



## Procesos de asimetría y salud mental: contribuciones acerca de lógicas en tensión \*

María Cecilia Acosta\*

---

### Resumen

Este trabajo parte de suponer que hoy en Argentina existen procesos de asimetría en el campo de la salud mental, puestos en cuestión por la normativa reciente (ley 26.657) y por prácticas que, con un sesgo distinto, están marcando otras posibilidades. En tanto existen acciones inscriptas en instituciones específicas que plantean su quehacer desde un ejercicio *democratizante* del saber y del poder, se reconoce que estas generan también sus efectos. Desde una perspectiva de autores clásicos de la filosofía, propongo una lectura de dos situaciones concurrentes: la asimetría y sus efectos, y la tendencia hacia institucionalizar prácticas democráticas y sus efectos. Concluyo presentando la idea de que generar las condiciones para revertir procesos de asimetría es un proceso indeterminado, en el que es relevante documentar, analizar y comunicar los efectos de las prácticas e instituciones en tanto es una reflexión y análisis de la práctica realizada lo que permitirá ir sustentando procesos de cambio.

### Palabras clave

Salud mental – Asimetría - Prácticas democráticas.

---

\* Artículo recibido el 29 de Junio de 2014. Aceptado el 20 noviembre de 2014.

\* María Cecilia Acosta es Instituto Rosario de Investigaciones en Ciencias de la Educación IRICE-CONICET  
Correo electrónico: [acosta@irice-conicet.gov.ar](mailto:acosta@irice-conicet.gov.ar)



### Abstract

This paper starts by assuming that exists in today's Argentina processes of asymmetry in the field of mental health, called into question by recent legislation (Law 26,657) and practices, with a distinct bias, are making possibilities. Considering that there are actions under specific institutions that raise their work from a democratizing exercise of knowledge and power, it is recognized that they also produce their effects. From the perspective of classical authors of philosophy, I propose a reading of two concurrent conditions: asymmetry and its effects, and the trend towards institutionalizing democratic practices and their effects. conclude by presenting the idea to create the conditions for reverse processes asymmetry is an indeterminate process, which is relevant document, analyze and communicate the effects of the practices and institutions is both a reflection and analysis of practice allowing go on sustaining change processes.

### Keywords

Mental health – Asymmetry - Democratic practices.

## Salud mental: una lectura desde la Ley vigente

Dada la polisemia de la salud mental, tomaré la definición que propone la legislación argentina: "...se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona" (Ley Nacional de Salud Mental 26.657, 2010).

Es de destacar, en primer lugar, que la Ley citada fue sancionada hace 4 años, recogiendo una serie de procesos que ya existían en el contexto de nuestro país, como ocurrió en la experiencia de reforma institucional que tuvo lugar en la provincia de Río Negro –proyecto que continúa en vigencia y con reconocimiento internacional– que planteó una nueva cultura en la atención de la salud mental, conocida en el contexto local como *desmanicomialización*. Este proceso incluyó el cierre del hospital psiquiátrico provincial y la sanción de la ley 2.440, el 11 de septiembre de 1991.

Siguiendo la letra de la Ley, hay para la salud mental un carácter procesual que implica un despliegue, un devenir en el tiempo y el espacio –y los espacios–, un campo que *va siendo* y se sostiene en la determinación de algunos componentes, el primero de ellos histórico. De este modo, este planteo propone pensar la salud mental como una configuración de época –y por lo tanto se enriquece y se accidenta por esta misma



condición. También, siguiendo esta perspectiva, existe lugar tanto para la reproducción como para la transformación. La apertura de la definición de salud mental a la multiplicidad de componentes que la organizan favorece y ratifica el valor del trabajo realizado interdisciplinariamente por parte de los equipos de salud. Este planteo nos invita a revisar las posibilidades actuales de implementación efectiva de la definición señalada. Para ello se hace preciso interrogarse en torno a cuáles son los modos en que dialogan los saberes a la hora de establecer una puesta en juego en prácticas siempre teñidas de una cierta distribución del poder.

