la adopción. La asociación consideró que el criterio determinante en la elección de un hogar adecuado era "las cualidades para la crianza y el ambiente de la morada y lo

que era mejor para el niño" (Cummings, 1983), por lo tanto, la orientación sexual de los padres adoptivos resultaba irrelevante. La asociación también hizo denuncia pública de que entre "12 y 15 millones de mujeres estadounidenses han experimentado el incesto, en grados de gravedad que van desde las caricias hasta el coito" (Brozán, 1984), por ende, instó a un enfoque de intervención en materia de salud pública y de política criminal para contener este flagelo, del cual "se dice que la participación sexual de padre e hija representa el 25 por ciento de los casos; las relaciones entre padrastro e hijastra, que se considera están aumentando con las tasas de nuevos matrimonios, representan un 25 por ciento" (Brozán, 1984).

En otros temas de interés para la APA, fueron desarrolladas nuevas pautas sobre el cuidado y el uso ético de animales en investigación, en respuesta a varias disposiciones del gobierno nacional para la protección de los animales; "los infractores perderán sus subvenciones federales para investigación...se requerirá que cada instalación incluya una persona que no sea científica, alguien que no esté afiliado a la institución y un veterinario calificado en un comité de supervisión" (Eckholm, 1985). La asociación defendió la utilización de animales con criterios éticos en investigación, no solamente por ser excepcionales modelos de experimentación para teorías y terapéuticas aplicables a seres humanos, sino porque representaba uno de los usos menos perniciosos de los animales al interior de la sociedad estadounidense,

Si como dicen los antiviviseccionistas, no tenemos ningún derecho a explotar animales en investigaciones para aliviar el sufrimiento humano, ciertamente no tenemos derecho a explotar animales como mascotas o a comer carne, huevos o leche, usar zapatos de cuero o pieles, dormir sobre almohadas de plumas o cazar y pescar (Webster, 1983).

A nivel del desarrollo interno de la disciplina, durante este periodo de tiempo (1982-1984) el consumo académico de las revistas de la APA tanto por miembros asociados como por no asociados, y tanto por ciudadanos estadounidenses como por extranjeros ascendió a las 160.000 suscripciones mensuales. Lo cual, consolidó al conglomerado editorial de la APA -compuesto por 21 revistas- como la franquicia

de conocimiento psicológico de mayor lectura y difusión en el mundo occidental. Las revistas más relevantes fueron la *American Psychologist*, el *Journal of Consulting and Clinical Psychology* y la *Psychological Bulletin Journal of Counseling* (American Psychological Association, 1983; American Psychological Association, 1984). En este mismo periodo de tiempo fue fortalecido el aparataje burocrático y la financiación central hacia las asociaciones regionales de la APA – Asociación Occidental de Psicología, Asociación de Psicología de las Montañas Rocosas, Asociación de Psicología del Medio Oeste, Asociación de Psicología del Sureste, Asociación de Psicología Nueva Inglaterra, Asociación de Psicología del Este, Sociedad Sureña de Filosofía y Psicología- (American Psychological Association, 1982),

Durante 90 años, las finanzas de la APA no fueron destacables. A medida que la organización crecía, lentamente durante los primeros 50 años y con bastante rapidez después de la Segunda Guerra Mundial, aumentaban sus servicios y actividades. A principios de la década de 1950, la decisión de construir una sede en Washington pareció radical y arriesgada. En retrospectiva, fue una excelente decisión financiera. Su valor se revalorizó rápidamente y las zonas no utilizadas por la APA proporcionaron ingresos en concepto de alquiler. Se adquirieron otros edificios más pequeños en Virginia para aliviar la presión sobre el edificio de Washington y albergar actividades comerciales. Uno de los resultados de estos ingresos comerciales fue que las cuotas no tuvieron que aumentar tan rápidamente como habría sido necesario en otras circunstancias. Teniendo en cuenta la evolución del valor del dólar, las cuotas son ahora un 25% inferiores a las de hace 20 años. En los años 70, las cuotas representaban menos de un tercio de los ingresos de la Asociación. A finales de 1982, la APA había acumulado un patrimonio considerable, disponía de una cartera de inversiones a largo plazo y explotaba una serie de pequeñas empresas rentables...(American Psychological Association, 1985, p. 622).

En el año de 1985 la APA ratificó que el conocimiento existente sobre la homosexualidad no permitía vincularlo a causas o raíces biológicas, a la vez que los padres no tienen ninguna culpa o responsabilidad en la elección sexual de los hijos. “Alrededor del 10% de la población se siente naturalmente atraída por personas del mismo sexo...así como es natural que el resto de la población se sienta atraída por el sexo opuesto...Es extremadamente importante que los padres

entiendan ese concepto" (Blakeslee, 1985). Al respecto también se dijo que no parece haber un patrón en el tipo de familia que tiene un hijo homosexual. "Venimos de todo tipo de antecedentes: raciales, étnicos, religiosos, económicos, políticos, y de todo tipo de modelo familiar: divorciados, padres ausentes, padres devotos, madres débiles o fuertes" (Blakeslee, 1985). La APA empezó a dirigir su interés hacia asuntos extensos de la salud mental, como el inadecuado apoyo emocional brindado por familiares y amigos en situaciones de duelo (Goleman, 1985), y la utilización compulsiva de las actividades deportivas por parte de muchos ciudadanos como el "único mecanismo de supervivencia para reducir el estrés, combatir la depresión y mejorar el estado de ánimo...ponían todos sus huevos en una canasta...nada más los satisface, cuando están privados, están devastados" (Blakeslee, 1985).

Durante los años de 1986 y de 1987 la APA adoptó una resolución que establecía que la evidencia científica sobre la efectividad de las pruebas del polígrafo o detector de mentiras era insatisfactoria. Se opuso a los proyectos legislativos que debatían el uso de este tipo de pruebas entre los funcionarios gubernamentales con acceso a información altamente confidencial y en las empresas privadas con fines laborales (Burnham, 1986). También afirmó que "las nuevas técnicas de psicoterapia para tratar los ataques de pánico pueden ser tan efectivas, o en algunos casos, más efectivas, que los medicamentos que ahora se usan para el problema" (Goleman, 1986). Los psicofármacos utilizados para el pánico fueron cuestionados por los psicólogos debido a las altas tasas de recaída, a la reaparición de los síntomas y a la imposibilidad de utilizarlos en algunas etapas de la vida como el embarazo. La APA ante el aparente fracaso de los modelos de salud mental comunitaria y de psiquiatría social en los Estados Unidos de América apoyó la "política pública de hospitalizar involuntariamente a personas sin hogar cuando parecen incapaces de cuidar de sí mismos" (Lambert, 1987). Aunque la asociación se mostró preocupada por las libertades civiles de estas personas, soportó su decisión organizacional en la ausencia de servicios sanitarios y en las condiciones de vida infrahumanas que enfrentaba el segmento poblacional (Johnson, 1989).

En cuanto al desarrollo interno de la profesión (1986-1987) se instó a los psicólogos de la APA a prestar mayor atención a las zonas grises de la transgresión hacia los pacientes por parte de los psicoterapéuticas. Como el paciente era extraordinariamente vulnerable incluso las interacciones ordinarias entre las personas eran antiéticas y estaban prohibidas en el marco de la terapia, como las caricias, los besos en la mejilla, no acudir a las autoridades para guardar un secreto –abuso sexual o riesgo homicida-, relaciones de negocios o amistades compartidas, prestar dinero, pagar deudas financieras o no cobrar ningún honorario por los servicios (American Psychological Association, 1986; American Psychological Association, 1987; Goleman, 1987; The New York Times, 1988).

Durante los años de 1988 y de 1989 la APA intento extender y robustecer el campo de acción -porcentaje de participación- sobre el boyante mercado de la salud mental estadounidense, por este motivo, celebró que “dando marcha atrás en su práctica de más de medio siglo, los principales institutos de formación psicoanalítica han accedido a abrir sus puertas a terapeutas que no sean psiquiatras” (Goleman, 1988). El acuerdo para la profesionalización de los psicólogos -en esta área- se produjo como solución conciliatoria a una demanda por discriminación y por violación a los estatutos federales antimonopolio presentada en contra de la Asociación Psicoanalítica Estadounidense (APsaA) y de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), a causa de la exclusividad histórica de los médicos especializados en psiquiatría para la práctica psicoanalítica (Pear, 1992). Así mismo, la APA se pronunció formalmente en contra del manual publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría sobre el “Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos que, con más de 3.000 páginas, en cuatro volúmenes fue un ambicioso intento de recopilar los hallazgos científicos actuales y la sabiduría clínica en el tratamiento de la patología mental” (Goleman, 1988). La APA soportó su queja contra la AEP en que “los capítulos fueron escritos casi en su totalidad por psiquiatras y los enfoques favorecidos por otros psicoterapeutas no están adecuadamente representados...Esta puede ser otra manera de que los psiquiatras controlen el mercado de la salud mental al promover los sesgos psiquiátricos”

(American Psychological Association, 1990; Goleman, 1989). La mayor desventaja competitiva para la APA a nivel de mercado fue que en ningún estado del país se permitía -hasta la actualidad- a los psicólogos recetar psicofármacos como el Prozac (The New York Times, 1996),

Este esfuerzo ayudará a la Asociación a superar no sólo los retos a los que se enfrenta, sino también los que afrontará toda la psicología en la década de 1990. Los miembros de la Junta de Política y Planificación identificaron siete áreas significativas que afectan a la Asociación de manera crítica, y consideraron que deben ser atendidas de manera deliberada y reflexiva. Las áreas significativas identificadas fueron (a) estructura organizativa y eficiencia, (b) asuntos económicos, (c) asuntos educativos y de formación, (d) afiliación, (e) propósitos generales de la Asociación, (f) relaciones externas con la sociedad y grupos externos, y (g) regulación de los servicios sanitarios y de los proveedores de servicios sanitarios (American Psychological Association, 1988, p. 992) (American Psychological Association, 1989, p. 816).

Salud Mental Privatizada. La Psicología Estadounidense y el Neoliberalismo

Durante la década de los 90's la APA construyó asociaciones entre los crecientes problemas de la salud mental al interior de la sociedad estadounidense y las transformaciones de la vida en la fase en consolidación del capitalismo de consumo. En cuanto a las experiencias mediadas por los asuntos de género, según la asociación, "la tasa de depresión entre las mujeres es el doble que la de los hombres, y la mayor incidencia se relaciona principalmente con ser mujer en el mundo contemporáneo" (Goleman, 1990), entre las mujeres, "dos tercios de las prostitutas de todo el mundo padecían trastorno de estrés postraumático...el equivalente moderno del shock de guerra o fatiga de combate" (Zuger, 1998) y más de siete millones de señoras estadounidenses tenían una depresión diagnosticable, y la mayoría de ellas no recibía el tratamiento (The New York Times, 1991),

En un informe, el Grupo de Trabajo sobre Mujeres y Depresión de la asociación refutó un trabajo anterior que había sugerido que una tasa más alta de depresión entre las mujeres podría atribuirse a que son más propensas a admitir la angustia emocional o a utilizar los servicios de salud mental. El informe, basado en una revisión de estudios recientes, dijo que los factores que colocan a las mujeres en mayor riesgo de depresión incluyen abuso físico y sexual, pobreza, prejuicios que persisten en formas como salarios más bajos que los que se

pagan a los hombres, matrimonios infelices, cambios hormonales durante el ciclo menstrual y el parto, y una tendencia a centrarse en los sentimientos depresivos en lugar de tomar medidas para dominarlos. El informe señaló, por ejemplo, que las mujeres tenían más probabilidades que los hombres de ser pobres y ser madres solteras. El informe citó la violencia contra las mujeres como un factor importante que las hace especialmente propensas a la depresión. Los psicoterapeutas deben buscar esos factores subyacentes y tenerlos en cuenta al tratar la depresión en las mujeres, instó el informe (Goleman, 1990).

La APA también expuso en sus investigaciones que el público estadounidense era poco susceptible a los mensajes subliminales en la medida que la mente necesitaba darse cuenta -ser consciente- de lo que sucedía para poder modificar conductas (Goleman, 1990), pero, por el contrario, se mostró preocupada por la adicción a la televisión y a las ofertas culturales de entretenimiento -videojuegos- que ofrecían recompensas cerebrales en cortos periodos de tiempo. "Encienden la televisión cuando se sienten tristes, solos, molestos o preocupados y necesitan distraerse de sus problemas...los espectadores compulsivos recurren en busca de consuelo cuando se sienten angustiados" (Goleman, 1990). La marca individual del consumo compulsivo de entretenimiento fue la misma que la dependencia al alcoholismo o a la cocaína, estos individuos buscaban una salida, una abertura, o una válvula de escape para las altas presiones de la vida cotidiana, como la competencia laboral.

La APA así mismo trato de explicar desde las condiciones sociológicas contemporáneas el reporte en el aumento de casos graves de fealdad imaginada, lo que en psiquiatría fue llamado trastorno dismórfico corporal, un diagnóstico formal relativamente nuevo – incluido en el año de 1987 en el DSM IIIR-. La causa de la expansión en el número de estos perturbados radicó en los exigentes e inalcanzables estándares y modelos corporales que la prensa rosa, el entretenimiento para adultos -*playboy enterprises*-, la propaganda publicitaria y los ideales de éxito -*winner*- estadounidense promovían abiertamente. En tales casos el individuo se encontró afeccionado en su salud mental porque la realidad corporal que poseía distaba de las anómalas proyecciones culturales sobre la belleza, de este modo, el paciente construía sentimientos autolesivos que podían conducir a

condiciones clínicas indeseables como la depresión severa y el suicidio. “Los cirujanos plásticos son los primeros profesionales en ver a muchos de estos pacientes...diseñamos un tratamiento que combina psicoterapia y cirugía...El tratamiento se centró en ayudar a los pacientes a obtener un sentido más realista” (Goleman, 1991) que les permitiera comprender que los sentimientos negativos sobre el cuerpo eran una distorsión.

En esta década (90's) la APA se alineó con la idea bien difundida entre los círculos académicos de que la depresión o la melancolía había sido un costo de la posmodernidad (Goleman, 1992). La asociación se negó a respaldar el enfoque biomédico de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, “diciendo que no fomentaban la colaboración suficiente con los especialistas en salud mental y ponían demasiado énfasis en el uso de medicamentos para tratar la depresión” (Leary, 1993). Estas transformaciones de la subjetividad que la APA consideró consecuencia de la posmodernidad -como la depresión epidémica- se consolidaron por medio de un proceso de *internalización de la vida* en palabras de quien escribe, o lo que ha sido descrito como individualización institucionalizada (Beck & Beck, 2001). La *internalización de la vida* es un concepto aplicado para esta investigación desde las ciencias de la salud, consistente en el proceso mediante el cual una célula inmunitaria o de cualquier otro tipo, pone en su interior moléculas, partículas, proteínas, sustratos, toxinas, virus, bacterias y parásitos que se encuentran en el exterior, un proceso similar queda postulado para el accionar de la salud mental sobre la psique. La *individualización institucionalizada* ha sido definida como la estructura social individualizadora del mundo contemporáneo, una forma de organización diseminada en la cultura que establece como los diferentes aspectos de la vida son causas y consecuencias que corren por cuenta propia del individuo. Otros de los referentes teóricos que sirve de apoyo al planteamiento de la APA es Alain Ehrenberg (2014), quien considera que la condición de humanidad contemporánea tiene una moral característica, la *moral de la autonomía*. Consiste en el peso de tener que cargar cada asunto de su propia vida, de perder la referenciación externa y de elegir cada vector con impacto sobre la historia

biográfica. Este autor adentra el problema en el campo de lo simbólico, se apuntala en la tesis del psicoanálisis lacaniano que afirma la caída de la figura paterna, de la ley, de la autoridad, y, por tanto, centra el auge del concepto de salud mental en el declive de estructuras simbólicas que otorgaron sentido a la vida del hombre en antaño. Para Ehrenberg (1998), el sufrimiento de la psique se materializa en una doble vía, primero en las patologías de diagnóstico clínico como lo son, estrés (Brody, 1998), ansiedad y depresión *-la fatiga de ser uno mismo-*. Estas emergen como riesgos psicosociales que imposibilitan llevar una vida tranquila, contemplativa y con aspiración hacia la realización. En una segunda vía la instauración de la desconfianza como forma de relacionamiento primario,

En naciones tan diversas como Taiwán, Líbano y Nueva Zelanda, cada generación sucesiva se vuelve más vulnerable a la enfermedad. Aunque las tasas de depresión aumentan con la edad, el estudio encontró aumentos entre los jóvenes. En algunos países, la probabilidad de que las personas nacidas después de 1955 sufran una gran depresión, no solo tristeza, sino una apatía, abatimiento y autodesprecio paralizantes, así como una abrumadora sensación de desesperanza, en algún momento de la vida es más que tres veces mayor que para la generación de sus abuelos... Los expertos reconocen que parte del aumento puede deberse a una mayor disposición a hablar sobre enfermedades mentales o a métodos de notificación más eficientes. Pero dicen que estos factores no se acercan a explicar el aumento. Solo pueden especular acerca de por qué uno de los precios de la modernidad debería ser la expansión de la melancolía. Las explicaciones van desde la pérdida de la fe en Dios o en una vida después de la muerte que puede proteger a las personas contra los contratiempos de la vida, hasta el estrés de la industrialización, la angustia creada en las mujeres por la difusión de ideales inalcanzables de belleza femenina y la exposición a sustancias tóxicas. La búsqueda de una explicación se vuelve más difícil por la falta de una causa universalmente acordada para la depresión mayor. De hecho, es poco probable que haya una sola causa... Pero el aumento es inconfundible... (Goleman, 1992).

