

Aporte de la Teoría de la Ciudadanía al trabajo social en áreas problemas de la Salud Mental

Beatriz Fernández Castrillo

*...utopía es la dialectización en los actos de denunciar y anunciar.
El acto de denunciar la estructura deshumanizante,
y el acto de anunciar la estructura humanizadora.
Por esta razón es también compromiso histórico...*

Paulo Freire

Resumen

En este trabajo se expone un modelo de interacciones sociales que a través de la integración activa y el ejercicio de la ciudadanía, contribuya a promover la inclusión de sectores en riesgo social como lo son los grupos de personas con trastornos mentales severos y sus familias. Para ello, se realiza una propuesta integradora que recoge las principales características de un modelo comunitario orientado a la rehabilitación psicosocial transversalizado por concepciones que involucran las bases ideológicas del Trabajo Social.

Introducción

Podría ser una buena forma de comenzar esta comunicación, interpellando el concepto de justicia social que hace posible delimitar la medida de cada una de las regulaciones del comportamiento humano. Si se lograra determinar qué es justo y por qué lo es, el criterio podría ser aplicado a otras esferas del acontecer humano (distribución del gasto, niveles de acceso a la educación; a la salud; al consumo; a las esferas del Estado; a la forma y organización de la familia, a los derechos individuales y colectivos, a las libertades, etc.).

Como pretensión teórica, interesa aclarar desde un principio que, a pesar de que ha sido preocupación histórica de la humanidad, se trata de un concepto polisémico, insuficientemente definido, que aun no cuenta con consenso pleno, tanto en su discusión como en su

desarrollo. No obstante, sobre cierta noción de justicia social, es que se construyen los pilares centrales de la convivencia democrática (razón, libertad, derechos, ciudadanía, autonomía); conceptos que de algún modo subyacen en los principios básicos del Trabajo Social.

Una primera forma para la definición operativa del concepto de justicia, es considerarlo desde cierta "igualdad de oportunidades", en la cual cada uno obtiene lo que corresponda según su esfuerzo personal. En el otro extremo conceptual, otro criterio de justicia, sostiene otorgar "a cada cual según sus necesidades". La primera posición responde al liberalismo conservador que propone la protección radical de la propiedad privada, la propiedad familiar y la propiedad de las ideas;

defiende el gasto público mínimo, el Estado restringido y la libertad de mercado sin regulaciones que lo desvíen. La otra, consiste en la posición del igualitarismo extremo, donde en el afán de establecer un criterio común de satisfacción de necesidades, se reducen al mínimo las opciones individuales. Entre ambos extremos surge una problematización ética respecto a cómo establecer si las instituciones sociales para ser justas, deben o no igualar a los individuos en las circunstancias externas a ellos. No sólo respecto a la adjudicación de bienes materiales y al acceso a la cultura según la procedencia social de origen de cada uno, sino también en lo que Rawls¹ ha dado en llamar con acierto la “lotería natural”, esto es las capacidades y discapacidades mentales, intelectuales y físicas de las que y por las que, no se debiera ser responsable.

La posición generalizada respecto de la justicia, se encuentra sin duda ensamblada con conceptos complejos como el de libertad y el de ciudadanía: se trata de asegurar a todos los individuos la forma adecuada de decidir autónomamente, con libertad plena, el proyecto de vida individual y colectivo que desean alcanzar. Esto sólo es posible si se nivelan las desigualdades derivadas de circunstancias por las que el sujeto no responde personalmente, razones externas a él derivadas del sistema social o de la “lotería natural” de Rawls. Se entiende comúnmente que es el Estado, en tanto organización humana colectiva, quien debiera procurar la igualdad, ya sea en lo que hace a la posesión de bienes potenciadores del esfuerzo individual, como a la optimización de las capacidades de cada uno. Es del todo evidente que el aumento de la inversión para la disminución de la brecha de desigualdad social implicaría más justicia y mayor prosperidad; pero sobre todo, dismi-