Introducir la noción de poder en el campo de la salud nos remite a pensar las *relaciones de asimetría* como aquellas situaciones dentro del campo disciplinar y de la praxis de la salud mental que se presentan asumiendo formas desiguales en la distribución del poder. En ese sentido resulta útil mencionar que las dimensiones del saber y del poder exhiben modos de articulación históricos que resultan determinantes de las prácticas. Se reconoce hoy (Cohen y Natella, 2013) que la ley argentina busca romper la lógica *manicomial*. La lógica de manicomio, vigente aún en muchas prácticas institucionales, se sustenta en tres cuestiones vinculadas entre sí:

- 1) una concepción sobre la diferencia que no admite mucha variabilidad;
- 2) una concepción del poder que se orienta hacia la repetición y la dominación –de la ciencia sobre el sujeto;
- 3) una concepción sobre la sociedad que sostiene el régimen de aislamiento y separación.

Así, el manicomio, entendido no solo como el espacio físico de la locura, es instrumento de silenciamiento de un Estado dedicado a mutilar las diferencias subjetivas y que además se encuentra apoyado en la representación social de juntura entre psicosis y peligrosidad. El manicomio puede ser concebido como una *lógica* (Acosta, 2014).

En su acepción etimológica, la palabra manicomio es un cultismo que viene del griego *manía* (locura) y *komion* (lugar), es decir significa lugar para los locos –y no más, ni para la vida ni la salud.

*Locos* como designación a un grupo de personas, es un artificio funcional a la desigualdad de poder y la rúbrica de un destierro que se legitima desde una lógica deshumanizante que no admite modos diferentes de habitar la subjetividad.

A propósito de esta caracterización, es interesante atender al planteo clásico de Foucault:

Si las ciencias del hombre han aparecido en el prolongamiento natural de las ciencias de la vida, no es porque ellas estaban *biológicamente* subtensas, sino *médicamente*: se encuentra en su estructura de origen una reflexión sobre el hombre enfermo, y no sobre la vida en general, una reflexión presa en un problema de división



más que en un trabajo de unificación, e íntegramente ordenada para el emparejamiento de lo positivo y de lo negativo. De aquí el carácter singular de las ciencias del hombre, que no pueden desligarse de la negatividad en la cual aparecieron, pero vinculadas también a la positividad, que sitúan implícitamente, como norma. (Foucault, 1966, p.35)

Así, en los orígenes del discurso médico es posible ubicar la relación entre discurso y poder en términos de normativización. Foucault nos enseña que el discurso médico reproduce las relaciones de poder en el mismo ejercicio de construcción del objeto de las prácticas, un ejercicio en el que no siempre es posible pensar al paciente como sujeto. Una microfísica del poder y del conocimiento revela las conexiones que se trazan entre el discurso médico y el poder sobre el cuerpo y sobre la vida. Dichas conexiones ofrecen consistencia a los procesos de asimetría que en la actualidad se reconocen en las tendencias a conservar una hegemonía científico-ideológica en dispositivos, servicios e instituciones de salud mental.

En la Argentina, la normativa vigente en salud mental nos muestra una apoyatura legal que busca revertir procesos de lógica *manicomial*, sobre la que, sin embargo, se reconoce que aún hace falta perfilar las prácticas concretas. Algunos antecedentes se encuentran en trabajos puntuales que abordan el rol del trabajador de la salud mental en los emprendimientos sociales (Castro Ferro, 2011). Sin embargo, y como vimos en el discurso de la ley, existe una tensión entre ese discurso y la implementación de esas prácticas planteadas en términos de acciones de inclusión. A su vez, distintas experiencias históricas fueron mostrando otras posibilidades. El 'espíritu' de estas iniciativas, asume como puntos principales: la construcción de la subjetividad, la construcción del ser social colectivo, la creación de espacios y tiempos para sostener procesos de tomas de decisiones junto a otros, como también de espacios y tiempos para la producción, ya sea de cosas que formen parte de un camino hacia el auto sustento, ya sea la producción en un sentido amplio de creación.

La sanción de la Ley 26.657 quiebra, así, la tradición hegemónica *manicomial* asilar que asocia la salud mental a la especialidad médica de la psiquiatría, para darle lugar a la idea de democratización de los saberes en el abordaje integral de los equipos de trabajo de salud. De este modo, hay una reivindicación democrática en relación a la igualdad al interior del conjunto de los profesionales que se presenta de modo muy diferente al que sostenía la hegemonía psiquiátrica. Esto se expresa en la propuesta de la igualdad de condiciones entre los profesionales con título para desarrollarse en cargos de gestión y conducción de las instituciones y servicios de salud mental pública, tratándose de funciones ejercidas habitualmente por psiquiatras (Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Cap. VI. Art.13, 2010).