A causa de la identificación de algunas condiciones de posibilidad sociológicas para el malestar y el sufrimiento en la condición de humanidad contemporánea, “un número creciente de psicólogos encuentran con beneplácito la idea de la religión, si no en sus vidas personales, al menos en sus datos. Lo que una vez fue, en el mejor de los casos, un tema pasado de moda en psicología, ha vuelto a nacer como un

foco respetable para la investigación científica” (Goleman, 1991). Los terapeutas empezaron a ver la espiritualidad como una ayuda y no como una ilusión, tomaron una línea ideológica suave y aperturista sobre este tema. Para los que son creyentes "mejora su salud mental, especialmente al resistir la tentación y organizar su vida en términos de lo que importa y de lo que se debe hacer" (Goleman, 1991), y para lo que no son creyentes, aunque les incomoda "la conformidad social y los rituales supersticiosos de la religión organizada, a menudo tienen una espiritualidad de otro tipo, basada en su propia búsqueda de la verdad y significado” (Goleman, 1991).

A modo de conclusión, estos nuevos acontecimientos parecían presagiar posibles cambios en la identidad fundamental de la psicología y de las personas que la pueblan a medida que se acercaba el siglo XXI (American Psychological Association, 1994; American Psychological Association, 1995; American Psychological Association, 1996; American Psychological Association, 1997; American Psychological Association, 1998). Una disciplina académica que acompañaría las diversificadas prácticas y lingüísticas de la salud mental privatizada. La cual en los contextos más íntimos y espirituales se podría experimentar en iniciativas con larga o corta trayectoria en la cultura occidental; como la literatura de autoayuda, los libros y las sesiones de coaching, las revistas que dicen algo más o algo menos sobre la yoidad, los libros o los grupos sobre búsqueda de consciencia, los libros o los talleres para el crecimiento o la optimización de sí, el yoga, el mindfulness, la meditación, la relajación, la risoterapia, las apropiaciones de adicionales prácticas correspondientes a espiritualidades orientales, y algunas psicoterapias mixtas,

A medida que se acerca el final del siglo es natural calibrar el crecimiento de la Asociación Americana de Psicología y de la disciplina de la psicología durante los últimos 100 años. A lo largo de siglo, la psicología y la APA han pasado de ser un campo estrecho y una organización con relativamente pocos seguidores a una disciplina rica y diversa con una organización profesional internacional que cuenta con casi 160.000 miembros. Para estos miembros la APA sigue proporcionando muchos productos y servicios diseñados para ayudarles en su educación, formación continua y vida profesional, ya sean profesionales,

investigadores o profesores, trabajen en empresas públicas o en el mundo asociativo. Un objetivo importante para la asociación, que se refleja en muchas de las actividades en curso de las direcciones y programas de la Oficina Central, es ser relevante y útil para los miembros, los profesionales afines, los responsables de las políticas públicas y el público en general (American Psychological Association, 1999, p.3).

De hecho, este capítulo sobre el concepto de salud mental y la APA permitió trascender la clásica relación de poder médico-paciente, porque emergió con potencia la relación terapeuta-paciente; la figura del médico se hizo prescindible en la historia social y se consolidó la figura del terapeuta, un actor nuevo, adaptable y amorfo. Es decir, el auge de la psicología dejó en evidencia que el concepto de salud mental ha sido parte de un campo de fuerzas disciplinares en disputa por establecer los saberes que son legítimos en la cultura -en lo que respecta a lo psíquico-. De todas las disciplinas que se han ocupado de la salud mental la que mantuvo la ideología de que había una base científica para los problemas individuales fue la psiquiatría, estableció una demarcación con otros tipos de saberes y de intervenciones que todavía hoy son de segundo rango porque son dudosos sus principios científicos o simplemente no los persiguen.

En la segunda mitad del siglo XX la expansión tan acelerada de los psicólogos en la sociedad y en la cultura en un contexto de competencia profesional agudizado, evidenció la atomización y neutralidad del concepto salud mental, allí tiene cabida las imaginables tecnologías del yo que faciliten las búsquedas de sentido existenciales. Pero detrás de eso hay demarcación epistemológica, es decir, los psiquiatras siguen siendo científicos y los psicólogos mediadores culturales, lo que a su vez se expresa en una jerarquización salarial. La historia del concepto de salud mental se encuentra asociada a una estratificación de los campos de acción disciplinares, y a una deslegitimación de un conjunto de saberes emergentes sobre la psique que se vuelven atractivos para la población pero que no reclaman para sí científicidad y que a diferencia de la psiquiatría son más apolíticos. Lo cual pone de manifiesto un viejo problema epistemológico entre la ciencia verdadera y lo que es pura charlatanería u improvisación. Este conflicto de interpretaciones disciplinares

en el concepto de salud mental prevalece hasta la actualidad como un conjunto de luchas por el reconocimiento profesional, pero también como una disputa de mercado por suministrar bienes y servicios. En este capítulo se abordó una historia disciplinar de la psicología en un sentido diferente al epistemológico porque se encuentra inserta en las dinámicas de la economía y del poder. Estas luchas de reconocimiento disciplinares y terapéuticas evidencian un movimiento cismático permanente en el campo de la salud mental.

Y, aunque esta tesis persiguió hacer una historia conceptual de la salud mental, reveló que existe de trasfondo una historia de conflictos de interpretaciones de la psique porque no se trata solo de los intereses económicos de la psicología y de la psiquiatría, sino que detrás de esto hay interpretaciones de lo que es el psiquismo humano donde cada disciplina tiene énfasis en aspectos diferentes, y cada una tiene una conexión y una consciencia de los problemas sociales diferentes, por ejemplo la psicología fue una práctica más interiorizada-administrativa y en cambio la psiquiatría tuvo esa dimensión socio-política, es decir, una proyección agresiva hacia el mundo cultural.

Sin embargo, esta historia del concepto de salud mental en la APA tuvo una significativa similitud con lo acontecido en la disciplina psiquiátrica en la segunda mitad del siglo XX, en tanto ambas historias sociales versan sobre la descolectivización de la salud mental. A pesar de que había el propósito en un periodo de tiempo específico por conquistar una salud mental comunitaria y social, lo que se logró en la realidad fue la individualización y la privatización del problema -al nivel de elevarle a una búsqueda espiritual en la condición de humanidad contemporánea-. En consecuencia, disciplinas académicas como la psicología y la psiquiatría no solamente promovieron un cambio en el estatuto del yo, sino también un cambio en la moralidad, y en una concepción moral del individuo y del mundo. Una moral desplazada hacia la adaptación del individuo al *capitalismo de consumo*. Como la escuela, el hospital o la cárcel ya no cumplía con la tarea adaptativa, el concepto de salud mental sirvió como estrategia, herramienta o *dispositivo* para

formar la subjetividad neoliberal. Se impulsó una perspectiva psicologizada de la vida social, y hasta el tiempo presente se continúa tratando a cada persona aisladamente y se pasan por alto las raíces sociales del sufrimiento psíquico. Se fortalece cada vez más el concepto de salud mental como una espiritualidad secular: con un propósito y unos valores públicos, pero como una práctica privada.

3. Conclusión

La herramienta metodológica utilizada articuló dos campos especializados de los estudios históricos, la historia social y la historia de conceptos, que por separado constituyen descripciones analíticas deficitarias de la realidad, pero en conjunto permiten construir una narratividad proximal para el fenómeno estudiado. Koselleck (2012) consideró la historia como “una relación análoga la que se da entre el discurso hablado, sincrónico, y el lenguaje ya existente, diacrónico, que ejerce una influencia constante sobre el primero, la que se tematiza desde un enfoque histórico conceptual”. La salud mental por lo tanto ha viajado (Bal, 2002) entre saberes y prácticas diversas, y también entre periodos y contextos históricos y culturales diferentes, para contribuir a la sinergia creativa e inagotable de campos-usos-acciones-experiencias con lingüísticas-lenguajes-significaciones.

En la segunda mitad del siglo XX ocurrió una *metamorfosis del mundo*, “una manera de cambiar la naturaleza de la existencia humana. Constituyó la era de los efectos secundarios, porque lo que era impensable ayer es real y posible hoy” (Beck, 2017). De hecho, “no había nada —ni un concepto, ni una teoría— capaz de expresar la confusión del mundo en términos conceptuales. Esa confusión no puede conceptualizarse desde el punto de vista de las nociones de cambio de que dispone la sociología: evolución, revolución y transformación” (Beck, 2017). El mundo se estaba metamorfoseando, sufrió en esta etapa de la historia un proceso de alteración morfológica que solo puede ser explicado en la historia social. Un proceso que no es de carácter normativo, que no ocurre dentro de un programa político, que no se orienta por conceptos de progreso y degeneración, que tampoco actúa a

modo de contra respuesta o respuesta misma, y, sobre todo, no se adscribe a las lógicas y reglas habituales. Esta metamorfosis del mundo incluyó en su núcleo duro la metamorfosis de la subjetividad, en la cual el concepto de salud mental adquirió un posicionamiento estratégico y preponderante,

La subjetividad cambia a lo largo de la historia, y con ella los trastornos mentales. Tal como explica Fernando Colina: «Las psicosis cambian a la vez que lo va haciendo a lo largo de la historia lo que entendamos por subjetividad, es decir, el sentido de la privacidad, el espacio interior o las estrategias del deseo». Por eso, a los elementos económicos y políticos debemos añadir la impronta que los cambios culturales y la interiorización de normas y valores han ido produciendo sobre el aparato psíquico de las personas. Siguiendo de nuevo a Colina: La sociedad de consumo indujo unas estrategias del deseo exigentes e insaciables, cuya primera consecuencia es la inestabilidad psicológica, la ansiedad y esa intolerancia al duelo, la depresión y la frustración que tan acertadamente nos caracteriza. Una vez instaurado el derecho a la felicidad como una exigencia irremplazable, cualquier fallo, lentitud o tropiezo del deseo nos vuelve pacientes de la psiquiatría con excesiva facilidad...Como se ve, hablar de salud mental y capitalismo no es solo denunciar las consecuencias de la privatización y los recortes en relación con los recursos asistenciales; es también advertir de las falacias «culturales» del sistema, y es, cómo no, insistir una y otra vez en las consecuencias demostradas de la crisis económica, de la pobreza y la precariedad, en la salud mental...(Huertas et al., 2017, p.12).

En el marco de lo que se denominó metamorfosis de la subjetividad en la segunda mitad del siglo XX hubo rasgos históricos que permitieron la coexistencia de la dupla enfermedad-trastorno mental y el concepto salud mental no solo como una cuestión semántica sino también como un cambio en las políticas de intervención y afrontamiento del individuo,

La extensión de la medicina hacia el bienestar o el estar mejor (que es una tendencia general y no solamente psiquiátrica) y la explosión desde hace más de 30 años del “desarrollo personal”, es decir, el estar mejor psicológicamente...una dinámica general de tipo salud pública, a saber, que la salud no se reduce a la medicina y a los cuidados; implica la acción sobre el entorno social, las condiciones de vida, etc ...la fragilización de la distinción entre tratamientos curativos y tratamientos paliativos, que concierne a enfermedades cuyo número aumenta cada día (pensemos solamente en las enfermedades cardiovasculares), pero muy especialmente la psiquiatría en la cual el personaje de lo crónico está expandiéndose (particularmente en las depresiones y las adicciones); de ahí la omnipresencia de la calidad

de vida. Hoy existe un eje cronicidad-calidad de vida-estar mejor que estructura la noción de salud mental...El vuelco en las relaciones entre sufrimiento y enfermedad mental, el lugar ocupado por el sufrimiento psíquico tiene como consecuencia una ausencia de jerarquización en la política de lucha contra los trastornos mentales...El enfermo mental es incluido en una nueva categoría en la cual él es el único elemento, la "persona en dificultad", cuyos "perfiles clínicos son polimorfos: imbricaciones y oscilaciones entre dificultades familiares, sociales y económicas, perturbaciones psicológicas que tienen que ver a veces con la psiquiatría, deficiencias físicas y mentales". Para el informe Piel-Roelandt: "el usuario es entonces toda persona que puede sentirse concernida en un momento u otro de su vida por un problema de salud mental"... el vuelco en las relaciones entre coacción y consentimiento: el derecho de los pacientes y el "paciente-actor" son superiores en valor a los derechos de la sociedad a defenderse contra la eventual peligrosidad de las personas enfermas...la referencia a lo normal-patológico está englobada en la referencia a la discapacidad... (Ehrenberg, 2004)

Lo característico durante este periodo histórico fue la transición sistemática desde una *biopolítica* (Foucault, 1979) interventora propia de la higiene mental en los años veinte y treinta hacia una gubernamentalidad liberal con tecnologías más suaves, pero más potentes -a nivel cultural- como la salud mental, en el contexto del ascenso vertiginoso de las instituciones globalistas y de las disciplinas "psi" (Rose, 1989). La salud mental como concepto -ordenador y mediador de la realidad- inició su trasegar histórico en la década de los 50's y de los 60's con voluntad transformadora, crítico del paradigma manicomial; se apuntaló en enfoques sanitarios comunitarios, colectivos y de psiquiatría social. Más adelante en la década de los 70's fue adoptando los elementos de la APS para convertirse en una salud mental ampliada que diluyó la clásica separación entre *lo normal y lo patológico* (Canguilhem, 1966) que bien ilustra la epistemología francesa (Francois, 2017). Para finalmente consolidarse entre las décadas de los 80's y 90's en una salud mental privatizada que contenía condiciones de posibilidad espirituales para la resolución de problemáticas personales y para las búsquedas de sentido existenciales,

La psiquiatría, la neurociencia, la neuroimagen, la ciencia cognitiva, en una palabra, todas las ciencias de la psique han conocido los mayores avances científicos de su historia en los últimos treinta años. Para convencerse de ello, basta no sólo con repasar la extraordinaria literatura científica publicada, sino también con observar hasta qué punto los conocimientos

sobre la psique se han popularizado y, en pocos años, se han convertido en una herramienta preciosa para comprender el mundo contemporáneo. La prensa generalista, los programas de radio y televisión, las revistas de actualidad, los programas de entrevistas, etc., e incluso las conversaciones cotidianas no pierden ocasión de apelar a los conocimientos "psicológicos" para arrojar luz sobre tal o cual fenómeno. Es como si el conocimiento de la psique estuviera hoy tan afianzado que nos permitiera captar el mundo mucho más allá del universo de la patología. Pero este éxito no puede borrar el hecho de que el conocimiento de la psique no puede ser suficiente en sí mismo... Incluso si los hechos psíquicos pudieran resumirse como una cuestión de conexiones intracerebrales, el hecho es que sus expresiones, a través de penas, sufrimientos, inhibiciones, decepciones, ansiedades, miedos, etc., siempre toman prestados sus temas del contexto social. Esto es lo que las hace comunicables y, por tanto, comprensibles. En otras palabras, la forma en que reconocemos la expresión de una emoción o sufrimiento en otra persona no es sólo una cuestión de conexiones neuronales, sino también, si no, sobre todo, una cuestión de consenso social. La psique nunca se revela sin la mediación del lenguaje, los gestos y las actitudes, ya que son esperados y aceptables...(Coutant & Wang, 2018).

Este acontecimiento privado e íntimo, pero a la vez un *lenguaje para la vulnerabilidad de masas*, consistente en la construcción de un sentido espiritual de la existencia a través de las facultades beneficiosas o paliativas de la salud mental sobre la psique se configuró como una continuidad de las historias del alma en occidente. Como lo indican algunas novedosas propuestas desde la sociología cultural,

El alma, tal y como la conocemos desde hace unos tres mil años, tiene probablemente poco futuro. La razón es que actualmente ya no tenemos almas, sino psiques, en su lugar. Podría preguntarse cuál es la diferencia entre ambas; al fin y al cabo, *psykhé* en griego se refiere al alma, a esa entidad que abandona el cuerpo tras la muerte. Creo que entre alma y psique hay muchas diferencias, aunque ambas compartan una larga historia común (Illouz, 2014).

Las narrativas espirituales tradicionales asociadas a las interpretaciones del alma en occidente que gozaban de expresión en lo colectivo, en lo público y en lo comunitario, fueron cediendo su lugar, aunque coexistiendo, a la preocupación por la psique, un conjunto de reacciones espirituales personalizadas, que se corresponden bien con las ofertas experienciales de remediación propias del

concepto salud mental. Respecto al alma - inmortal, incorpórea, heterónoma, trascendente - la psique tienen la cualidad de ser inmanente, material, susceptible de ser objetivada, estudiada, analizada, intervenida y mejorada continuamente; es decir, la salud mental tomó como base la psique para postular avances tanto en el plano de la ciencia como de la intervención, por ejemplo, con la psicofarmacología cosmética.