nuiría el riesgo de exclusión y aumentaría el grado de compromiso con el esfuerzo colectivo, de forma que la diferencia entre el éxito y la frustración individual dependiera exclusivamente del esfuerzo y capacidades de cada uno. En esta línea, el criterio de justicia social resultaría de su combinación con la satisfacción de necesidades materiales e inmateriales estableciendo cierto equilibrio entre derechos y deberes. Los derechos son precisos y se multiplican, cada uno sabe como reivindicarlos. Por su parte, los deberes aparecen como más inmediatos e imprecisos y se refieren a elevar la calidad de vida del buen ciudadano en función de cuánto promuevan el bienestar de la comunidad. La idea de derechos trasciende los condicionantes de una superestructura de desigualdades económicas, para configurar una especie de igualdad humana básica asociada con la participación efectiva en la esfera comunitaria. La preservación de las desigualdades económicas resultan ser un obstáculo para el enriquecimiento del estatus ciudadano, dado que el objetivo ya no sería una igualdad absoluta, sino el despliegue de una ciudadanía que opera en parte a través del sistema económico. En última instancia el objetivo es la remoción de desigualdades que no pueden ser legitimadas.

Sobre la base de estas consideraciones es que ya por 1950, Marshall definía ciudadanía como el resultado de un tipo de actividad deliberada, socialmente legitimada y orientada a garantizar la seguridad social y pautas compartidas de bienestar básico. Conceptualmente, la definición alude a cierta igualdad entre individuos que comparten algún ámbito político en tanto miembros de una comunidad, y permite establecer no sólo la extensión de la ciudadanía, sino también discriminar quiénes pertenecen y quiénes no a determinada categoría. Marshall, no sólo se refiere a la extensión de la ciudadanía sino también a la intensidad de la ciudadanía en la medida en que se defina cuáles derechos civiles, políticos y sociales construyen el marco jurídico de quienes gozan la condición de ciudadanos. Desde esta premisa, la ciudadanía es entendida como

1 Rawls formula una construcción ética, que él mismo identifica con el constructivismo kantiano. Posición ecléctica entre el utilitarismo anglosajón y el intuicionismo, que jerarquiza el *deber* más que el *bien* en la noción de justicia. Para ello el autor reconstruye una situación de igualdad “ideal”, presumiendo que las personas sometidas a la “lotería individual”, desconocen las consecuencias de las decisiones tomadas colectivamente con el objetivo de una distribución equitativa.

constructo histórico cuya extensión e intensidad queda determinada por las aspiraciones e ideales involucrados en el proyecto colectivo. La ciudadanía se construye sobre un conjunto de condiciones materiales e institucionales, asociadas a una subjetiva forma de entender el bien común y la forma de lograrlo. Se trata entonces de la construcción de un proyecto colectivo a alcanzar en interdependencia con otros; por tanto, el ámbito público constituye la arena política que habilita superar los intereses particulares en aras del interés común que jerarquiza lo social (Marshall, T.H.; 2005).

Así definida la ciudadanía incorpora al espacio democrático y a las dilemáticas del desarrollo componentes intersubjetivos que hacen a la integración social (donde también quedan comprendidos los excluidos); y componentes subjetivos que hacen al imaginario social delimitado por percepciones comunes en cuanto a derechos y obligaciones asignados a diferentes categorías de personas en situación de contingencia que requieren regulación, transferencias o servicios públicos.

En los hechos la consolidación de la democracia coexiste con el progresivo deterioro de las condiciones de existencia y la fragmentación de una sociedad cada vez más excluyente. En esta coyuntura, la aparición de lo social en el escenario político configura una ciudadanía con intencionalidad de gestión pública del proyecto común a partir de formas democráticas no representativas sino de participación directa, que convergen en un único proceso en el que desarrollo y democracia se confunden en una práctica ciudadana de construcciones alternativas. En esta línea, el proyecto ciudadano deja de ser tan excluyente y se concentra en un proyecto colectivo democrático para la construcción de un espacio de gestión de derechos y el desarrollo de nuevas estrategias políticas transformadoras.

Mediante los aportes hechos por la teoría de la ciudadanía, se explica la coexistencia de una organización social basada en las competencias con cierta dosis de igualdad, que da cuenta de una idea de un mínimo de bienestar

que permite la formulación de propuestas referidas a justicia social que involucran a diferentes agentes colectivos en la efectivización de los derechos (Midaglia, 1999; 73).

Ciudadanía y Salud Mental

Con interrogantes tales como “¿ciudadanos diferentes o minorías vulneradas?... ¿son considerados ciudadanos los cuerpos enfermos?”. María Cristina Melano² nos permite trasladar estos conceptos teóricos a la cuestión social particular de las personas con sufrimiento mental, que es de interés discutir en esta comunicación.