Se cuestiona entonces la idea de autoridad vertical en la búsqueda de un planteo diferente de gestión en salud mental que distribuya un peso equitativo a los agentes de salud y democratice las prácticas. Desde la mirada de la multiplicidad que propone



la ley para regir la labor de los equipos de salud mental, los agentes de salud no son solo los profesionales (Ley Nacional de salud Mental 26.657. Cap. VII. Art. 29, 2010).

Se podría, en este marco, insinuar una cierta responsabilidad de las disciplinas que atiendan a la complejidad del campo de la salud mental, sobre todo desde la dimensión de lo social. Interpretamos que 'lo social' se entiende en por lo menos dos sentidos: el sentido de que es la sociedad toda la que está comprometida en el sostenimiento de un enfoque sobre la salud mental de carácter integrador, y en el sentido de que se reconoce que existen varias disciplinas que permiten aportar a esta construcción de salud-integradora y de salud-integral –tanto que podríamos denominar la concepción que subyace como un bienestar que recorre toda la experiencia humana, y no solamente los aspectos químicos, que solían pensarse atendidos desde la psiquiatría médica. Serían así pensadas como una dimensión no externa que refleja la implicación de los actores que participan del campo a la hora de llevar a la práctica la construcción de acciones de salud.

Desde el enfoque de la política pública, el campo de saberes y las prácticas sociales que componen la salud mental asumen, además, una forma de articulación susceptible de plantearse en términos de *proceso*. De hecho, se define la salud mental como un proceso determinado por componentes de diferente naturaleza: histórica, socioeconómica, cultural, biológica y psicológica. De esta noción se desprende también un modo singular de comprender al paciente, ya no como objeto de asistencia sino como sujeto de derecho, activo en su propio proceso de construcción de la salud, y ciudadano, actor social que circula en la sociedad. En la sección ulterior se destacará esta perspectiva.

### **Salud mental: una lectura desde prácticas en proceso**

Franco Basaglia (1979) pensaba al paciente desde dos lugares: desde sus síntomas, como un enfermo; y desde su situación de exclusión y estigmatización, como la expresión de un síntoma social. En esa dirección, denuncia el carácter segregacionista de la psiquiatría dominante en la época. Esta disciplina ubicaba la enfermedad como función pasiva y al paciente como objeto: así, el enfermo mental era considerado un marginado que compone una contracultura respecto de la norma definida en términos de productividad; el enfermo mental se encuentra sometido a una ideología de la diferencia que exaspera la distancia que separa los opuestos salud y enfermedad, norma y desviación y que estigmatiza a los fines de mantener el desarrollo económico.

En esta perspectiva, se apuesta a la autonomía y al trabajo en una defensa de la libertad de trabajar como una terapia legítima para combatir la locura. En contrapartida, las personas marginadas del mundo del trabajo son colocadas en una situación pasiva, de anulación social, y una de las instituciones para ellas destinada es el manicomio. Así, Basaglia coloca en la escena pública la violencia propia del régimen asilar, defendiendo las condiciones de libertad y los derechos del paciente, sostenidas



en la voluntad política de imaginar y construir nuevas posibilidades para alojar la locura (Basaglia, 1979).

Si nos preguntamos por los efectos de los procesos de asimetría en la salud mental es preciso ubicarla en el contexto actual. En ese sentido, es posible proponer determinados tipos de prácticas que hoy toman el signo de contra-hegemonía de lo manicomial, como por ejemplo el tipo de práctica que se lleva adelante en la empresa social La Huella, que funciona en el hospital monovalente José T. Borda de la ciudad de Buenos Aires. Este proyecto sostiene como apuesta la combinación de la salud mental comunitaria con la construcción de muebles y objetos. No es solamente esto lo que le confiere ese carácter, sino la idea de que forman una cooperativa, de que tienen momentos de asamblea, y de que entre todos van buscando modos de aprender a tomar decisiones, proceso fundamental de este enfoque no manicomial dirigido a promover la subjetividad.

Asimismo, el Primer Nudo de Promoción de la salud, una propuesta urbanística y de salud realizada conjuntamente por organizaciones sociales, actores barriales, arquitectas/os, trabajadores del campo de la Salud Mental, entre otros, para el área de los hospitales neuropsiquiátricos del barrio de Barracas, alternativa a la iniciativa oficial del Centro Cívico en la Ciudad de Buenos Aires. El Frente de artistas del Borda, por su parte orienta su experiencia de producir arte como herramienta de transformación social y de las individualidades de pacientes internos y externados del hospital Borda.