La dupla psique-salud mental ha entrado a cohabitar el mundo de forma paralela con la tradicional y polivalente dupla alma-salvación. La salud mental privatizada ha sido un contenedor de la psique que al mismo tiempo la viabiliza, una hermenéutica del sujeto para afrontar los desafíos de la vida diaria, con una impronta contractualista y de maximización del bienestar. En este contexto, del alma para su versión contemporánea prevalecen únicamente de las raíces griegas del término - *psykhé*- los fonemas; no es ahora ese contenido animado de toda fuerza vital que ocupó e inspiró la reflexión y los debates en la antigüedad y hasta los albores de época moderna. En el tiempo presente es, un instrumento o una herramienta objeto para, de, cómo, con, ser construida y deconstruida por diversas terapias, técnicas y tecnologías, o por acción de los individuos, creadores de su propio yo.

El concepto de salud mental en función de la estructura espiritual del tiempo presente permite comprender esta asociación histórica como el conjunto de representaciones simbólicas, de narrativas, de significancia del yo; que han ido mutando, fluyendo y transformándose desde las formas religiosas convencionales hacia el centro de un yo reflexivo. La espiritualidad contemporánea se reforma constantemente, no acepta lo heredado, no es algo dado, precisa de la experiencia, parte de cada individualidad, adopta la dinámica de la autofabricación, no está inserta en una cadena de sentido metafísica, sino que es centro de producción de cadenas de sentido, se encuentra en un contexto post-metafísico, o para emplear la famosa expresión de Max Weber, de *desencantamiento del mundo*,

La tesis que deseo desarrollar puede ser formulada de esta manera: estamos frente a un ambiente, un clima, un espíritu común que hace de la pareja sufrimiento psíquico-salud

mental la expresión de un lenguaje que sitúa en el centro de la vida social la subjetividad de cada individuo (su "interioridad" psíquica o cerebral), y esto a medida que la autonomía se convierte en nuestro valor cardinal: cuanto más es considerado el individuo como un todo autónomo, que debe ser capaz de decidir y de actuar por sí mismo, más la cuestión de su interioridad se convierte en una preocupación pública (Ehrenberg, 2004).

Y si bien es cierto, entre las investigaciones analizadas hubo algunas pocas asociaciones entre el conglomerado de espiritualidades orientales y la salud mental, el método utilizado consistió en reflejar significados del concepto contemporáneo hacia épocas ancestrales. Una forma de aproximación al problema de estudio por asociación retórica y metafórica, no histórica,

En los escritos tradicionales chinos, no hay una palabra para "salud mental", en cambio palabras como Fa Lok (felicidad), Wor (armonía), Sim on (sentido interno de seguridad) y Tin Yu (relajación) se utilizan. Son conceptos relacionados de bienestar psicológico y salud mental en varias escuelas de pensamiento filosófico en la china antigua. Entre ellos, el confucianismo es la escuela más dominante después de la dinastía Han (Yip, 2003)...Los conceptos taoístas tradicionales de salud mental están escritos en los clásicos de Lao Tzu y Chuan Tzu. Generalmente los conceptos taoístas tradicionales de salud mental todavía tienen un impacto significativo. Su sentido de autoestima, funcionamiento social y relaciones interpersonales dependen de su autotranscendencia desde los límites seculares, hasta el Tao infinito y la ley de la naturaleza. Ellos luchan por autotranscendencia, revertismo dinámico, integración con la ley de la naturaleza, el silencio natural y la inacción al tratar con problemas, sufrimientos y dificultades en la vida... (Yip, 2005).

En cambio, este trabajo ha sido un intento arriesgado y auténtico por intentar explicar la forma como salud mental se volvió parte de nuestro lenguaje de todos los días. Una reflexión histórica inicial que se ocupó de las historias sociales que son hegemónicas para el concepto de salud mental. Con la narración cronológica que versa sobre la construcción por parte de las instituciones -OMS, OPS, MINSALUD- y de las disciplinas -AEP y APA- de las nociones de malestar y sufrimiento, de los preceptos de verdad y de las normativas sociales, lo cual, deriva en enormes expectativas de bienestar-felicidad por parte de la población general pero que termina convirtiéndose para muchos en búsquedas agotadoras, o en

utopías para otros. Con esto retornamos al ethos del *individualismo* y a la *modernidad líquida* de Zygmunt Bauman (2015), de ser individuo hecho a sí mismo, de ser convertido en empresario de sí mismo, y de ser responsable de los logros y de los errores de la vida. Cualquier reflexión actual sobre la salud mental evoca a alusiones directas al *capitalismo del consumo* (Ruiz, 2019) que implica altos flujos de información, inmediatez, adaptación, objetivos a corto plazo, ausencia de planificación, flexibilidad, incertidumbre; y encaja muy bien en la versión contemporánea de espiritualidad.

Finalmente, este espacio de cierre no se reduce únicamente a pasar revista de los logros de la actividad investigativa sino que tienen la virtud de mostrar con qué itinerario podría continuar este trabajo, una de esas posibilidades sería el estudio del concepto de salud mental en la historia disciplinar del psicoanálisis. También podría describirse lo que ha ocurrido después de esta historia - las repercusiones, el desarrollo, las variaciones y las novedades en las discusiones técnicas o teóricas-, máxime en la actualidad vivimos en una propagación mucho más intensiva del lenguaje y las prácticas de la salud mental que lo percibido hacia finales del siglo pasado. Durante el desarrollo de este trabajo fueron revisados más de 1500 manuscritos para el período y temática escogida, se hizo una selección definitiva de aproximadamente 700 documentos para la construcción de una narrativa coherente en lo que respecta al problema de estudio y el procesamiento lógico de las fuentes se realizó desde los diversos idiomas al castellano. Así mismo, se dejó aquí planteada una construcción y articulación conceptual del problema, se propuso una manera de investigar unos fenómenos y unas experiencias vinculadas a la salud mental, y también una forma metodológica para el tratamiento de los archivos históricos que podría ser especificada en múltiples direccionalidades: en relación a la sexualidad, a las farmacodependencias, a la infancia, a la escuela, al sistema penitenciario, etc. La historia social de los conceptos trasciende los debates epistemológicos, avanza hacia la historia de las mentalidades, de las realidades, de las sociedades y de las prácticas. Puede llevarse a planos más locales, a las microhistorias, como, por ejemplo, al análisis de las historias clínicas del Hospital

Mental de Antioquia para identificar los intereses, las líneas, los énfasis y las preocupaciones que estos documentos ponen de manifiesto sobre la sociedad colombiana.

Bibliografía

- Abdel Gadir, M., Qureshi, N., Al Ghamdy, Y., Tawfik, M., et al. (1999). *Integration of mental health into primary care in Al-Qassim Region, Saudi Arabia: planning pase*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/118720>
- African Mental Health Action Group & WHO Special Programme of Technical Cooperation in Mental Health. (1988). *African Mental Health Action Group, Eleventh Meeting, Geneva, 5 May 1988 : report*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61571>
- African Mental Health Action Group (1986). *African Mental Health Action Group, Ninth Meeting, Geneva, 9 May 1986 : report*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59382>
- African Mental Health Action Group (1987). *African Mental Health Action Group, Tenth Meeting, Geneva, 8 May 1987 : report*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/60617>
- Agamben, G. (2015). *¿Qué es un dispositivo?*. Barcelona, España. Editorial, Anagrama.
- Ahearn, F. & Castellón, S. (1978). *Problemas de salud mental después de una situación de desastre*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 85(1), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17432>

- Alarcón, R. (1986). *La salud mental en América Latina, 1970-1985*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 101(6),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/16862>
- Al-Krenawi, A. & Graham, J. (1996). *Tackling mental illness : roles for old and new disciplines*. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/53951>
- Allaira, M. & Tobar, N. (1962). *Plan para la introducción activa de la higiene mental en la educación*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 49(5),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/18169>
- Altman, L. (5 de Noviembre de 1982). City's electroshock vote affecting treatment. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1982/11/05/010834.html?pageNumber=38>
- American Psychiatric Association. (1948). *DSM-I*
- American Psychiatric Association. (1968). *DSM-II*
- American Psychiatric Association. (1973). 126th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 7-11, Honolulu, Hawaii
- American Psychiatric Association. (1974). *Position Statement on the Need to Maintain Intermediate-and Long-Term Inpatient Care Access for Persons with Serious Mental Illness*
- American Psychiatric Association. (1977). *Position statement on affirmative action*
- American Psychiatric Association. (1978). *Position statement on abortion*
- American Psychiatric Association. (1978). *Position statement: a call to action for the chronic mental patient*

- American Psychiatric Association. (1979). *132th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 12-18, Chicago, Illinois*
- American Psychiatric Association. (1980). *133th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 3-9, San Francisco, California*
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III*
- American Psychiatric Association. (1980). *Position Statement on the Separation of Children and Adolescents from Adult Patients in State Mental Hospitals*
- American Psychiatric Association. (1981). *134th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 9-15, New Orleans, Louisiana*
- American Psychiatric Association. (1982). *135th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 15-21, Toronto, Canadá*
- American Psychiatric Association. (1983). *136th Annual Meeting American Psychiatric Association, April 30-May 6, New York, New York*
- American Psychiatric Association. (1984). *137th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 5-11, Los Ángeles, California*
- American Psychiatric Association. (1985). *138th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 18-24, Dallas, Texas*
- American Psychiatric Association. (1985). *Joint resolution against torture of the american psychiatric association and the american psychological association*
- American Psychiatric Association. (1986). *139th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 10-16, Washington, DC*
- American Psychiatric Association. (1987). *140th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 9-14, Chicago, Illinois*
- American Psychiatric Association. (1987). *DSM-III-R*

American Psychiatric Association. (1988). *141th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 7-13, Quebec, Canadá*

American Psychiatric Association. (1989). *142nd Annual Meeting American Psychiatric Association, May 6-11, San Francisco, California*

American Psychiatric Association. (1990). *143rd Annual Meeting American Psychiatric Association, May 12-17, New York, New York*

American Psychiatric Association. (1990). *Resource Document: Guidelines to District Branches for a Policy on Physician Impairment*

American Psychiatric Association. (1991). *144th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 11-16, New Orleans, Louisiana*

American Psychiatric Association. (1991). *Position Statement on Child Abuse and Neglect by Adults*

American Psychiatric Association. (1991). *Position Statement on Peer Review of Expert Testimony*

American Psychiatric Association. (1992). *145th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 11-16, Washington, DC*

American Psychiatric Association. (1992). *Position Statement on Human Rights*

American Psychiatric Association. (1993). *146th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 11-16, San Francisco, California*

American Psychiatric Association. (1993). *Position Statement on Homicide Prevention and Gun Control*

American Psychiatric Association. (1993). *Position Statement on TV Violence*

American Psychiatric Association. (1994). *147th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 21-26, Philadelphia, Pennsylvania*

- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV*
- American Psychiatric Association. (1994). *Position Statement on Psychiatrists From Underrepresented Groups in Leadership Roles*
- American Psychiatric Association. (1994). *Position Statement: Resolution Opposing Any Restriction on the Number of IMGs Entering Graduate Medical Training*
- American Psychiatric Association. (1995). *148th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 20-25, Miami, Florida*
- American Psychiatric Association. (1995). *Position Statement on Any Willing Physician*
- American Psychiatric Association. (1995). *Position Statement on Training Needs in Addiction Psychiatry*
- American Psychiatric Association. (1996). *149th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 4-9, New York, New York*
- American Psychiatric Association. (1996). *Position Statement on Discrimination against Persons with Previous Psychiatric Treatment*
- American Psychiatric Association. (1996). *Resource Document on Peer Review of Expert Testimony*
- American Psychiatric Association. (1997). *150th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 17-22, San Francisco, California*
- American Psychiatric Association. (1997). *Joint Public Policy Statement on Relationship Between Treatment and Mutual Support*
- American Psychiatric Association. (1997). *Position Statement on Codification of Medical Evaluation and Management Services in Psychotherapy*
- American Psychiatric Association. (1998). *151th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 30-Jun 4, Ontario, Canadá*

- American Psychiatric Association. (1998). *Position Statement on Identification of Abuse and Misuse of Psychiatry*
- American Psychiatric Association. (1998). *Position Statement on Misuse of Psychiatric Examinations and Disclosure of Psychiatric Records in Sexual Harassment Litigation*
- American Psychiatric Association. (1999). *152th Annual Meeting American Psychiatric Association, May 15-20, Washington, DC*
- American Psychiatric Association. (1999). *Mandatory Outpatient Treatment*
- American Psychiatric Association. (1999). *Position Statement on Diversity*
- American Psychological Association. (1950). *Annual report of the executive secretary*
- American Psychological Association. (1950). *Annual report of the committee on training in clinical psychology*
- American Psychological Association. (1951). *Annual report of the executive secretary*
- American Psychological Association. (1951). *Annual report of the committee on training in clinical psychology*
- American Psychological Association. (1952). *Annual report of the policy and planning board of the american psychological association*
- American Psychological Association. (1952). *Summary report on the 1952 annual meeting*
- American Psychological Association. (1953). *Annual report of the executive secretary*
- American Psychological Association. (1953). *Annual report of the policy and planning board of the american psychological association*
- American Psychological Association. (1954). *Annual report of the executive secretary*

- American Psychological Association. (1954). *The work of the american board of examiners in professional Psychology*
- American Psychological Association. (1955). *American board for psychological services*
- American Psychological Association. (1955). *Annual report of the executive secretary*
- American Psychological Association. (1956). *Annual report of the executive secretary*
- American Psychological Association. (1957). *American board of examiners in professional Psychology*
- American Psychological Association. (1957). *Annual report of the executive secretary*
- American Psychological Association. (1958). *Annual report of the executive secretary*
- American Psychological Association. (1958). *Committee on relations with psychiatry*
- American Psychological Association. (1959). *American board of examiners in profesional psychology, inc.*
- American Psychological Association. (1959). *Annual report of the executive secretary*
- American Psychological Association. (1959). *Publications committee*
- American Psychological Association. (1960). *American board of examiners in profesional psychology, inc.*
- American Psychological Association. (1961). *American board of examiners in profesional psychology, inc.*
- American Psychological Association. (1962). *American board of examiners in profesional psychology, inc.*
- American Psychological Association. (1963). *American board of examiners in profesional psychology, inc.*

American Psychological Association. (1964). *Report of the 1964 policy and planning board*

American Psychological Association. (1965). *American board of examiners in professional psychology, inc.*

American Psychological Association. (1966). *Report of the treasurer*

American Psychological Association. (1967). *Annual report of the policy and planning board 1967-68 and 1968-69*

American Psychological Association. (1968). *American board of professional psychology new directions and approaches*

American Psychological Association. (1970). *Placement report*

American Psychological Association. (1972). *Proceedings of the american psychological association, incorporated, for the year 1972*

American Psychological Association. (1973). *Placement Report*

American Psychological Association. (1974). *Report of the Treasurer*

American Psychological Association. (1974). *Summary report of journal operations for 1974*

American Psychological Association. (1975). *Annual Report of the Policy and Planning Board*

American Psychological Association. (1976). *Proceedings of the American Psychological Association, Incorporated, for the Year*

American Psychological Association. (1977). *Annual Report of the Policy and Planning Board*

American Psychological Association. (1977). *Report of the Executive Officer*

American Psychological Association. (1978). *Annual Report of the Policy and Planning Board*

American Psychological Association. (1978). *Summary report of journal operations for 1978*

American Psychological Association. (1979). *Annual Report of the Policy and Planning Board*

American Psychological Association. (1980). *Annual Report of the Policy and Planning Board*

American Psychological Association. (1982). *Reports for 1982 of the Regional Associations*

American Psychological Association. (1983). *Annual Report of the Policy and Planning Board*

American Psychological Association. (1983). *Summary Report of Journal Operations*

American Psychological Association. (1984). *Reports for 1984 of the Regional Associations*

American Psychological Association. (1984). *Summary report of journal operations*

American Psychological Association. (1985). *Report of the Treasurer*

American Psychological Association. (1985). *Summary Report of Journal Operations*

American Psychological Association. (1986). *Annual Report of the Policy and Planning Board*

American Psychological Association. (1986). *Summary Report of Journal Operations*

American Psychological Association. (1987). *Annual Report of the Policy and Planning Board*

American Psychological Association. (1988). *Annual Report of the Policy and Planning Board*

American Psychological Association. (1988). *Summary Report of Journal Operations*

American Psychological Association. (1989). *Annual Report of the Policy and Planning Board*

American Psychological Association. (1989). *Report of the Treasurer*

American Psychological Association. (1990). *Report of the Treasurer*

American Psychological Association. (1990). *Summary Report of Journal Operations*

American Psychological Association. (1992). *Annual Report of the Policy and Planning Board*

American Psychological Association. (1993). *Annual Report of the Policy and Planning Board*

American Psychological Association. (1994). *Annual Report of the Policy and Planning Board*

American Psychological Association. (1995). *Annual Report of the Policy and Planning Board*

American Psychological Association. (1996). *Annual Report of the Policy and Planning Board*

American Psychological Association. (1996). *The APA Annual Report*

American Psychological Association. (1997). *The APA Annual Report*

American Psychological Association. (1998). *The APA Annual Report*

American Psychological Association. (1999). *The APA Annual Report*

- Anastasi, P. (18 de Octubre de 1989). Soviets conditionally readmitted to world psychiatric association. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1989/10/18/302089.html>
- Asamblea Mundial de la Salud. (1975). *Promoción de la salud mental*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/103909>
- Asamblea Mundial de la Salud. (1977). *Programa especial de cooperación técnica en materia de salud mental: proyecto de resolución presentado por las delegaciones de Benin, Bostwana, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos de América, Finlandia, India, Kenya, Lesotho, Malawi, Nigeria, Noruega, Rwanda, Suecia, Swazilandia, Turquía, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, Yugoslavia y Zambia*. Organización Mundial de la Salud,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/108738>
- Asamblea Mundial de la Salud. (1978) *Programa a plazo medio de salud mental 1975-1982: informe del Director General*. Organización Mundial de la Salud,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/149775>
- Asamblea Mundial de la Salud. (1979). *Desarrollo del programa de salud mental (proyecto de resolución propuesto por las delegaciones de Bélgica, Botswana, Brasil, Nigeria, Rwanda, Sudán, Swazilandia, Tailandia, Turquía, Yugoslavia y Zambia)*. Organización Mundial de la Salud,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/194995>
- Assemblée Mondiale de la Santé. (1949). *Projet de document de la Commission de rédaction : Propositions concernant le programme relatif à la santé mentale*. Organisation mondiale de la Santé,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/106225>
- Baker, M. (2012). *The concept of mental health is misleading*. *European Psychiatry*, 27(S1), 1. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(12\)74085-3](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(12)74085-3).