Estas personas frecuentemente sometidas a disciplinamientos autoritarios, son relegadas a la subestimación, a la minusvalía y a la postergación social bajo el supuesto de peligrosidad para sí o para terceros. Sin duda la estigmatización que sufren constituye un atributo desacreditador, que en última instancia termina por devaluar sus derechos ciudadanos para legitimar patrones de normalidad por demás cuestionables.

La problemática de los trastornos mentales severos, resulta ser un fenómeno de gran complejidad y de enorme connotación social, que afecta a sujetos reales a quienes a la vulnerabilidad emocional se les agrega vulnerabilidad social, producto de la estigmatización de que son objeto y de las presiones de una sociedad donde las relaciones con el poder, inundan las relaciones intersubjetivas y la propia subjetividad ...posiblemente la capacidad de integrar la marginación, y su forma más extrema, la marginación interna y externa de las personas con psicosis, es uno de los mejores indicadores de la democracia real de una sociedad (Tizón Jorge; 2004).

El impacto que produce la irrupción de una enfermedad mental grave en la vida de una persona y en la estructura de la familia y en el resto de la red social de sostén, provoca desestructuración de los sistemas sociales que repercute en el entramado de micro y macro contextos. Esta ruptura de la continuidad es

de tal magnitud que se hace impensable brindar una atención acotada a la crisis y pensar que superada ésta, es posible recomponer un pasado. Se requieren dispositivos institucionales capaces de ofrecer un entramado social supletorio, para el desarrollo de la participación social en las nuevas condiciones de existencia que impone la psicosis. Esto implica un trabajo importante de rehabilitación y un largo proceso de esclarecimiento para construir y reconstruir espacios de participación e integración social. La rehabilitación psicosocial, consiste en el abordaje integral a largo plazo de los síntomas de la enfermedad y de la totalidad de sus secuelas (individuales, familiares, comunitarias); abarcando un amplio espectro de factores biológicos, psicológicos y sociales (microcontextuales y macrocontextuales), que son abordados con herramientas y procedimientos específicos tanto para maximizar el funcionamiento de la persona enferma como para reducir su discapacidad y sus desventajas frente a los demás, acciones que también atenuarán el impacto del estigma y prevendrán recaídas. Este dispositivo es indispensable a lo largo de todo el proceso de atención, que en muchos casos puede implicar un tratamiento de por vida. En consecuencia, para el abordaje de estas problemáticas, se requiere de diferentes lecturas que deben converger de modo tal que contribuyan a posicionarnos en una perspectiva globalizadora e histórica, que defina, por último, la intervención desde la práctica concreta que desde cada espacio se efectúe.

Desde la perspectiva social resulta considerablemente beneficioso hacer un ejercicio permanente, que vincule en forma dialéctica las nociones de vulnerabilidad; capital humano; relación activos-pasivos; estructura de oportunidades; capital social, en la medida en que dicho enfoque permite captar la dinámica de la reproducción social y los sistemas de desigualdad y exclusión que afectan a estas personas.

No es nuestro propósito definir aquí conceptos tan complejos. Basta con comentar que pueden constituirse en indicadores de

diferentes tipos y grados de vulnerabilidad la combinación de atributos tales como situación laboral, ocupación, edad, o categorías psicopatológicas en tanto predisposición a descender hacia condiciones de bienestar negativas (Katzman: 2001).

La ecuación resulta del cociente entre la posesión, control y administración de recursos materiales y simbólicos (propios del capital humano que hacen posible el funcionamiento social) y las condiciones que ofrecen los hogares, el mercado, el Estado y la sociedad en su conjunto. Al hablar de recursos se incluyen conocimientos, destrezas, aptitud física y aptitud psíquica (obviamente alterada para el caso de las personas con psicosis), que se vuelven activos si se accede a un alto grado de aprovechamiento de las estructuras de oportunidades existentes. Por su parte, son considerados pasivos los obstáculos para el logro de las metas, entre los cuales incluimos los trastornos mentales. La relación entre la estructura de oportunidades y los activos, afecta el nivel micro propio del capital social, que alude a las redes de participación y a la existencia o no de mecanismos comunitarios asociativos, organizaciones colectivas, estructuras familiares extendidas. El nivel macro queda definido por las políticas sociales, las normas jurídicas y los contextos culturales en que tienen lugar.