- Bal, M. (2002). *Travelling concepts in the humanities: a rough guide*. Toronto, Canadá. Editorial, University of Toronto Press Incorporated.
- Baro, F. (1990). *Rwanda : mental care for all*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/52206>
- Barukel, A, & Stolkiner, A. (2018). *El problema del diagnóstico en salud mental: clasificaciones y noción de enfermedad*. Saúde Em Debate, 42(118), 646–655. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811808>.
- Bash, K. (1959). *Mental health problems of aging and the aged from the viewpoint of analytical psychology*. Bulletin of the World Health Organization, 21 (4-5), 563 – 568, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/265536>
- Bauman, Z. (2004). *La sociedad sitiada*. Barcelona, España. Editorial, Paidós.
- Bauman, Z. (2004). *Modernidad Líquida*. Madrid, España. Editorial, Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2004). *Vidas desperdiciadas*. Barcelona, España. Editorial, Paidós.
- Bauman, Z. (2006). *Vida Líquida*. Barcelona, España. Editorial, Paidós.
- Bauman, Z. (2007). *Vida de Consumo*. Barcelona, España. Editorial, Paidós.
- Beck, U. (2017). *La metamorfosis del Mundo*. Madrid, España. Editorial, Paidos.
- Beck-Gernsheim, E. & Beck, U. (2001). *Individualización: El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Buenos Aires, Argentina. Editorial, Paidos.
- Behavior Varies in Babies Exposed to Cocaine. (22 de Enero de 1991). *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1991/01/22/799791.html>

- Belopolskaya, N. (2015). *Concepts of mental health and pathology: psychological criteria*. *Experimental Psychology (Russia)Экспериментальная Психология*, 8(3), 74–81. <https://doi.org/10.17759/exppsy.2015080307>.
- Benning, T. (2016). *No such thing as mental illness? Critical reflections on the major ideas and legacy of Thomas Szasz*. *BJPsych Bulletin*, 40(6), 292–295. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.053249>.
- Bertolote, J. (1993). *WHO in action: empowering the mental patient*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325929>
- Bertolote, J. (2008). The roots of the concept of mental health. In *World Psychiatry* (Vol. 7, Issue 2, pp. 113–116). Masson SpA. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00172.x>.
- Bid to ban shock therapy put on berkeley ballot. (8 de Agosto de 1982). *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1982/08/08/070111.html>
- Birrell, R. & Orley, J. (1996). Mental health promotion in schools. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330513>
- Blacks supported by psychologists. (3 de Septiembre de 1969). *The New York Times*, [https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1969/09/03/88860917.html?ageNumber=34](https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1969/09/03/88860917.html?pageNumber=34)
- Blakeslee, S. (26 de Agosto de 1985). Panelists cite biological roots of homosexuality. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1985/08/26/215995.html>
- Blakeslee, S. (28 de Agosto de 1985). Runners warned of mental danger. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1985/08/28/224779.html?ageNumber=86>

- Blue, I. & Harpham, T. (1996). *Mental health matters*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330439>
- Boffey, P. (13 de Septiembre de 1984). Community care for mentally ill termed a failure. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1984/09/13/168042.html?pagenumber=1>
- Boffey, P. (14 de Mayo de 1986). Psychotherapy is as good as drug in curing depression, study finds. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1986/05/14/771086.html?pagenumber=1>
- Boffey, P. (20 de Enero de 1983). Psychiatric group urges stiffer rules for insanity plea. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1983/01/20/176426.html?pagenumber=18>
- Boffey, P. (3 de Agosto de 1982). Anxiety: U.S. seeks improved insight into causes. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1982/08/03/057572.html?pagenumber=35>
- Bougnoux, D. (2006). *La crise de la représentation*. Paris, Francia. Editorial, La Découverte.
- Bouras, N, Ikkos, G, & Craig, T. (2017). *Meta-community mental health care: towards a new concept*. In *The Lancet Psychiatry* (Vol. 4, Issue 8, pp. 581–582). Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30108-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30108-6)
- Bowlby, J. & World Health Organization. (1952). *Maternal care and mental health : a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40724>

- Brody, J. (12 de Mayo de 1998). A Cold Fact: High Stress Can Make You Sick. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1998/05/12/898082.html?pagenumber=80>
- Brody, J. (16 de Mayo de 1968). Doctor analyzes black power idea. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1968/05/16/77306497.html>
- Brody, J. (26 de Enero de 1982). Psychiatrists on homosexuality: vigorous discord voiced at meeting. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1982/01/26/187702.html>
- Brody, J. (30 de Marzo de 1969). Psychologist says more care could reduce suicide cases. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1969/03/30/90081198.html>
- Brody, J. (5 de Febrero de 1967). Spotting Suicidal Patients. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1967/02/05/296525422.html>
- Brody, J. (5 de Junio de 1976). Experts seek ethical guidelines for sex research and therapy. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1976/01/25/93892844.html>
- Browne, M. (19 de Noviembre de 1967). Emphasis on ills of society urged. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1967/11/19/98608908.html?pagenumber=70>
- Brozan, N. (4 de Enero de 1984). Helping to heal the scars left by incest. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1984/01/09/162923.html?pagenumber=24>

- Burnham, D. (9 de Febrero de 1986). Psychologists' association says polygraphs are unreliable. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1986/02/09/739086.html?pageNumber=26>
- Buus Jensen, S. (1996). *Mental health under war conditions during the 1991-1995 war in the former Yugoslavia / Soren Buus Jensen. World health statistics quarterly 1996 ; 49(3/4) : 213-217.* World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/54528>
- Cabildo, H. (1973). *Servicios de salud mental en centros de salud.* Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 74(2),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/10862>
- Calderon, G. & Elorriaga, H. (1975). *El centro piloto de salud mental comunitaria San Rafael, en México, D.F.* Pan American Health Organization,
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/17591>
- Calderón, G. (1982). *El centro piloto de salud mental comunitaria San Rafael, en México, D.F.* Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 78(2),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/17591>
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique.* Paris, Francia. Editorial, Presses Universitaires de France
- Canguilhem, G. (1998). *¿Qué es la psicología?* Rev Colomb Psicol. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/16039>.
- Casparis, R. (1936). *Algunas de las fases preventivas del problema de la salud mental.* Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 15(10),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/17076>
- Castell, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres: trabajo, protecciones, estatuto del individuo.* Ciudad de México, México. Editorial, Fondo de cultura económica.

- Chanoit, P. & Chanoit, A. (1967). *Repercusiones de la industrialización en la salud mental*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 63(6),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/12627>
- Chen, Y. (1995). *Mental health in China*. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330256>
- Chicurel, J. (23 de Abril de 1989). The Lasting Scar of Sexual Abuse. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1989/04/23/913589.html>
- Collins, G. (12 de Mayo de 1986). Studying the behavior of bully and victim. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1986/05/12/158586.html?pagenumber=24>
- Collins, G. (2 de Diciembre de 1985). Women and masochism: debate continues. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1985/12/02/185427.html?pagenumber=28>
- Comité de Expertos en Higiene Mental de la OMS, Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud . (1950). *Comité de Expertos en Higiene Mental: informe de la segunda reunión, [se reunió en Ginebra del 11-16 de septiembre de 1950]*. Organización Mundial de la Salud,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/38043>
- Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud. (1954). *Legislación en materia de asistencia psiquiátrica : cuarto informe del Comité de Expertos en Salud Mental [se reunió en Ginebra del 1 al 6 de noviembre de 1954]*. Organización Mundial de la Salud,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/38088>

- Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud. (1956). *El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental : quinto informe del Comité de Expertos en Salud Mental [se reunió en Ginebra del 10 al 15 de diciembre de 1956]*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38069>
- Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud. (1958). *Problemas de salud mental del envejecimiento y de la vejez : sexto informe del Comité de Expertos en Salud Mental [se reunió en Ginebra del 1 al 6 de septiembre de 1958]*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38025>
- Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud. (1958). *Psiquiatría social y actitudes comunitarias: séptimo informe del Comité de Expertos en Salud Mental [reunión celebrada en Ginebra del 20 al 25 de octubre de 1958]*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37997>
- Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud. (1959). *Problemas de salud mental que plantea la automatización : informe de un Grupo de Estudio [se reunió en Ginebra del 10 al 15 de noviembre de 1958]*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37528>
- Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud. (1959). *Epidemiología de los trastornos mentales : octavo informe del Comité de Expertos en Salud Mental [se reunió en Ginebra del 8 al 13 de junio de 1959]*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38084>
- Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud. (1960). *Enseñanza de la Psiquiatría y de la higiene mental a los estudiantes de medicina : noveno informe del Comité de Expertos en Salud Mental [se reunió*

en Ginebra del 13 al 17 de junio de 1960]. Organización Mundial de la Salud,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/38075>

Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud.
(1962). *Función del médico de sanidad y del médico general en las actividades de higiene mental : 11 informe del Comité de Expertos en Salud Mental [se reunió en Ginebra del 31 de octubre al 7 de noviembre de 1961]*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38035>

Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud .
(1963). *La formación del psiquiatra : 12 informe del Comité de Expertos en Salud Mental [se reunió en Ginebra del 25 de septiembre al 1 de octubre de 1962]*. Organización Mundial de la Salud,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/38019>

Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud.
(1964). *Trastornos psicossomáticos: decimotercer informe del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS [reunión celebrada en Ginebra del 22 al 28 de octubre de 1963]*. Organización Mundial de la Salud,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/37991>

Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud.
(1967). *Servicios de prevención y tratamiento de la dependencia causada por el alcohol y otras drogas : 14 informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental [se reunió en Ginebra del 4 al 10 de octubre de 1966]*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38078>

Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS & Organización Mundial de la Salud .
(1968). *Organización de los servicios para retrasados mentales : 15 informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental [se reunió en Ginebra del 26 de septiembre al 2 de octubre de 1967]*. Organización Mundial de la Salud,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/38172>

- Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS y Organización Mundial de la Salud . (1974). *Organización de servicios de salud mental en los países en desarrollo : 16 informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental [se reunió en Ginebra del 22 al 28 de octubre de 1974]*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38253>
- Comité Regional Africano. (1999). *Estratégia regional para a saúde mental*. Organização Mundial de Saúde, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112189>
- Conseil exécutif. (1974). *Renseignements sur les organisations non gouvernementales qui demandent à entrer en relations officielles avec l'OMS: Comité International contre la Maladie Mentale*. Organisation Mondiale de la Santé, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/156036>
- Coutant, I & Wang, S. (2018). *Santé mentale et souffrance psychique: Un objet pour les sciences sociales*. Paris, Francia. Editorial, CNRS.
- Francois, A. (2017). *Elements Pour Une Philosophie de la Sante*. Paris, Francia. Editorial, Les Belles Lettres.
- Cummings, J. (10 de Enero de 1983). Homosexual views adoption approval as victory. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1983/01/10/153829.html>
- Curbs on treating mental ills urged; psychiatric group says only those in medical profession should get state licenses. (17 de Marzo de 1953). *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1953/03/17/83811143.html?pageNumber=31>
- Curran, W., Harding, T. W & World Health Organization. (1978). *The law and mental health : harmonizing objectives, a comparative survey of existing legislation together with guidelines for its assessment and alternative approaches to its improvement*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40301>

Davies, L. (2 de Septiembre de 1955). Alcoholism curb called dim hope. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1955/09/02/92638486.html?pageNumber=11>

De Sutter, L. (2018). *Narcocapitalism*. Cambridge, Reino Unido. Editorial, Polity Press.

Debated Psychiatric Manual Issued. (19 de Mayo de 1987). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1987/05/19/899887.html?pageNumber=63>

Debord, G. (1967). *La Sociedad del Espectáculo*. Ciudad de México, México. Editorial, Gegner.

Debray, R. (1995). *El Estado Seductor: Las Revoluciones Mediológicas del Poder*. Madrid, España. Editorial Manantial.

Dennerstein, L., Astbury, J., & WHO Division of Family Health. (1993). *Psychosocial and mental health aspects of women's health*. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/61376>

Diesenhouse, S. (20 de Agosto de 1989). Therapists Start To Address Damage Done by Therapists. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1989/08/20/040289.html?pageNumber=136>

Dilthey, W. (2007). *Historia de la Filosofía*. Ciudad de México, México. Editorial, Fondo de Cultura económica.

Doctors urged not to call homosexuality illness. (10 de Mayo de 1973). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1973/05/10/90950479.html?pageNumber=20>

- Doré, I, & Caron, J. (2017). *Santé mentale: Concepts, mesures et déterminants*. Sante Mentale Au Quebec, 42(1), 125–145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>.
- Doron, C. (2015). *L'«émergence du concept de «santé mentale dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique»*. Champ social, «Pratiques en santé mentale», 2015/1 61e année: 3-16.
- Drugs for Leaders? (8 de Septiembre de 1971). *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1971/09/08/79690853.html?pageNumber=44>
- Eckholm Erik. (7 de Mayo de 1985). Fight over animal experiments gains intensity on many fronts. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1985/05/07/221123.html>
- Egan, T. (14 de Agosto de 1999). Racist Shootings Test Limits Of Health System, and Laws. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1999/08/14/052914.html>
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatiga de ser uno mismo, depresión y sociedad*. Paris, Francia. Editorial, Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2001). *De la névrose à la dépression. Remarques sur quelques changements de l'individualité contemporaine*. ERES «Figures de la psychanalyse». 1(4): 25-41.
- Ehrenberg, A. (2004). *Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale*. Point de vue , Revue française des affaires sociales, no. 1, 2004, pp. 77-88.
- Ehrenberg, A. (2005). *L'autonomie, nouvelle règle sociale*. Entretien avec Alain Ehrenberg. Informations sociales. 6 (126), 112-115.

- Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Paris, Francia. Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2011). *La Crisis de lo Simbólico y el Declive de la Institución. ¿Cuáles son los Argumentos? ¿Cuál es la Alternativa Epistemológica?*.
- Ehrenberg, A. (2013). *La notion de pathologie sociale : un exercice de clarification*". In *Julia Christ et al. L' injustice sociale, quelles voies pour la critique?* Presses Universitaires de France. Pratiques théoriques. 129-148. ISBN9782130621089.
- Ehrenberg, A. (2014). *Santé mentale: l'autonomie est-elle un malheur collectif?* Esprit 99-108. DOI 10.3917/espri.1402.0099.
- Ehrenberg. (2004). *Conferencia "El Gran Vuelco"*. Traducido del francés.
- Ehrenreich, B. (2009). *Sonríe o muere: La trampa del pensamiento positivo*. Madrid, España. Turner Publicaciones.
- Eiroa-Orosa, F, & Rowe, M. (2017). *Taking the concept of citizenship in mental health across countries. Reflections on transferring principles and practice to different sociocultural contexts*. *Frontiers in Psychology*, 8(JUN).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01020>
- Eisenberg, L. (1993). *Salud mental infantil en las Américas: enfoque de salud pública*. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 114(5),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/16264>
- Electroshock Therapy Is Defended. (26 de Diciembre de 1989). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1989/12/26/842789.html>

Engel, L. (20 de Febrero de 1955). Survey of the present state of Psychiatry. *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1955/02/20/92625516.html>

Enrique, U. (2009). *The concept of mental health in Fromm's work*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 47(2), 153–162. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272009000200008>.