El Trabajo Social interviene sobre estos indicadores de la vida humana para desarrollar y promover las potencialidades residuales mediante la articulación de las perspectivas micro, concentradas en las estrategias de movilización de recursos, y los enfoques macro que atienden a las formalizaciones político-culturales y que son las que generan las estructuras de oportunidades. Este territorio, propio del escenario comunitario, considera la vida cotidiana, las relaciones estructurales respecto a rol y estatus y los vínculos interpersonales, en procura de que la persona, su familia y su red social de pertenencia, alcancen la máxima calidad de vida. El concepto de calidad de vida se asienta en el principio de autodeterminación del sujeto y sus conte-

nidos quedan definidos por la percepción sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en que vive, en función de sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

La experiencia de crisis mental puede ser concebida en base a los conceptos de René Kaes³ como ruptura asociada a la idea de impotencia y conflicto muchas veces vivido como amenaza en tanto produce un desequilibrio, un trastorno en la regulación. Sin embargo, desde esta perspectiva, esta misma situación dramática de inestabilidad producida por la situación de crisis conlleva en sí misma la posibilidad de reconstrucción, de elaboración, de sutura. Quizás sea éste uno de los objetivos en el trabajo en rehabilitación: posibilitar la transición desde la vivencia de peligro que subyace a la enfermedad, hacia una vivencia de oportunidad de cambio.

El concepto de ciclo vital resulta central para comprender los problemas de salud mental y los fenómenos de reproducción social. La noción de ciclo grafica la vida humana como un espiral donde hay un cuasi cierre, de tal manera que el término finalmente no es el mismo que el principio. Cuando se retoma un ciclo, no se retoma en el mismo punto de partida inicial, se describen círculos que describen la realidad en espirales que permiten pasar de un plano histórico a otro. Las situaciones de crisis mental también pueden ser comprendidas históricamente para reconstruir un futuro de oportunidades. ¿Es acaso válido pretender ayudar a alguien a retomar el estado de equilibrio anterior?; ¿acaso la experiencia del sufrimiento mental o del tratamiento psicoterapéutico no son una experiencia histórica de tal fuerza que constituya en uno y otro sentido una experiencia profundamente transformadora de la reproducción social? En este

sentido, hablar de reinserción sería pretender retomar al estado de equilibrio psicosocial anterior. La estrategia de rehabilitación debe tender a una “neo-inserción”⁴, concepto que remite a la necesidad de que la rehabilitación sea concebida como formulación de un nuevo proyecto de vida e integrar la historia, también la de la ruptura y sufrimiento emocional con un sentido de crisis productiva.

El objetivo de mantener a la persona con trastornos mentales en el entorno más natural, requiere sin duda de sostener en el tiempo un sólido soporte psicoterapéutico y farmacológico. Pero además, se vuelve indispensable reparar en los cuidados basados en la comunidad y en las técnicas psicosociales que sirvan para el apuntalamiento, información, esclarecimiento y orientación no sólo dirigidos al enfermo, sino también a su familia en tanto proveedor de cuidados clave.

“... estos conceptos no pueden definirse en términos exclusivos de síntomas, sino que deben incluir el bienestar psicológico, el funcionamiento en la vida diaria, el acceso a las oportunidades sociales, y el apoyo del medio ambiente. El concepto de ‘calidad de vida’ abarca estos aspectos, de modo que el propósito de la atención a la salud mental puede definirse como la mejoría de la calidad de vida de las personas. Este resultado no puede alcanzarse con los trabajadores de salud solamente, sino que necesita la cooperación de la comunidad y otros sectores de la sociedad” (Argadoña; pág. 146).

En este sentido es interesante intentar determinar la capacidad de respuesta individual y colectiva, para enfrentar los problemas de riesgo y hacer un beneficioso aprovechamiento de los recursos disponibles donde apoyarse en las circunstancias vitales en que se encuentran. Desde esta perspectiva, el eje de la intervención social se concentra en prevenir

3 Esta idea nos acercaría al término chino *weiji* que significa peligro y oportunidad al mismo tiempo, trabajado por Karl Slaikeu en “Intervención en crisis” (Editorial El Manual Moderno, 1989). El concepto Kaes lo desarrolla en muchas de sus obras, especialmente en “Crisis, ruptura y superación” de 1979, donde en la página 12 dice concretamente: “El hombre se crea hombre gracias a la crisis, y su historia transcurre entre crisis y resolución, entre ruptura y sutura”.

4 La acepción es un neologismo de mi autoría, que he desarrollado en “La historia de vida en el relato de su protagonista”; El cuerpo en el Psicoanálisis, diálogos con la biología y la cultura; Edición de la Comisión de Publicaciones de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay – APU, Tomo 1, pág. 370, mayo 2002.

los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores en forma sistemática.

Prevenir los factores de riesgo implica, no sólo la reducción del impacto de riesgo y la interrupción de la cadena de fenómenos desfavorables, sino también el desarrollo de la autoestima y la preservación de la vida; la creación de nuevas oportunidades que faciliten el acceso a nuevos recursos o soporte social; la promoción de la autonomía, de nuevas experiencias y de la participación en redes interpersonales y comunitarias.

Los factores protectores o resilientes son los recursos propios, individuales y familiares, así como también los sociales y comunitarios mediatizados por la integración a redes, que permitirán sobrellevar los efectos negativos y superarlos en la conformación de un proyecto de vida.

Participación, identidad e integración social son los ejes para la construcción y reconstrucción permanente de la vida cotidiana. Estos ejes presuponen la existencia de otro y de una tradición cultural compartida intersubjetivamente, de forma tal que el sujeto encuentra un contexto ya interpretado en lo que atañe a su situación, construido en base a representaciones sociales modeladas más que predefinidas.

La integración social da cimientos a la formulación de un proyecto de vida, que para el caso de las personas emocionalmente vulnerables, está inducido por las políticas sociales y expresado en los investimentos ciudadanos que la trama comunitaria les atribuya, para que encuentren y desarrollen sus potencialidades, generen identidad y mediante la participación, conecten el sustrato íntimo de experiencias personales a estructuras de sentido con el cuerpo social. En la medida en que siempre existe algún tipo de integración a algún sistema social, las personas con trastornos mentales severos tienen también, aunque alterada, algún tipo de integración contextual donde participar:

» en el ámbito comunitario, según el tipo y calidad de integración familiar, de parti-

cipación en redes sociales y propiamente comunitaria (barrial, grupos de amigos, organizaciones sociales, etc.)

» en el ámbito institucional, correspondiente a la estructura de oportunidades y dispositivos sociales que el cuerpo institucional propone a las personas bajo la forma de políticas sociales en el sentido amplio (salud, vivienda, educación, trabajo, cultura, recreación, deporte, etc.)

Desde el punto de vista social, se trata, no sólo de identificar los niveles de participación y los grados de integración, sino también a qué sistema se está integrado y a cual no, para después evaluar en lo posible, si esa integración contribuye al desarrollo psicosocial y al incremento de la calidad de vida. Bajo condiciones de extremo cuidado, se intenta trabajar sobre las múltiples pertenencias, sabiendo que algunos sólo podrán participar de actividades acotadas y protegidas, mientras que otros alcanzarán niveles tales de integración social que paulatinamente irán disminuyendo la necesidad de soporte institucional.

Las acciones en rehabilitación psicosocial requieren de un abordaje metodológico que si bien tiene su sustento en el método clínico sanitario, lo trasciende para jerarquizar la integración social como mecanismo que permite a las personas reconstruir su existencia a pesar de la psicosis.

*"En la medida que seamos capaces de producir instancias de rehabilitación insertas en la cotidianidad de los individuos, donde viven, donde trabajan, donde estudian, más cerca estaremos de poder ayudar a la rehabilitación. Se debe proveer de instrumentos que le permitan a la persona vivir en sociedad, insertándose en forma efectiva"*⁵.

Este enfoque exige un acuerdo conceptual fundamental de todo el equipo asistencial que permita trascender de una epistemología fragmentaria, centrada en la patología, que aísla al individuo de su medio, hacia el reco-

5 Conferencia: "Principios de la salud mental comunitaria", dictada por el Dr. Hugo Cohen en ocasión del Día Mundial de la Salud el 18 de Abril del 2001.

nocimiento de que la salud se reconstruye en el ámbito de la vida cotidiana y de la participación ciudadana. Operar un pasaje desde lo intrapsíquico hacia lo intersubjetivo supone hablar de personas en interacción, de fenómenos de comunicación, de sistemas de valores y de participación organizada de los sujetos para resolver sus necesidades. Voluntades colectivas que conjugan esfuerzos de componentes heterogéneos.