Experts divided on lie detector after 31 years of debating value; scientific and ethical merit still at issue. F. B. I. and Police Cautious in Use. (22 de Marzo de 1954). *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1954/03/22/84114018.html?pageNumber=19>

Fassin, D. (2018). *Life: A Critical User's Manual*. Nueva Jersey, Estados Unidos. Editorial, Wiley.

Feldman, S. (1977). *Administración en salud mental: enfoques, problemas y perspectivas*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 82(1), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16168>

Feldman, S. (1985). *Enfermedad mental y economía*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 98(3), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15857>

Fernández, B. (2012). *Salud mental: un concepto polisémico*. Revista Uruguaya de Enfermería. Disponible en:

<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/65/63>.

Fine, B. (16 de Octubre de 1956). Races declared equal in brains. *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1956/10/16/87210966.html>

Finnerty, A. (6 de Abril de 1997). Shop Till You Pop. *The New York Times*,

<https://www.nytimes.com/1997/04/06/magazine/shop-till-you-pop.html?searchResultPosition=497>

- For Now, Psychologists Can't Prescribe Prozac. (14 de Febrero de 1996). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1996/02/14/042730.html?pageNumber=20>
- Foucault, M. (1978). *Microfísica del Poder*. Ciudad de México, México. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1979). *La Naissance de la biopolitique*. Cours au Collège de France (1978-1979). Bordeaux, Francia. Editorial, Gallimard.
- Foucault, M. (1982). *Hermenéutica del Sujeto*. Madrid, España. Editorial, Endymion.
- Foucault, M. (2019). *Historia de la Sexualidad IV: Las Confesiones de la Carne*. Madrid, España. Editorial, Siglo XXI de España Editores.
- Franks, L. (7 de Mayo de 1974). Homosexuals as Foster Parents: Is New Program an Advance or Peril? *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1974/05/07/99421790.html>
- Freeman, L. (1 de Septiembre de 1951). Care outside jail urged in sex cases. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1951/09/01/82033953.html>
- Freeman, L. (1 de Septiembre de 1951). Mental aid study on results urged. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1951/09/02/105216501.html>
- Freeman, L. (1 de Septiembre de 1952). Ethics code ready for psychologists. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1952/09/01/84351295.html>
- Freeman, L. (12 de Mayo de 1951). Wrongdoing laid to unhappy homes; crime study of juveniles and women leads to same source, psychiatrists are told. *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1951/05/12/89435269.html?pagenumber=18>

Freeman, L. (18 de Enero de 1951). Public psychiatry urged upon nation; One Expert to Every 20,000 Persons. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1951/01/18/84831357.html>

Freeman, L. (2 de Mayo de 1950). Neuroses fewest in war-torn lands. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1950/05/02/94256990.html?pagenumber=23>

Freeman, L. (2 de Septiembre de 1952). Free advice urged on psychologists. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1952/09/02/84351845.html>

Freeman, L. (3 de Septiembre de 1951). Psychologists get ethics code draft. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1951/09/03/82034523.html?pagenumber=15>

Freeman, L. (4 de Septiembre de 1950). Psychologists set war on charlatan. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1950/09/04/96216747.html?pagenumber=13>

Freeman, L. (6 de Septiembre de 1950). U.S. urged to wage a war of nerves; after a white house conference. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1950/09/06/94272822.html>

Freeman, L. (9 de Septiembre de 1950). Psychologists act against dianetics. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1950/09/09/86456302.html>

- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Madrid, España. Editorial, Alianza Editorial.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la Cultura*. Madrid, España. Editorial, Alianza Editorial.
- Freudenheim, M. (17 de Febrero de 1998). Psychiatric Drugs Are Now Promoted Directly to Patients. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1998/02/17/607169.html>
- Furman, B. (10 de Marzo de 1955). New cure sought for mentally ill. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1955/03/10/93729822.html?pageNumber=27>
- Furtado, J , Oda, W, Borysow, I, & Kapp, S. (2016). *The concept of territory in Mental Health*. In *Cadernos de saude publica* (Vol. 32, Issue 9, p. e00059116).
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>.
- Gadamer, H. (1993). *Verdad y Método Tomo I*. Salamanca, España. Editorial, Sígueme.
- Galderisi, S, Heinz, A, Kastrup, M, Beezhold, J, & Sartorius, N. (2015). *Toward a new definition of mental health*. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 231–233.
<https://doi.org/10.1002/wps.20231>.
- Galvin, R. (14 de Agosto de 1977). Ideas&Trends Psychology. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1977/08/14/83728208.html?pageNumber=143>
- Gambling as a Disorder. (5 de Noviembre de 1979). *The New York Times*,
<https://www.nytimes.com/1979/11/05/archives/gambling-as-a-disorder.html?searchResultPosition=589>

Giddens, A. (2004). *La Transformación de la Intimidad: Sexualidad, Amor y Erotismo en las Sociedades Modernas*. Madrid, España. Editorial, Catedra.

Global Coordinating Group for the Mental Health Programme. (1986). *Report of the sixth meeting of the Global Coordinating Group for the Mental Health Programme, 9-13 December 1985, Copenhagen*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61337>

Goldberg, C. (17 de Noviembre de 1998). Listening to Dr. Prozac; From Depression to Separation, a Therapist Resists Easy Answers. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1998/11/07/729981.html>

Goleman, D. (1 de Agosto de 1995). Severe Trauma May Damage The Brain as Well as the Psyche. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1995/08/01/822095.html>

Goleman, D. (1 de Septiembre de 1987). New Research Illuminates Self-Defeating Behavior. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1987/09/01/564687.html>

Goleman, D. (10 de Mayo de 1993). Mental Health Professionals Worry Over Coming Change in Health Care. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1993/05/10/527693.html?pagenumber=15>

Goleman, D. (10 de Septiembre de 1991). Therapists See Religion as Aid, Not Illusion. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1991/09/10/983191.html?pagenumber=39>

Goleman, D. (11 de Noviembre de 1986). For mentally ill on the street, a new approach shines. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1986/11/11/866086.html?pagenumber=47>

Goleman, D. (11 de Septiembre de 1984). Therapists find many achievers feel they're fakes. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1984/09/11/168091.html>

Goleman, D. (14 de Agosto de 1990). Research Probes What the Mind Senses Unaware. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1990/08/14/002690.html?pagenumber=41>

Goleman, D. (14 de Diciembre de 1989). Manual on treatment under professional fire. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1989/12/14/659289.html?pagenumber=623>

Goleman, D. (14 de Diciembre de 1994). Push is on for family doctors to spot psychiatric problems. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1994/12/14/105333.html?pagenumber=57>

Goleman, D. (16 de Octubre de 1990). How viewers grow addicted to television. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1990/10/16/794990.html?pagenumber=51>

Goleman, D. (19 de Noviembre de 1987). Health: Psychology; When Do a Therapist's Actions Cross Over the Line? *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1987/11/19/758387.html?pagenumber=44>

Goleman, D. (2 de Agosto de 1990). The Quiet Comeback of Electroshock Therapy. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1990/08/02/797790.html>

Goleman, D. (2 de Octubre de 1991). When ugliness is only in patient's eye, body image can reflect mental disorder. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1991/10/02/850691.html?pagenumber=60>

Goleman, D. (20 de Noviembre de 1984). Psychologists start to take the measure of love. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1984/11/20/095512.html>

Goleman, D. (20 de Octubre de 1988). Psychologists Gain Entry to Institutes. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1988/10/20/023888.html?pagenumber=43>

Goleman, D. (26 de Agosto de 1986). Nondrug therapy eases panic attacks. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1986/08/26/509786.html>

Goleman, D. (27 de Agosto de 1985). Emotional support has its destructive side. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1985/08/27/217153.html?pagenumber=43>

Goleman, D. (30 de Abril de 1985). Social workers vault into a leading role in psychotherapy. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1985/04/30/203738.html>

Goleman, D. (5 de Mayo de 1990). Schizophrenia Drug Hailed, Except for Cost. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1990/05/15/723790.html?pagenumber=48>

- Goleman, D. (6 de Diciembre de 1990). Women's Depression Rate Is Higher. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1990/12/06/098590.html>
- Goleman, D. (6 de Octubre de 1988). Health: Psychology; Aggression in Children Can Mean Problems Later. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1988/10/06/080088.html>
- Goleman, D. (8 de Diciembre de 1992). A Rising Cost Of Modernity: Depression. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1992/12/08/784092.html?pagenumber=49>
- Goleman, D. (8 de Mayo de 1996). Why Some Overcome Trauma and Others Do Not. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1996/05/08/031089.html>
- González, R. (1976). *Salud mental en América Latina: problemas y perspectivas*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 81(2),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/17540>
- Gorman, M. (29 de Diciembre de 1957). 'Open Hospitals' for the Mentally Ill; American psychiatry is studying methods of part-time treatment for some types of patients in their normal environment instead of shutting them away in institutions. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1957/12/29/90880270.html?pagenumber=119>
- Graham, P. & Orley, J. (1998). *WHO and the mental health of children*. *World health forum 1998 ; 19(3) : 268-272*. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/55875>

- Greenhouse, L. (28 de Febrero de 1990). Court upholds forced treatment of mentally ill by prison officials. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1990/02/28/692790.html>
- Grob, G. (1987). *The Mental Hygiene Movement*. En *Mental Illness and American Society, 1875-1940* (capítulo 6, pp. 144-178). Princeton: Princeton University Press. Traducción: María Laura Moukarzel. Revisión: Hernán Scholten y Agustín Kripper.
- Gross, J. (11 de Junio de 1986). New York court says mentally ill have right to refuse medication. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1986/06/11/390386.html>
- Growth of Legal Gaming Places Focus on Pathological Gamblers. (7 de Octubre de 1979). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1979/10/07/112124376.html>
- Grupo Científico sobre Bioquímica de los Trastornos Mentales de la OMS y Organización Mundial de la Salud. (1969). *Bioquímica de los trastornos mentales: informe de un grupo científico de la OMS [reunión celebrada en Ginebra del 28 de octubre al 2 de noviembre de 1968]*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37316>
- Grupo de estudio colaborativo de la OMS sobre estrategias para ampliar la atención de salud mental. (1984). *Atención de salud mental en los países en desarrollo : análisis crítico de los resultados de las investigaciones, informe de un Grupo de Estudio de la OMS [se reunió en Ginebra del 15 al 21 de septiembre de 1981]*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38762>
- Grupo de estudio sobre los aspectos de salud mental de los usos pacíficos de la energía atómica OMS & la Organización Mundial de la Salud. (1957). *Aspectos de salud mental de los usos pacíficos de la energía atómica: informe de un grupo de estudio [reunión celebrada en Ginebra del 21 al 26 de octubre de*

1957]. Organización Mundial de la Salud,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/40409>

Han, B. (2021). *La sociedad paliativa: el dolor hoy*. Barcelona, España. Editorial, Herder.

Han, B. (2014). *Psychopolitics: Neoliberalism and New Technologies of Power*. New York City, EEUU. Verso Books.

Hargreaves, G. (1955). *La colaboración de los servicios de higiene mental y los de salud pública*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 38(5),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/14345>

Harrison, E. (1 de Mayo de 1956). Psychiatry asks help of religion; a.p.a. head calls for 'active cooperation'. The New York Times,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1956/05/01/84691178.html?pageNumber=30>

Harrison, E. (1 de Septiembre de 1963). Children found in mental 'war'. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1963/09/01/140337432.html>

Harrison, E. (10 de Mayo de 1961). Therapy speeded in mental cases; 87% go home in 3 weeks. The New York Times,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1961/05/10/97238251.html?pageNumber=48>

Harrison, E. (13 de Mayo de 1960). Menninger hits at death penalty; no one is sane enough to be executed. The New York Times,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1960/05/13/105192169.html?pageNumber=27>

Harrison, E. (19 de Julio de 1964). Gains are found in mental tests; new methods called better for minority groups. *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1964/07/19/119436517.html?pageNumber=38>

Harrison, E. (2 de Diciembre de 1962). Tv show assailed by psychologists. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1962/12/02/89893490.html?pageNumber=84>

Harrison, E. (21 de Octubre de 1959). Families chided on care of aging. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1959/10/21/80601658.html>

Harrison, E. (3 de Mayo de 1956). Biochemist seen aiding mind ill. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1956/05/03/86567058.html>

Harrison, E. (30 de Abril de 1959). Expert reports on u. s. spacemen. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1959/04/30/89188670.html>

Harrison, E. (31 de Agosto de 1957). Man tells women they lack rights; psychologists hear plea for change in 'typical' male attitude of prejudice. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1957/08/31/84757949.html>

Harrison, E. (31 de Agosto de 1962). Personal traits cited in suicides. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1962/08/31/175387262.html>

Harrison, E. (5 de Septiembre de 1959). Therapists clash on concept of sin. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1959/09/05/80549121.html?pageNumber=18>

- Harrison, E. (6 de Mayo de 1956). Psychiatry's tie to science noted. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1956/05/06/109362535.html?pageNumber=47>
- Harrison, E. (9 de Mayo de 1961). Warning is given to psychiatrists; they are urged to retain basic medical skills. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1961/05/09/118037992.html?pageNumber=52>
- Harrison, E. (9 de Septiembre de 1959). Soldiers in study put under stress. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1959/09/09/83687596.html?pageNumber=48>
- Harvard University & Pan American Health Organization. (1995). *Salud Mental- Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos*. Pan American Health Organization.
- Hendren, R., Birrell W., Rona, O., & WHO Division of Mental Health. (1994). *Mental health programmes in schools*. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/62308>
- Hill, G. (6 de Septiembre de 1964). Self-image held harming negroes. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1964/09/06/118536933.html?pageNumber=35>
- Hill, G. (8 de Septiembre de 1964). Psychologists Say Teen-Agers Rioted in a Quest for 'Identity'. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1964/09/08/106983143.html?pageNumber=21>

Holland, K. (2018). *Lay theories and criticisms of mental health news: elaborating the concept of biocommunicability*. *Disability and Society*, 33(8), 1327–1348. <https://doi.org/10.1080/09687599.2018.1487831>.

Homosexuals Disrupt Psychiatrists' Parley. (15 de Mayo de 1970). *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1970/05/15/78127878.html?pageNumber=38>

Honneth, A. (2010). *Reconocimiento y menosprecio sobre la fundamentación normativa de una teoría social*. Madrid, España. Editorial, Katz.

Horwitz, A. (1962). *Propósito y proyecciones del Seminario Latinoamericano de Salud Mental*. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 54(6), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15181>

Horwitz, J. & Marconi, J. (1966). *El problema de las definiciones en el campo de la salud mental : Definiciones aplicables en estudios epidemiológicos*. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 60(4), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15330>

Horwitz, J. (1962). *Epidemiología de los problemas de salud mental*. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 54(6), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15178>

Hovaguimian, T. & Junod, J. (1986). *Mental health in old age: a model for concerted action by WHO and university hospitals*. *WHO Chronicle 1986 ; 40(4) : 141-148*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/49858>

How to recognize danger signs of depression; enough stigma. (4 de Enero de 1989). *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1989/01/04/441489.html?pageNumber=20>

- Hudgens, R. (1971). *Servicios de salud mental de un país en vías de desarrollo. Progresos realizados y obstáculos surgidos en los programas psiquiátricos públicos de Honduras*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 71(3), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10970>
- Huerta, G., Maestro, Á., Rendueles, G., Fernández, A., Mata, I. (2017). *Salud Mental y Capitalismo*. Madrid, España. Editorial, Cisma.
- Huertas, R. (2008). *Los Laboratorios de la Norma: Medicina y Regulación Social en el Estado Liberal*. Madrid, España. Editorial CSIC y Ediciones Octaedro.
- Huertas, R. (2014). *¿Qué sabemos de? La Locura*. Madrid, España. Editorial, Catarata.
- Huertas, R. (2017). *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina*. Madrid, España. Editorial, Catarata.
- Hunt, M. (30 de Agosto de 1987). Navigating the therapy maze; a consumer's guide to mental health treatment. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1987/08/30/825387.html>
- Illouz, E (2014). *El Futuro del Alma*. Madrid, España. Editorial, Katz Editores.
- Illouz, E. & Cabanas, E. (2019). *Happycracia*. Madrid, España. Editorial Planeta.
- Illouz, E. (2019). *La salvación del alma moderna*. California, Estados Unidos. Editorial, University of California Press.
- Illson, M. (10 de Septiembre de 1953). Society's attitude on aging decried. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1953/09/10/84055531.html?pageNumber=35>
- Illson, M. (13 de Mayo de 1955). Aged folk crowd mental centers; emotionally well old people should not be put there, psychiatrists are told. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1955/05/13/80773341.html?pageNumber=23>

- Illson, M. (5 de Septiembre de 1953). Atomic neurosis feared for young. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1953/09/05/84423221.html?pageNumber=12>
- Illson, M. (6 de Mayo de 1953). Lobotomies stir conflicting views; psychiatric association hears results of studies of brain operation on psychotics. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1953/05/06/84603748.html?pageNumber=45>
- Illson, M. (7 de Mayo de 1953). Erring son linked to absent father; masculine influence is needed by boys, psychiatrist says at los angeles meeting. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1953/05/07/96619331.html?pageNumber=34>
- Illson, M. (9 de Septiembre de 1954). Psychologists act to curb quackery. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1954/09/09/84133676.html?pageNumber=33>
- Informal Consultation on the Quality Assurance of Mental Health Care (1990). *Quality assurance in mental health : summary report / Informal Consultation on the Quality Assurance of Mental Health Care, Geneva, 10-12 September 1990*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59042>
- Instituto de Seguros Sociales. (1995). *Salud Mental y Comercio*. Editado con el Apoyo de la Federación Nacional de Comerciantes.
- Instituto de Seguros Sociales. (1995). *Salud Mental y los Tenderos*. Editado con el Apoyo de la Federación Nacional de Comerciantes.

Instituto de Seguros Sociales. (1995). *Salud Mental y Trabajo*. Editado con el Apoyo de la Federación Nacional de Comerciantes.

Issue and Debate. (11 de Junio de 1982). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1982/06/11/201516.html#>

Jaffe, N. (10 de Julio de 1966). Favoritism found in mental health; psychological unit charges programs don't aid poor. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1966/07/10/82479521.html>

Jahoda, C. (2012). *Concepts of positive mental health*. New York: Arno Press; Vaillant GE. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*.;11(2):93-9.

Janca, A., Chandrashekar, C. & WHO Division of Mental Health. (1993). *Catalogue of assessment instruments used in the studies coordinated*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59632>

John, A., Leite-Ribeiro, M., Buckle, D. & Organización Mundial de la Salud . (1965). *La enfermera en la práctica de la salud mental: informe sobre una conferencia técnica, Copenhague, 15-24 de noviembre de 1961*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39733>

Johnsen, J., Biegel, D., & Shafran, R. (2000). *Concept mapping in mental health: Uses and adaptations*. *Evaluation and Program Planning*, 23(1), 67–75.
[https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(99\)00038-5](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(99)00038-5).

Johnson, J. (7 de Marzo de 1989). Elderly Suffer Mental Ills Without Hope of Aid. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1989/03/07/824989.html?pagenumber=21>

Joint UN/WHO Meeting of Experts on the Mental-health Aspects of Adoption, World Health Organization & United Nations. (1953). *Joint UN/WHO Meeting of Experts on the Mental-Health Aspects of Adoption : final report [of a meeting*

- held in New York from 15 to 20 September 1952].* World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38625>
- Jones, M. (1952). *Social Psychiatry: A study of therapeutic Communities*. Londres, Reino Unido. Editorial, Routledge.
- Jorm, A. (2015). *Why We Need the Concept of "Mental Health Literacy."* Health Communication, 30(12), 1166–1168 <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037423>.
- Kant, R. (1955). *Proyecto de integración de higiene mental en los cursos de enfermería*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 41(1), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/12219>
- Kant, R. (1956). *Reorientación del programa básico de enfermería para una mejor integración de los principios de la higiene mental*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 41(4), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/12238>
- Kennedy, E. (6 de Diciembre de 1970). The american psychological association's convention discussed. the soma-environmental revolution, pornography, synergistic, consciousness. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1970/12/06/105325598.html?pageNumber=307>
- Kihss, P. (24 de Septiembre de 1975). Psychiatrists Fear Gun Episodes Will Be Contagious. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1975/09/24/80061810.html>
- Koekebakker, J. (1955). *Mental health and group tensions*. Bulletin of the World Health Organization, 13 (4), 543 – 550, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/265646>
- Koselleck, R. (1993). *Futuro y Pasado. Para una Semántica de los tiempos históricos*. Madrid, España. Editorial, Paidós.

- Koselleck, R. (2000). *Los estratos del tiempo: estudios sobre la historia*. Madrid, España. Editorial, Paidós.
- Koselleck, R. (2007). *Crítica y crisis. Un estudio sobre la patogénesis del mundo burgués*. Madrid, España. Editorial, Trotta.
- Koselleck, R. (2012). *Historias de conceptos. Estudios sobre semántica y pragmática del lenguaje político y social*. Madrid, España. Editorial, Trotta.
- Koselleck, R. & Gadamer, H. (1997). *Historia y hermenéutica*. Heidelberg, Alemania. Editorial, Paidós
- Lajoie, C., Poleksic, J., Bracken-Roche, D., MacDonald, M., & Racine, E. (2020). *The Concept of Vulnerability in Mental Health Research: A Mixed Methods Study on Researcher Perspectives*. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 15(3), 128–142. <https://doi.org/10.1177/1556264620902657>.
- Lambert, D. (1 de Septiembre de 1987). Psychologists Back Koch's Policy On Hospitalizing Homeless People. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1987/09/01/593687.html?pageNumber=1>
- Laval, C. & Dardot, P. (2013). *La Nueva Razón del Mundo: Ensayo Sobre la Sociedad Neoliberal*. Madrid, España. Editorial, Gedisa.
- Le Bon, G. (1895). *La muchedumbre: un estudio de la mente popular*. Madrid, España. Editorial, Alianza Editorial.
- Leary, W. (21 de Abril de 1993). Doctors Urged to Look For Signs of Depression. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1993/04/21/822093.html>
- Lemkau, P. (1962). *Enseñanza de la salud mental*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 54(6), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15175>

- León, C. (1976). *Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 81(2), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17545>
- Limit on hypnosis is recommended; psychiatric body gives official stand its uses as a medical practice. (5 de Marzo de 1961). The New York Times, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1961/03/05/302014532.html>
- Lindemann, E. (1959). *The relation of drug-induced mental changes to psychoanalytical theory*. Bulletin of the World Health Organization, 21 (4-5), 517 – 526, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/265530>
- Ling, T. (1956). *La salud mental en la industria*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 41(6), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/12225>
- Lopera, J. (2012). *Salud mental y sabiduría práctica. Un intento de integración y aproximación conceptual*. Tesis Psicológica, núm. 7, enero-junio, pp. 60-75.
- Lopera, J. (2014). *Sabiduría práctica y salud psíquica*. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales. Bogotá, Colombia. Editorial, San Pablo - Fondo Editorial Universidad Eafit, 2016.
- Lopera, J. (2015). *El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 32 (supl 1):S11-S20.
- Lustig, S., Malomane, E. & Tollman, S. (1997). *A support group for mentally ill people*. World health forum. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55224>
- Lyons, R. (16 de Diciembre de 1973). Psychiatrists, in a shift, declare homosexuality no mental illness. The New York Times, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1973/12/16/91054444.html?pageNumber=1>

Lyons, R. (30 de Octubre de 1984). How release of mental patients began. *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1984/10/30/044932.html>

Lyotard, J. (1986). *La posmodernidad*. Madrid, España. Editorial Gedisa.

Machlowitz, M. (28 de Junio de 1981). Psychologists' revised ethics code comes to grip with reality. *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1981/05/05/112646.html>

Mansnerus, L. & Roberts, K. (6 de Julio de 1986). Ideas & trends; psychiatrists versus feminists. *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1986/07/06/issue.html>

Marsella, A. & Freeman, H. (1991). Keeping a mental balance. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/48551>

May, A. & World Health Organization. (1976). *Mental health services in Europe : a review of data collected in response to a WHO questionnaire*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37610>

May, A., Kahn, J., Cronholm, B. & Organización Mundial de la Salud. (1969). *Salud mental de adolescentes y jóvenes: informe sobre una conferencia técnica, Estocolmo, 9-13 de junio de 1969*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37806>

McCormick, M. & WHO Division of Mental Health. (1994). *Lani strip cartoons for mental health promotion in the mass media*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62160>

McLoughin, K. (2017). *Whole Health Begins With Mental Health: A Concept Whose Time Has Come*. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 23(1), 77. <https://doi.org/10.1177/1078390316680359>.

Mental care cuts by v.a. protested. (4 de Febrero de 1950). The New York Times, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1950/02/04/89712783.html?pageNumber=9>

Mental hospitals scored on staffs. (27 de Diciembre de 1957). The New York Times, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1957/12/27/107173851.html?pageNumber=38>

Mental Illness Is Reported Main U.S. Health Problem. (3 de Agosto de 1975). *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1975/08/03/356339402.html?pageNumber=44>

Mifflin, L. (9 de Mayo de 1999). Many researchers say link is already clear on media and youth violence. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1999/05/09/612502.html?pageNumber=28>

Ministerio de Salud Pública & División de Salud Mental. (1976). *Manual General de Organización Modelo Normativo Para Hospital Psiquiátrico*.

Ministerio de Salud Pública & División de Salud Mental. (1976). *Macrodiagnóstico de Salud Mental del año 1974*.

Ministerio de Salud Pública & División de Salud Mental. (1982). *Macrodiagnóstico de Salud Mental Subsector Oficial Directo del año 1981*.

Ministerio de Salud Pública & División de Salud Mental. (1986). *Macrodiagnóstico de Salud Mental Subsector Oficial Directo del año 1983, 1984 y 1985*. Editado con el Apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

- Ministerio de Salud Pública & División de Salud Mental. (1988). *Macrodiagnóstico de Salud Mental Subsector Oficial Directo y Privado del año 1986 y 1987*.
- Ministerio de Salud Pública. (1967). Normas y Reglamento Interno para Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales. Resolución 0679.
- Ministerio de Salud Pública. (1975). *Por la cual se crean Consejos Asesores de Salud Mental en los Servicios Seccionales de Salud*. Resolución 1167.
- Ministerio de Salud Pública. (1982). *Por el cual se adopta el Manual General de Organización del Modelo Normativo para Enfermería en el Programa de Salud Mental a Nivel Local*. Resolución 8186.
- Ministerio de Salud Pública. (1992). *Plan Nacional de Salud Mental*. La Salud a la luz de la Salud Mental.
- Ministerio de Salud Pública. (1992). *Por el cual se adoptan los Derechos de las Personas con Trastornos Mentales*. Resolución 2417.
- Ministerio de Salud Pública. (1993). *Primer Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 1993*. Editado con el Apoyo del Fondo Nacional de Estupefacientes.
- Ministerio de Salud Pública. (1994). *Por el cual se adoptan Medidas Sanitarias en Desarrollo de Políticas de Salud Mental*. Resolución 3913.
- Ministerio de Salud Pública. (1997). *Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 1997*. Editado con el Apoyo del Fondo Nacional de Estupefacientes.
- Ministerio de Salud Pública. (1998). *Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*. Resolución 2358.
- Mohit, A., Saeed, K., Shahmohammadi, D., Bolhari, J., et al. (1999). *Mental health manpower development in Afghanistan: a report on a training course for*

primary health care physicians. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/118719>

Monckeberg, F. (1973). *Malnutrition and mental capacity*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 72(1),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/11887>

Moncrieff, J. (2008). *Neoliberalism and biopsychiatry: A marriage of convenience*. Editorial, Cambridge University Press.

More fear of death is found in doctors. (4 de Septiembre de 1967). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1967/09/04/82603046.html>

Morris, N. (3 de Marzo de 1985). Who knows who will commit crimes? *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1985/03/03/059242.html>

Muñoz, C., Restrepo, D. & Cardona, D. (2016). *Construcción del concepto de salud mental positiva: Revisión Sistemática*. In Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health (Vol. 39, Issue 3, pp. 166–173). Pan American Health Organization. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27754527/>

Narváez, G. (1973). *Programa de salud mental comunitaria en México*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 75(5),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/10816>

Naveillan, P. (1976). *Salud mental ocupacional*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 80(2), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17566>

Neghme, A. (1972). *La psiquiatría y la salud mental en medicina y en la enseñanza médica*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 72(1),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/10915>

- Nelson, B. (10 de Mayo de 1983). Nation's psychiatrists give 'high priority' to the homeless. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1983/05/10/155061.html>
- Nelson, B. (22 de Noviembre de 1982). Efforts widen to curb sexual abuse in therapy. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1982/11/23/050578.html>
- New Approach to Mental Health. (31 de Mayo de 1963). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1963/05/31/90549064.html>
- New 'mood-lifting' pill drives the blues away. (4 de Mayo de 1954). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1954/05/04/84119843.html?pageNumber=16>
- Nietzsche, F. (1887). *La Genealogía de la Moral*. Madrid, España. Editorial Fondo de Cultura Económico.
- No.1 problem' seen as mental health. (7 de Febrero de 1950). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1950/02/07/82084834.html?pageNumber=21>
- Nobile, P. (10 de Octubre de 1976). A Controversial Discipline. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1976/10/10/79716221.html?pageNumber=181>
- Okasha, A. (1999). *Mental health services in the Arab World*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/118699>
- OMS Consejo Ejecutivo. (1959). *Sexto informe del Comité de Expertos en Estadística Sanitaria*. Organización Mundial de la Salud,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/105909>

- OMS Consejo Ejecutivo. (1960). *Año Mundial de la Salud Mental*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/106422>
- OMS Consejo Ejecutivo. (1988). *Prevención de los trastornos mentales, neurológicos y psicosociales: informe del Director General*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/188409>
- OMS Junta Ejecutiva. (1958). *Comunicación de la Federación Mundial de Salud Mental*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131877>
- Organización Mundial de la Salud & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1978). *ALMA-ATA 1978. Atención Primaria de Salud*. Organización Mundial de la Salud, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence>
- Organización Mundial de la Salud. (1990). *La Introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Organización Mundial de la Salud,
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Trastornos mentales y del comportamiento : tablas de conversión entre la CIE-8, la CIE-9 y la CIE-10*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61595>
- Organización Mundial de la Salud. (1997). *La Salud mental de los refugiados*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41998>
- Ortiz, W. (2022). Caponi, Sandra. *Uma sala tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença*. São Paulo: Liber Ars, 2019, 216 p. *Historia Y Memoria*, (25), 397–404.
- Pan American Health Organization. (1931). *La higiene mental*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);
- Pan American Health Organization. (1934). *L'assistance mentale aux Colonies Françaises d'Amérique*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 13(6), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10169>

- Pan American Health Organization. (1939). *Higiene Mental*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 18(5),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/14921>
- Pan American Health Organization. (1962). *Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 54(6),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/48053>
- Pan American Health Organization. (1963). *Research on Mental Health in Latin America*. Pan American Health Organization,
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/40652>
- Pan American Health Organization. (1963). *Segundo Seminario Latinoamericano de Salud Mental*. Pan American Health Organization,
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/1140>
- Pan American Health Organization. (1965). *Malnutrition and mental development*. Pan American Health Organization, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/47579>
- Pan American Health Organization. (1966). *Epidemiological studies in mental health*. Pan American Health Organization, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/47555>
- Pan American Health Organization. (1966). *Programa de salud mental*. Pan American Health Organization, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/46961>
- Pan American Health Organization. (1968). *Nutrition, physical growth and mental development*. Pan American Health Organization,
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/47502>
- Pan American Health Organization. (1969). *Grupo de Trabajo sobre la Administración de Servicios Psiquiátricos y de Salud Mental, Viña del Mar, Chile, 14-19 de abril de 1969*. Pan American Health Organization,
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/48017>

- Pan American Health Organization. (1974). *Enseñanza de la salud mental en las Escuelas de Medicina de la América Latina: primer informe del Comité de Expertos de la OPS/OMS*. Educación Médica y Salud; 8(4), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/48060>
- Pan American Health Organization. (1974). *Programa sobre salud mental, alcoholismo y farmacodependencia*. Pan American Health Organization, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/46742>
- Pan American Health Organization. (1977). *Noticias sobre salud mental*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 83(1), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/12676>
- Pan American Health Organization. (1981). *Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS para la Enseñanza de la Psiquiatría y la Salud Mental*. Educación Médica y Salud; 15(2), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/39446>
- Pan American Health Organization. (1983). *El lugar de la investigación en el Programa Regional de Salud Mental*. Pan American Health Organization, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/48916>
- Pan American Health Organization. (1984). *Recommendations of the Caribbean Conference on Health/Mental Health Models*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 18(4), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/27309>
- Pan American Health Organization. (1988). *Atención en salud mental para víctimas de desastres: Actividades desarrolladas en Armero, Colombia*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 104(6), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17835>
- Pan American Health Organization. (1989). *La iniciativa de Caracas en salud mental, alcoholismo y farmacodependencia*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 107(1), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17708>

- Pan American Health Organization. (1989). *Salud mental para todos en América Latina y el Caribe : Bases epidemiológicas para la acción*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 107(3), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17695>
- Pan American Health Organization. (1990). *Declaración de Caracas*. Pan American Health Organization, https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Pan American Health Organization. (1993). *Grupo de Acción en Salud Mental: Centro América, Panamá y Belice*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 114(3), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16381>
- Pan American Health Organization. (1993). *Plan de acción regional sobre la salud mental del niño*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 114(3), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16380>
- Pan American Health Organization. (1994). *Guía para la Elaboración de Planes Nacionales de Salud Mental*. Pan American Health Organization.
- Pan American Health Organization. (1996). *I Grupo de Trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministerios de Salud de América Latina. Panamá, 10-14 de Junio*. Pan American Health Organization.
- Pan American Health Organization. (1997). *C120.R20: Mental Health*. Pan American Health Organization, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/20923>
- Pan American Health Organization. (1997). *CD40.R15: Mental Health*. Pan American Health Organization, <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD40-15-Espanol.pdf>
- Pan American Health Organization. (1997). *CD40.R19: Mental Health*. Pan American Health Organization, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/1634>
- Pan American Health Organization. (1998). *Selección de dos Estados Miembros facultados para designar un representante que forme parte del Comité*

Consultivo de Gestión del Programa de Acción de la OMS "Naciones en pro de la salud mental". Pan American Health Organization,
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/4367>

Pan American Health Organization. (1999). *Meeting of the Pan American Health Organization/World Health Organization Collaborating Centers in Mental Health in the Americas.* Pan American Health Organization,
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/48800>

Panel urges end to death penalty; psychiatrists told that it fails as a deterrent. (15 de Mayo de 1966). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1966/05/15/90214512.html?pageNumber=123>

Parents and teachers split on spanking. (16 de Agosto de 1989). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1989/08/16/915289.html>

Parry-Jones, W., Queloz, N. & WHO Division of Mental Health. (1991). *Mental health and deviance in inner cities.* World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/60491>

Pear, R. (19 de Agosto de 1992). M.D.'s Make Room for Others In Ranks of Psychoanalysts. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1992/08/19/943692.html?pageNumber=54>

Pear, R. (21 de Octubre de 1997). Wider Mental Health Benefits Threatened by Exemption Plan. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1997/10/21/716260.html>

Pear, R. (21 de Septiembre de 1989). U.S. Psychiatrists Reject Soviet Members for Group. *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1989/09/21/221889.html?pagenumber=15>

Pear, R. (24 de Abril de 1996). Disputed Issue In Senate Bill: Mental Care. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1996/04/24/099350.html?pagenumber=1>

Pear, R. (4 de Enero de 1987). For mentally ill, life on streets is no boom. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1987/01/04/163487.html?pagenumber=124>

Pinacchio, E. (2018). *Sobre el concepto de concepto en Reinhart Koselleck: entre las condiciones de la historia y la historia de las condiciones*. *Conceptos Históricos*. 4 (5), 2018. 48-71.