Comentarios finales

Es posible la defensa de los derechos de los enfermos mentales a partir de la articulación micro-macro, mediante la activación de movimientos sociales que conjuguen la participación de los propios protagonistas, de los familiares y de los colectivos sociales, institucionales y comunitarios, de la sociedad en su conjunto, para el desarrollo de acuerdos entre los distintos sectores sociales implicados o no en acciones de rehabilitación psicosocial que materialicen experiencias de desarrollo con efectos espaciales multiplicadores que instituyan una nueva hegemonía: "...la democracia (y en consecuencia la ciudadanía), adquiere relevancia si atiende y satisface necesidades y demandas sociales, si favorece los procesos de inserción y la integración social, si instala derechos y los efectiviza..." (Melano en Castonovo; 2008; 105).

La experiencia de participación-integración promovida por este modelo de rehabilitación psicosocial, pone énfasis en el despliegue de formas novedosas que se producen por efecto de vínculos intersubjetivos que se recrean en redes de sostén terapéutico, creativo y de sociabilidad, de reivindicación de derechos y de movilización colectiva para la transformación social (agrupación en comisiones de gestión de los riesgos), modos diferentes de organización (comisiones de familiares y diferentes afiliaciones sociales), de solidaridad (ayuda en la solución de problemas concretos) de producción, (microemprendimientos), etc. El modelo con reglas claras, consensuadas y explícitas, propone consolidar la cohesión en

un ámbito de procesamiento como entramado microsociedad, donde circulen sentimientos de aceptación, de respeto a la diversidad, de fomento de la autoestima y de flexibilización, para sostener la relación, romper con el aislamiento, generar vínculos solidarios, brindar seguridad, sostener el sentido del humor y dar lugar a realizaciones placenteras que contrarresten el padecimiento emocional.

El objetivo es recrear un entramado en el tejido social entre individuos que comparten una misma categoría a partir de la autogestión y de nuevas formas de participación y representatividad. Redes nuevas en un espacio de subjetivación posible, que articulando la diversidad de problemáticas en proyectos comunes, den viabilidad a la construcción de nueva subjetividad y resulten protectoras del grado de salud restablecido, desde la convicción de que a pesar del padecimiento se puede vivir mejor. *"El reconocimiento del otro (de los otros), el interés en las palabras y comportamientos de los seres humanos que no son yo, ni son como yo, es el primer paso en el camino de la tolerancia, y de la identificación de lo intolerable"* (Argadoña: pág. 131).

La eficacia del modelo depende de su fortaleza teórico-práctica, pero también de la capacidad de integrar múltiples formas de participación colectiva en el diagnóstico de situación y gestión social, junto a cambios importantes en la actitud del equipo profesional. Sólo la articulación eficiente de ambos sistemas permite alcanzar los objetivos.

En esta línea, con avances y retrocesos estamos asistiendo en Uruguay desde la reapertura democrática, a un movimiento en Salud Mental de creciente importancia social que ha tenido efectos positivos en el destino y en las condiciones de existencia de las personas con trastornos mentales. Se trata de un movimiento donde converge el saber científico estructurado en las instituciones académicas y profesionales, sumado al conocimiento más o menos empírico de la población protagonizado por distintos actores sociales, que intenta reformular los derechos de los enfermos mentales como compromiso ético de la

sociedad en su conjunto. El camino recorrido no parece haber sido en vano. Hoy⁶ celebramos el compromiso por parte de los decisores de políticas socio-sanitarias, de garantizar que todas las instituciones nacionales de atención a la Salud, incorporen obligatoriamente a partir de 2011, prestaciones innovadoras en Salud Mental.

Bibliografía

- » Argandoña Yáñez; Mario, *Integración de Cuidados de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud*, material en soporte electrónico proporcionado por el autor en ocasión del Seminario a su cargo, dictado en el Doctorado de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús –UNLa– en octubre de 2009.
- » Borgiani, Elisabete; Montañó, Carlos; (2000); organizadores de “Metodología y Servicio Social: Hoy en debate”, Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social (Serie Antologías) Cortez Editora, San Pablo, Brasil.
- » Carballeda, Alfredo; (2005), *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*, 1ª edición 2ª reimpresión, Paidós, Buenos Aires.
- » Castronovo, Raquel; Cavalleri, Silvina; (2008); coordinadoras, *Compartiendo Notas: el trabajo social en la contemporaneidad*; Colección Salud Comunitaria, Serie Prácticas Sociales, Ediciones de la UNLa, Remedios de Escalada, Argentina.
- » Comité regional de la OPS – OMS. *Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. APS en las Américas*. 55.a sesión. Washington DC. 22 – 26 / 09 / 2003.
- » Comité regional de la OPS – OMS. *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS – Declaración de Montevideo*. 57.a sesión. Washington DC. 26– 30 / 09 / 2005.
- » Declaración de Caracas. (1990) *Conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela.
- » Declaración de Margarita. (1999) Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). *Simposio Norte Sur*: Margarita, Venezuela.
- » Declaración de Uruguay. (1994). *Encuentro Continental de Educación Médica*, organizado por ALAFEM y FEPAFEM. Punta del Este.
- » Fernández Castrillo, Beatriz, (2003) Ponencia Panel II *Rehabilitación. Análisis de la ley 11.139 y Reg. 13/84*, 1ª Jornadas sobre Derechos Humanos y Salud Mental, Colegio de Abogados del Uruguay, Comisión de Derechos Humanos, Montevideo.
- » Fernández Castrillo, Beatriz, (2009), *Complejidad Social y Salud Mental*; Trádinco, Uruguay.
- » Fernández Castrillo, Beatriz; (2002) *La historia de vida en el relato de su protagonista*; en “El cuerpo en el Psicoanálisis, diálogos con la biología y la cultura”, Edición de la Comisión de Publicaciones de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay – APU, Tomo I, pág. 370.
- » Fitoussi, Jean Paul; Rosanvallon, Pierre; (1997) *La nueva era de las desigualdades*, Ed. Manantial, Bs. As. Argentina.
- » Kaës, René; (1979) *Crisis, ruptura y superación*, Ediciones Cinco.
- » Kaztman, Ruben; (2001) *Activos y Estructuras de Oportunidades*, Proyecto URU/97/01, Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, CEPAL–PNUD 1999.
- » Kotliarenco, M.; Cáceres, I; Fontecilla, M.; (1997) *Estado del arte en resiliencia*, OPS–OMS CEANIM.
- » Lewkowicz, Ignacio (2004), *Pensar el Estado: la subjetividad en la era de la fluidez*, Paidós, Buenos Aires.

⁶ Se hace referencia al comunicado de prensa realizado el 5 de abril de 2010 por el Ministro de Salud Pública Daniel Olesker, que obliga a todas las instituciones sanitarias del país a incorporar dispositivos de atención a la Salud Mental.

- » Marshall, T.H.; (2005 {1950}) *Ciudadanía y clase social*, Losada, Buenos Aires.
- » Melillo, A., Suárez Ojeda, E. (2001) *Resiliencia. Descubriendo las propias fuerzas*, Bs.As. Paidós.
- » Midaglia, Carmen. (...) "Reforma del Estado en el campo social: elementos para una discusión". 91–102 [S.l.] Fronteras 2 DTS–FCS.
- » Morin, E.; (1994); *Introducción al pensamiento complejo*, Ed. Gedisa.
- » OPS–OMS *La salud mental en la atención Primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*. <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/eventos/saludmental09.pdf> fecha de consulta 20/11/2009.
- » Rawls, J. (1993). *Liberalismo político*. Barcelona, Crítica, 1996.
- » Rovere, Mario R.; (1993) *Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud*, Serie Desarrollo, N° 96, Organización Panamericana de la Salud.
- » Rozas Pegaza, Margarita: (2006); coordinadora: *La formación y la intervención profesional: hacia la construcción de proyectos ético políticos en trabajo social*; Espacio Editorial, Argentina.
- » Samaja, Juan 2000 *A reprodução social e a Saúde Elementos teóricos y metodológicos sobre a questão das "relações" entre Saúde e condições de vida*. Casa da Qualidade Editora, Salvador, Bahía. Traducción: Denise Coutinho.
- » Stolkiner, Alicia; (1999) *La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*; stolkiner.html, internet.
- » Tizón, Jorge L. (2004) *Epidemiología de la psicosis desde los servicios comunitarios de Salud Mental y de Atención Primaria de Salud*. Archivos de Psiquiatría, España.