Pines, M. (14 de Mayo de 1982). Most psychiatrists urge not abandoning a child. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1982/05/14/136045.html>

Pines, M. (27 de Junio de 1982). Violence termed hard to foretell. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1982/06/27/238329.html>

Plumb, R. (10 de Octubre de 1958). Psychiatry looks to family doctor. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1958/10/10/83419059.html>

Prison held futile as crime remedy; u. s. psychiatrist at congress stresses early treatment of anti-social tendencies. (15 de Octubre de 1953). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1953/10/15/83737692.html?pagenumber=19>

Psychiatric tests asked for doctors; medical students get tough and so cannot be properly sympathetic. (12 de Junio de 1952). The New York Times, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1952/06/12/84323362.html>

Psychiatrists Advised To Be More Political. (8 de Mayo de 1965). The New York Times, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1965/05/08/101545667.html>

Psychiatrists air rightist attacks; mental health movement is debated at meeting. (6 de Mayo de 1964). The New York Times, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1964/05/06/106965728.html?pageNumber=24>

Psychiatrists Ask Congress to Halt Dismissal of 8,000. (6 de Marzo de 1950). The New York Times, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1950/03/06/94072180.html?pageNumber=20>

Psychiatrists Critical Of Cuban Actions. (14 de Octubre de 1980). *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1980/10/14/111300226.html?pageNumber=47>

Psychiatrists list hospital standards. (22 de Enero de 1952). The New York Times, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1952/01/22/93557923.html?pageNumber=15>

Psychological tests for leaders urged. (8 de Septiembre de 1950). *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1950/09/08/86453722.html?pageNumber=20>

Psychologist group elects its first negro president. (17 de Julio de 1969). *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1969/07/17/81554587.html?pageNumber=28>

Psychologists Advance Theories Of Sex Development. (4 de Septiembre de 1979).

The New York Times,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1979/09/04/111059234.html?pageNumber=37>

Psychologists' Ethics. (9 de Julio de 1950). *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1950/07/09/113164957.html>

Psychologists' group votes aid to black student organization give this article. (5 de Octubre de 1969). *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1969/10/05/81993551.html>

Psychologists Stir Dissent. (16 de Octubre de 1968). *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1968/10/16/88969720.html?pageNumber=44>

Psychologists to meet; 6,000 expected here for 62d convention Friday. (29 de Agosto de 1954). *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1954/08/29/92602680.html>

Psychologists warned to beware of empiricism. (7 de Septiembre de 1965). *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1965/09/07/96717648.html?pageNumber=28>

Psychology role for negro sought. (5 de Septiembre de 1963). *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1963/09/05/82146146.html?pageNumber=20>

Querido, A. (1962). *La salud mental en los planes de salud pública*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 54(6),

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/15173>

Qureshi, N., Abdelgadir, M., Al Ghamdy, Y., Al Haddad, N., et al. (1999). *Integration of mental health into primary care in Al-Qassim Region, Saudi Arabia: curriculum development II*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/118721>

Radicals disrupt psychologists' parley, demanding redirection. (2 de Septiembre de 1969). *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1969/09/02/89367149.html?pageNumber=35>

Raghavan, R., Coope, J., Jamwal, S., & Pendse, T. (2019). *Reflections on the use of mental health resilience concepts in migration and global mental health*. *International Journal of Mental Health*, 48(4), 299–308. <https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1708646>.

Rehn, J., & Chrysikou, E. (2020). *Developing concepts for early mental health prevention and treatment using the built environment*. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.977>.

Reid, D. & Organización Mundial de la Salud. (1964). *Métodos epidemiológicos en el estudio de los trastornos mentales*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37671>

Rensberger, B. (4 de Septiembre de 1971). Federal study says tv can make youths more violent. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1971/09/04/79690554.html?pageNumber=35>

Rensberger, B. (9 de Febrero de 1973). Psychiatrists Review Stand on Homosexuals. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1973/02/09/99118368.html?pageNumber=24>

- Research study planned. (6 de Octubre de 1952). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1952/10/06/93581580.html?pageNumber=33>
- Research urged in mental health; national group asks state to use \$10,470,000 a year on training program. (6 de Noviembre de 1955). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1955/11/06/93808732.html?pageNumber=56>
- Restrepo, J. (2012). *Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública*. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 30(2): 202-211.
- Richman, A. (6 de Septiembre de 1979). Environment Is Erudite As Psychologists Gather. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1979/09/06/140228442.html?pageNumber=24>
- Ricoeur, P. (1999). *Historia y Narratividad*. Barcelona, España. Editorial, Paidós.
- Riedel-Heller, S., Luppá, M., Seidler, A., Becker, T. & Stengler, K. (2013). *Psychische Gesundheit und Arbeit: Konzepte, Evidenz und Implikationen für Forschung und Praxis*. *Nervenarzt*, 84(7), 832–837. <https://doi.org/10.1007/s00115-012-3726-z>.
- Robert, K. (16 de Noviembre de 1956). 10% in cities said to be ill in mind. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1956/11/16/87220366.html?pageNumber=27>
- Robert, K. (6 de Julio de 1956). Psychiatry upset by 'peace' drugs. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1956/07/06/305787742.html?pageNumber=23>

- Roberts, C. (1962). *Rehabilitation of the Mentally Ill*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 54(6), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15177>
- Rosa, H. (2016). *Alienación y aceleración. Hacia una teoría crítica de la temporalidad en la modernidad tardía*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Katz.
- Rose, N. (1989). *Governing the soul: the shaping of the private self*. Londres, Inglaterra. Editorial, Free Association Books.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata, Argentina. Editorial, UNIPE: Editorial Universitaria. Capítulo VII, "El yo neuroquímico."
- Roth, M. (1959). *Mental health problems of aging and the aged*. Bulletin of the World Health Organization, 21 (4-5), 527 – 561, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/265526>
- Rotondo, H., Mariategui, J., Bambaren, C., Garcia, C. & Aliaga, P. (1962). *Personalidad básica, migración y salud mental*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 52(2), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15155>
- Rubin, N. (25 de Junio de 1978). Helping the Disturbed. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1978/06/25/110877095.html>
- Ruiz, M. (2019). *La condición humana asediada: la hermenéutica sociológica en Zygmunt Bauman en Perspectiva política y moral*. Medellín, Colombia. Editorial, Universidad Pontificia Bolivariana.
- Rusk, A. (1956). The Tranquilizer Fad; A Study of the Drugs and How Their Use Poses a Threat to Health of the Nation. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1957/02/10/93205607.html?pageNumber=47>
- Santiago, J., Bernaras, E. & Jaureguizar, J. (2020). *Salud mental positiva: Del concepto al constructo. Evolución histórica y revisión de teorías*. Revista

Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 7.

<https://doi.org/10.19131/rpesm.0256>.

Saraceno, B. (1998). *Nations for mental health*. *World Health*, 51 (5), 3 - 5. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331343>

Saraceno, B., Asioli, F., Tognoni, G. & Flores, M. (1988). *Laying foundations for improved care of the mentally ill*. *World health forum 1988* ; 9(4) : 542-545. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/51377>

Sartorius, N. & División de Salud Mental de la OMS. (1991). *El programa de salud mental de la Organización Mundial de la Salud*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58843>

Sartorius, N. & WHO Division of Mental Health. (1992). *Research activities in WHO's mental health programme*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61633>

Sartorius, N. (1983). *Mental health in the early 1980s: some perspectives*. *Bulletin of the World Health Organization*, 61 (1), 1 - 6. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/264822>

Sartorius, N. (1990). *Classifications in the field of mental health / Norman Sartorius*. *World health statistics quarterly 1990* ; 43(4) 269-272 . World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/53450>

Sartorius, N. (1993). *WHO's work on the epidemiology of mental disorders*. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology 1993* ; 28(4) : 147-155. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/52519>

Sartorius, N. (2015). *Mental health needs, 2015: Changes of concepts and consequences*. In *Psychiatry and Clinical Neurosciences* (Vol. 69, Issue 9, pp. 509–511). Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1111/pcn.12278>.

Sartorius, N., Ustün, T. & World Health Organization. (1995). *Mental illness in general health care : an international study*. Wiley,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/36937>

Schene, A., & WHO Nations for Mental Health Initiative. (1998). *Nations for Mental Health : recommendations for evaluation*. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/64222>

Schmeck, H. (5 de Noviembre de 1973). U.S. psychiatrist ends soviet visit. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1973/11/05/80811042.html?pageNumber=7>

Schmeck, H. (6 de Marzo de 1977). The Easy Access to Medical Records. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1977/03/06/75656747.html?pageNumber=150>

Schmeck, H. (9 de Abril de 1974). Psychiatrists Approve Change on Homosexuals. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1974/04/09/79624680.html?pageNumber=12>

Schumach, M. (31 de Marzo de 1974). Doctor decries psychiatric jails. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1974/03/31/93260480.html>

Schumacher, H. (1950). *Labores de higiene mental en un departamento de salubridad*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 29(10),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/11763>

Scientists study young slayers. (28 de Abril de 1959). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1959/04/28/80772213.html>

Scull, A. (2011). *Madness. A very Short Introduction*. Oxford, Reino Unido. Editorial, Oxford University Press

Seif El Din, A. (1996). *Evaluation of an educational training programme for the development of trainers in child mental health in Alexandria*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119450>

Semmel, R. (31 de Marzo de 1981). Depression appears to afflict thousands of children in U.S. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1981/03/31/064283.html>

Sexual Abuse by Therapists Still a Problem, Study Finds. (8 de Agosto de 1988). *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1988/08/02/564888.html?pagenumber=48>

Sharkey, J. (28 de Septiembre de 1997). It's a Mad, Mad, Mad, Mad World; You're Not Bad, You're Sick. It's in the Book. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1997/09/28/334685.html>

Sharkey, J. (29 de Diciembre de 1999). Word for Word/Mental Disorders; Defining the Line Between Behavior That's Vexing and Certifiable. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1999/12/19/957658.html>

Shen, Y. (1987). *Mental health care in China : a time of transition*. *World health forum* 1987 ; 8(3) : 379-382. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/49849>

Shenker, I. (10 de Mayo de 1969). Psychiatrists Say Youth Dissent Deserves Praise for Its Morality. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1969/05/10/78344821.html>

Shenker, I. (6 de Mayo de 1969). Negro and White Psychiatrists Halt 'Radical' White Disruption. *The New York Times*,

<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1969/05/06/88990449.html?pageNumber=94>

Shenker, I. (9 de Mayo de 1969). Racism is called health problem; negro psychiatrists make demands to association. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1969/05/09/88992691.html>

Shuster, A. (8 de Marzo de 1955). Mental illness rising steadily. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1955/03/08/93729360.html>

Silveira, L. & Braga, V. (2005). *About the concept of madness and its reflexes on mental health care*. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 13(4), 591–595.
<https://doi.org/10.1590/s0104-11692005000400019>.

Slade, M. & Biddle, W. (23 de Enero de 1983). Ideas and trends; psychiatry panel takes a stand on taking the stand. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1983/01/23/183506.html>

Sobel, D. (11 de Diciembre de 1979). New Psychiatric Definitions Expected to Affect Therapy. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1979/12/11/111125900.html?pageNumber=49>

Sobel, D. (2 de Septiembre de 1980). Psychologists for Industry Say They've Oversold Themselves *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1980/09/02/111285274.html?pageNumber=42>

Sobel, D. (29 de Junio de 1981). Surrogate mothers: why women volunteer. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1981/06/29/177184.html?pageNumber=21>

Somasundaram, D. & Van de Put, W. (1999). *Mental health care in Cambodia*. *Bulletin of the World Health Organization*, 77 (3), 275 - 277. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/267818>

Steinfels, P. (10 de Febrero de 1994). Psychiatrists' Manual Shifts Stance On Religious and Spiritual Problems. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1994/02/10/130109.html?pagenumber=16>

Stengel, E. (1959). *Classification of mental disorders*. *Bulletin of the World Health Organization*, 21 (4-5), 601 – 663, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/265534>

Stevens, W. (13 de Mayo de 1974). Psychiatrists Debate Private Rights and Public Safety. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1974/05/13/79659135.html>

Stiegler, B. (2018). *Il faut s'adapter. Sur un nouvel impératif politique*. Bordeaux, France. Editorial, Gallimard.

Study Finds Stress Ailment Mostly in Veterans. (25 de Diciembre de 1987). *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1987/12/25/326987.html?pagenumber=20>

Suicide attempt laid to one in 40; psychiatrist says 5 million in the u.s. have tried it. (5 de Mayo de 1964). *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1964/05/05/106965212.html?pagenumber=35>

Sullivan, R. (15 de Julio de 1986). Limits eased on committing the mentally ill. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1986/07/15/247686.html?pagenumber=31>

- Sullivan, W. (30 de Septiembre de 1980). Violent Pornography Elevates Aggression, Researchers Say. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1980/09/30/111175837.html?pageNumber=41>
- Survey says u.s. men back police gun use. (6 de Septiembre de 1971). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1971/09/06/79690598.html?pageNumber=23>
- Swirsky, J. (8 de Enero de 1995). New Kinds of Treatments Aiding Men With Potency Problems. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1995/01/08/856095.html>
- Talan, J. (19 de Mayo de 1985). Therapy: when and how should it end? *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1985/05/19/238947.html>.
- Tamminen, N., Solin, P., Barry, M., Kannas, L., Stengård, E. & Kettunen, T. (2016). A *systematic concept analysis of mental health promotion*. *International Journal of Mental Health Promotion*, 18(4), 177–198.
<https://doi.org/10.1080/14623730.2016.1204934>
- Tansella, M. (1998). *Gender differences in mental health*. *World Health*, 51 (5), 26 - 27. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331400>
- Tarnopolski, A. & McLean, E. (1979). *El ruido como problema de salud mental*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 87(2),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/17339>
- Taylor, C. (1991). *La Ética de la Autenticidad*. Madrid, España. Editorial Paidós.
- The A.P.A. ruling on homosexuality. (23 de Diciembre de 1973). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1973/12/23/91063889.html?pageNumber=109>

- Thirunavukarasu, M. (2011). *A utilitarian concept of manas and mental health*. Indian Journal of Psychiatry, 53(2), 99–110. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.82532>.
- Thirunavurakasu, M., Thirunavukarasu, P. & Bhugra, D. (2013). *Concepts of mental health: Definitions and challenges*. In International Journal of Social Psychiatry (Vol. 59, Issue 3, pp. 197–198). <https://doi.org/10.1177/0020764011422006>.
- Thompson, A. (23 de Marzo de 1953). Practice of psychotherapy; is said to require specialized skill and special training. The New York Times, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1953/03/23/84396266.html?pageNumber=22>
- Tito, E., Rudón, E. & Carvalho, F (2017). *Anempatía selectiva: un nuevo concepto en salud mental*. Hygiene Movement's 'Discursive Transformation'. Soc Hist Med 33(2):622-40. Disponible en: <https://academic.oup.com/shm/article/33/2/622/5187392>.
- Tizard, J. (1954). *La incidencia de la subnormalidad mental*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 37(3), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/12052>
- To improve mental health. (16 de Septiembre de 1950). The New York Times, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1950/09/16/87048963.html?pageNumber=13>
- Tolchin, M. (5 de Abril de 1989). Medical Groups Ask High Court to Reject Restrictions on Abortion. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1989/04/05/474789.html>
- Tranquilizing Drugs Credited With Rise In Redeases From State Mental Hospitals. (6 de Abril de 1956). The New York Times, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1956/04/06/121447897.html?pageNumber=27>

- U.S. psychiatrists urge soviet talk on dissidents. (12 de Septiembre de 1973). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1973/09/12/90962021.html?pageNumber=3>
- U.S. psychologists draw ethics code. (4 de Julio de 1950). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1950/07/04/84661539.html?pageNumber=10>
- Uzcátegui, R. (1986). *Salud mental: presentación del número especial*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 101(6),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/15790>
- Van Gelder, L. (2 de Julio de 1978). Minding the Business Of Others' Minds. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1978/07/02/110882834.html>
- Varga, S. (2018). *Embodied Concepts and Mental Health*. *Journal of Medicine and Philosophy*, 43(2), 241–260. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhx040>.
- Velasco, J. (1962). *La salud mental en las Américas : Documento de Trabajo*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 54(6),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/15179>
- Velasco, M. & Cabildo, H. (1962). *La salud mental y la evolución social*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 53(2),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/12505>
- Velasco, M. (1962). *El humanismo rector de la salud mental*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 54(6),
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/15180>
- Walęcka-Matyja, K. (2020). *Familism - The concept, measure and importance for mental health*. *Psychiatria Polska*, 54(4), 791–806.
<https://doi.org/10.12740/PP/108993>.

- Watson, R. (2 de Abril de 1978). Combating the Problem of Depression. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1978/04/02/110824111.html?pageNumber=397>
- Weare, K. & Gray, G. (1995). *Promoting mental and emotional health in the European Network of Health Promoting Schools: a training manual for teachers and others working with young people*. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349650>
- Webster, B. (27 de Septiembre de 1983). Issue and debate; should vivisection be abolished. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1983/09/27/191330.html?pageNumber=55>
- Wessel, M. (28 de Junio de 1981). For limiting a teacher's use of punishment. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1981/06/28/176979.html>
- What's in a name? michael and linda favored in Survey. (3 de Septiembre de 1967). *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1967/09/03/90591113.html?pageNumber=55>
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness*. New York, Estados Unidos de América. Editorial, Crown Publishing Group.
- Whitaker, R. (2011). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. New York City, EEUU. Editorial, Crown Publishing Group

- Whitley, R. (2015). *Global Mental Health: Concepts, conflicts and controversies*. In *Epidemiology and Psychiatric Sciences* (Vol. 24, Issue 4, pp. 285–291). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000451>.
- WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health. (1987). *Care for the mentally ill : components of mental health policies governing the provision of psychiatric services*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61570>
- WHO Comité régional de l'Europe. (1973). *Vingt-troisième session du Comité régional de l'Europe : Vienne, 11-15 septembre 1973 : programme à long terme dans le domaine de la santé mentale : propositions en vue de la poursuite du programme de 1976 à 1980*. Organisation mondiale de la Santé, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/358506>.
- WHO Division of Mental Health & African Mental Health Action Group. (1988). *Directory of training courses in mental health in Africa for the countries of the African Mental Health Action Group*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61752>
- WHO Division of Mental Health & DANIDA. (1987). *A programme for mental health in a country struggling for development : the Tanzanian experience, a report on the cooperation between the United Republic of Tanzania, the World Health Organization and the Danish International Development Agency*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62314>
- WHO Division of Mental Health & DANIDA. (1988). *Leadership development for mental health : report of a WHO workshop, Arusha, Tanzania, 2-14 August 1987*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61751>
- WHO Division of Mental Health & Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. (1992). *Refugee mental health : draft manual for field testing*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/60744>

- WHO Division of Mental Health & WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness. (1989). *Consumer involvement in mental health and rehabilitation services*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62368>
- WHO Division of Mental Health & WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness. (1992). *Innovative approaches in mental health care : psychosocial interventions and case management*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61851>
- WHO Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. (1996). *Public mental health : guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63293>
- WHO Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. (1996). *Global action for the improvement of mental health care: policies and strategies*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63625>
- WHO Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. (1996). *Mental health care law : ten basic principles : with annotations suggesting selected actions to promote their implementation*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63624>
- WHO Division of Mental Health. (1984). *The WHO Mental Health Programme bibliography : 1984*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58504>
- WHO Division of Mental Health. (1985). *The WHO Mental Health Programme bibliography, 1985*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59776>

- WHO Division of Mental Health. (1987). *Report of the Annual Programme Planning Meeting, Division of Mental Health, Geneva, 1-5 December 1986*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61318>
- WHO Division of Mental Health. (1990). *Selected documents and publications : Mental Health Programme, 1947 - 1990*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58517>
- WHO Division of Mental Health. (1991). *National perspectives on quality assurance in mental health care*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59230>
- WHO Division of Mental Health. (1992). *Annotated directory of mental health training manuals, 4th ed.* World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59138>
- WHO Division of Mental Health. (1992). *Mental health and aging : report on an informal consultation, Piacenza, Italy, 14-16 December 1992*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58566>
- WHO Division of Mental Health. (1992). *Mental health programmes : concepts and principles*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62683>
- WHO Division of Mental Health. (1992). *Non-governmental organizations collaborating with WHO's Mental Health Programme : summary descriptions*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61687>
- WHO Division of Mental Health. (1993). *Annotated list of publications issued by the Mental Health Programme, 1984-1993*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58571>
- WHO Division of Mental Health. (1994). *Partners for mental health : the contribution of professionals and non-professionals to mental health*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61541>

- WHO Division of Mental Health. (1997). *Quality assurance in mental health care. Vol. 2, Check-lists and glossaries*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66931>
- WHO Executive Board. (1948). *Report on the International Congress on Mental Health, London: report by the Director-General*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112921>
- WHO Executive Board. (1949). *Establishment of an expert committee on mental health and reconsideration of the question of the priority of the project*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/113065>
- WHO Executive Board. (1949). *Report of the Expert Committee on Mental Health*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/120056>
- WHO Executive Board. (1960). *Memorandum submitted by the World Federation for Mental Health*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/135>
- WHO Executive Board. (1974). *Questionnaire on non-governmental organizations requesting official relations with WHO: International Committee against Mental Illness*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/152202>
- WHO Executive Board. (1985). *Prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: report by the Director-General*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161599>
- WHO Expert Committee on Mental Health & World Health Organization. (1953). *Expert Committee on Mental Health : third report [of a meeting held in Geneva, 24-29 November 1952]*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37984>
- WHO Expert Committee on Mental Health & World Health Organization. (1960). *Programme development in the mental health field : tenth report of the Expert*

- Committee on Mental Health [meeting held in Geneva, 3-8 October 1960].*
World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38061>
- WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness. (1988). *Initiative of support to people disabled by mental illness.* World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61631>
- WHO Nations for Mental Health Initiative & Consultative Group. (1997). *Nations for Mental Health : an initiative for mental health in underserved populations : meeting of a consultative group, 1-2 December 1996, Geneva : report.* World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63389>
- WHO Nations for Mental Health Initiative. (1997). *Nations for Mental Health : an overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations.* World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63540>
- WHO Regional Committee for Africa. (1994). *Accelerating the development of Mental Health in the African Region.* World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/99657>
- WHO Regional Committee for Europe. (1959). *Ninth Regional Committee for Europe: Bucharest, 8-11 September 1959: the place of mental health in a public health programme: summary report.* World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353140>
- WHO Regional Committee for Europe. (1969). *Nineteenth Regional Committee for Europe: Budapest, 9-13 September 1969: preliminary plan for intensifying the activities of the WHO Regional Office for Europe in the field of mental health in young people.* World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354716>
- WHO Regional Committee for Europe. (1970). *Twentieth Regional Committee for Europe: Malta, 22 - 26 September 1970: statistical information of the mental*

health of young people. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/353510>

WHO Regional Committee for Europe. (1970). *Twentieth Regional Committee for Europe: Malta, 22 - 26 September 1970: proposals for further action by the Regional Office in the field of mental health of adolescents and young persons.* World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353357>

WHO Regional Committee for Europe. (1970). *Twenty-first Regional Committee for Europe: Madrid, 14–18 September 1971: the long-term Programme in Mental Health: first progress report.* World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/357038>

WHO Regional Committee for Europe. (1971). *Twenty-second Regional Committee for Europe: Copenhagen, 18-22 September 1972: the long-term programme in mental health: second progress report.* World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/355380>

WHO Regional Committee for the Western Pacific. (1952). *Mental health seminar.* World Health Organization, <http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/8269>

WHO Regional Committee for the Western Pacific. (1978). *Regional coordinating group on the mental health programme. WHO Regional Office for the Western Pacific.* Organización Mundial de la Salud,
<http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/9429>

WHO Regional Committee for the Western Pacific. (1980). *Development of the regional mental health programme.* World Health Organization,
<http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/6918>

WHO Regional Committee for the Western Pacific. (1998). *Action programme on nations for mental health: membership of the Management Advisory Committee.* World Health Organization,
<http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/7282>

WHO Regional Office for Europe. (1996). *Patient outcome measures in mental health : report on a WHO consensus meeting, Stockholm, 23-24 November 1995.*

World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107395>

WHO Regional Office for Europe. (1999). *Mental health promotion in prisons : report on a WHO meeting, The Hague, Netherlands 18-21 November 1998.*

Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108156>

WHO Regional Office for South-East Asia & SEARO. (1983). *Report on the third meeting of investigators: WHO/SEARO collaborative study on mental health in primary health Care, Ranchi, India, 16-20 1983.* World Health Organization,

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/127373>

WHO Regional Office for South-East Asia. (1950). *Mental Health Work in the South East Asia Region.* World Health Organization,

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/131249>

WHO Regional Office for South-East Asia. (1983). *Research on mental health in primary health care. WHO Regional Office for South-East Asia.* World Health

Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/127354>

WHO Regional Office for South-East Asia. (1988). *Prevention of mental, neurological and psychosocial disorders.* World Health Organization,

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/129340>

WHO Regional Office for South-East Asia. (1994). *Report of the Twelfth Meeting of Ministers of Health WHO South-East Asia Region, Ulaanbaatar, Mongolia, 30 August - 2 September 1994.* World Health Organization,

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/127533>

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1960). *Mental health in the Eastern Mediterranean Region.* World Health Organization,

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/124417>

- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1969). *Normes relatives aux services fondamentaux de sante mentale*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/124367>
- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1974). *Interregional seminar on the organization of mental health services, Addis Ababa, 27 November-4 December 1973*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254353>
- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1975). *Services de sante mentale dans les pays de la region de la Mediterranee Orientale*. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/120256>
- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1976). *Group meeting on mental health and mental legislation, Cairo, 12-17 June 1976*. World Health Organization. Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254361>
- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1978). *Report on the coordinating group meeting on mental health, Alexandria, 22-24 November 1978*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254381>
- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1981). *Report on the scientific group meeting on mental health research, Karachi, 6-9 Junio 1981*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254417>
- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1983). *Report on the intercountry group meeting on the development of the mental health programme, Amman, Jordan, 24-28 September 1983*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/115919>
- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1985). *Intercountry meeting on national health programmes of mental health, Damascus, Syrian Arab Republic*,

2-6 November 1985. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/116252>

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1988). *Intercountry workshop on training in mental health in primary health care, Islamabad, Pakistan, 7-12 March 1987*. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/116751>

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1988). *Promotion and protection of mental health*. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/120819>

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1989). *Address by Dr Hussein A. Gezairy, Regional Director WHO Eastern Mediterranean Region to the intercounter meeting on the progress of the national programmes of mental health, Isfahan, Islamic Republic of Iran, 12-16 March 1989*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/124728>

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1996). *Message from, Dr Hussein A. Gezairy, Regional Director, WHO Eastern Mediterranean Region, to the consultation on mental health legislation, Alexandria, Egypt, 1-2 May 1996*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/125402>

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1998). *Mental health promotion for schoolchildren: a manual for schoolteachers and school health workers*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/199916>

WHO Regional Office for the Western Pacific. (1953). *Seminar on Mental Health in Childhood, Sydney, Australia, 10-27 August 1953 : report*. Sydney : Institute of Child Health University, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/207859>

WHO Regional Office for the Western Pacific. (1974). *Second Regional Seminar on Mental Health : the Teaching of Psychiatry in Medical Schools, Manila,*

Philippines, 15-21 January 1974 : final report. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/207213>

WHO Regional Office for the Western Pacific. (1983). *Second Regional Coordinating Group Meeting on the Mental Health Programme, Manila, Philippines, 25 - 31 October 1983 : report.* World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/207936>

WHO Regional Office for the Western Pacific. (1984). *Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres in Mental Health, Tokyo, Japan, 1 - 4 October 1984 : report.* World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/207947>

WHO Regional Office for the Western Pacific. (1987). *Third Regional Coordinating Group Meeting on the Mental Health Programme, Manila, Philippines, 16-20 February 1987 : report.* World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/207949>

WHO Regional Office for the Western Pacific. (1989). *Regional Workshop on Future Directions of Mental Health Services in the Western Pacific Region, Manila, Philippines, 2-6 October 1989 : report.* World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/207945>

WHO Regional Office for the Western Pacific. (1991). *Fourth Regional Coordinating Group Meeting on the Mental Health Programme, Manila, Philippines, 25 February - 1 March 1991 : report.* World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/207793>

WHO Regional Office for the Western Pacific. (1995). *Fifth Regional Coordinating Committee Meeting on the Mental Health Programme, Manila, Philippines, 13-16 June 1995 : report.* World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/207871>

- Wilkes, P. (21 de Julio de 1996). The Next Pro-Lifers. *The New York Times*,
<https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1996/07/21/099317.html>
- World Health Assembly & Manuwa, S. (1962). *Mental health programmes in public health planning by Sir Samuel Manuwa*. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/135944>
- World Health Assembly & Querido, A. (1962). *Background document based on summary reports received from countries for reference and use at the technical discussions "mental health programmes in public health planning" prepared by A. Querido, M.D.*. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/135899>
- World Health Assembly. (1948). *Mental health: Committee on Programme: draft resolution by the delegation of the United States of America*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/98310>
- World Health Assembly. (1949). *Expert Committee on Mental Hygiene: report on first session*. World Health Organization,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/86249>
- World Health Assembly. (1962). *Report of the technical discussions at the fifteenth World Health Assembly: "mental health programmes in public health planning"*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/135945>
- World Health Organization. (1952). *Research into effects of deprivation*. Bulletin of the World Health Organization, 3 (3), 409 – 413,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/266164>
- World Health Organization. (1952). *Various retrospective studies relating mental illness to deprivation and broken homes*. Bulletin of the World Health Organization, 3 (3), 509 – 515, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/266160>

- World Health Organization. (1955). *The physical and mental effects of cannabis: additional study*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/104457>
- World Health Organization. (1962). *WHO and mental health, 1949-1961*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37811>
- World Health Organization. (1977). *Apartheid and mental health care*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324941>
- World Health Organization. (1978). *The WHO medium-term mental health programme 1975-1982, interim report 1978*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75212>
- World Health Organization. (1981). *Social dimensions of mental health*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38999>
- World Health Organization. (1989). *Promotion de la santé mentale au moyen d'un programme d'hygiène scolaire*. 64 (47), 364 - 366. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/227387>
- World Health Organization. (1990). *WHO's activities in the field of child and adolescent mental health and psychosocial development*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58410>
- World Health Organization. (1994). *Lexicon of psychiatric and mental health terms*. 2nd ed. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39342>
- World Health Organization. (1996). *Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care : ICD-10. Chapter 5, Primary care version*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41852>
- World Health Organization. (1997). *Lexicon of cross-cultural terms in mental health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41948>

- World Health Organization. (1999). *Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care : a joint World Health Organization/European Commission meeting, Brussels, Belgium, 22-24 April 1999 : report*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65943>
- World Health Organization. (1999). *Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care : a joint World Health Organization/European Commission meeting, Brussels, Belgium, 22-24 April 1999 : report*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65943>
- World Health Organization. (1999). *The mental health of indigenous people : an international overview*. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65596>
- World Psychiatrists Vote To Censure Soviet 'Abuse'; Moscow Charges 'Slander'. (2 de Septiembre de 1977). *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1977/09/02/75681242.html?pageNumber=6>
- Yip, K. (2005). *Taoistic concepts of mental health: Implications for social work practice with chinese communities*. *Families in Society*, 86(1), 35–45. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.1875>.
- Yip, K. (2003). *Traditional confucian concepts of mental health: Its implications to social work practice with chinese communities*. *Asian Pacific Journal of Social Work*, 13(2), 65–89. <https://doi.org/10.1080/21650993.2003.9755929>
- Yolles, S. (1962). *Investigaciones de salud mental*. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 54(6), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15174>
- Zuger, A. (18 de Agosto de 1998). Many Prostitutes Suffer Combat Disorder, Study Finds. *The New York Times*, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1998/08/18/403172.html?pageNumber=73>