### **¿Qué subyace a las lógicas identificadas?**

En las secciones anteriores se presentaron modos distintos de concebir la práctica sobre la salud mental. A una se la denomina como la lógica manicomial y a la otra como la lógica democratizante. Si bien estas lógicas no están presentes en estado puro, puede afirmarse que las instituciones tienden a una u otra forma. En esta sección comentaremos los enfoques que creemos subyacen en cada una de estas lógicas.

Si consideramos que el manicomio rebasa las instituciones de encierro para adoptar un posicionamiento amplio respecto de qué es el manicomio, es posible comprender que se trata de una *lógica* rectora de una multiplicidad de prácticas que se desarrollan en el ámbito de la salud y que se asocian al encierro, la reproducción, la repetición, el aplastamiento y la abolición del sujeto.

Sobre la base de la *lógica manicomial* subyace la vulneración de derechos, que se localiza actualmente no solo en la institucionalización de internos, sino además en la masificación del recurso medicamentoso, en la inequidad del acceso a los servicios de atención primaria y las prestaciones de salud mental estatales, así como en los procedimientos policiales y judiciales emparentados a situaciones de abuso, violencia, explotación, encierro, discriminación y estigmatización.

Es sustancial considerar qué ocurre con las personas que se encuentran privadas del acceso a servicios de salud por verse implicadas en situaciones de vulnerabilidad social



o desafiliación. Dichas situaciones lesionan la autonomía y la posibilidad del ejercicio efectivo del derecho a la salud en general y a la salud mental en particular.

La inequidad en el acceso a los servicios de salud desencadena algunas situaciones sociales y subjetivas que obedecen a la fragilidad institucional y política imperante asociadas con lo que Robert Castel entiende como *desafiliación*. Bajo esta denominación podemos describir escenas diferentes de una misma experiencia que pone en juego la desconexión social. La situación de des-afiliación define un habitar por fuera de un encuadre y un entronque, de una inscripción identitaria que opera como marca de procedencia. Se trata de personas que se separan de las normativas y las regulaciones que reproducen y reconducen la vida social.

Sin embargo, como toda la vida social siempre está sujeta a un campo de indeterminaciones, también encontramos posibilidades distintas a las de la *repetición*. Es decir, la desconexión social que se juega en la desafiliación de ciertos grupos y sujetos no clausura sus posibilidades de crear lugares diferentes, de hecho según Castel, a partir de la deriva de la normativa y regulación social puede inventarse algo. Instalándose fuera del juego de las transmisiones y sucesiones socialmente reguladas, puede concebirse una figura completamente distinta de organización de los intercambios, un modo nuevo de representarse el parentesco, de ligar las alianzas y de habitar el mundo (Castel, 1997).

Hay entonces una diferencia que no necesariamente equivale a precariedad y que instala a estas personas en un nuevo orden de cosas que puede fundar la apuesta a una potencialidad. De este modo, identificamos que existen ciertos modos de producir la desafiliación que tienen un carácter de producción. Dicha producción nos exige, en todo caso, contar con otro marco de interpretación para poder describir sus alcances y analizar su posicionamiento en el mundo social.

En principio, la condición de desafiliación se revela en la confluencia de dos situaciones signadas por el déficit: la precariedad en las condiciones materiales de existencia y la fragilidad de la red social para ofrecer lugares de respuesta y alojamiento del malestar.

Esta doble articulación del déficit instala una convergencia y, así, establece un campo de actuación en el cual la salud mental para ciertos sectores se ejerce de determinadas y específicas maneras.

En función de esa convergencia, Castel (2001) define la desafiliación como una forma particular del vínculo social que afecta a poblaciones susceptibles de depender de intervenciones sociales, no solamente porque se encuentran amenazadas por la insuficiencia de recursos materiales sino también porque están fragilizadas por la labilidad del tejido social.

Estas poblaciones fragilizadas se componen de personas precarizadas en su condición ciudadana y por lo tanto en el ejercicio de sus derechos.



En contrapartida, una *lógica democratizante* toma como enfoque subyacente el de la política y la ciudadanía.

Según Castoriadis, cuando la democracia se piensa como un régimen de *sentido* y no como un 'mero procedimiento', estamos en condiciones de sostener que existe una igualdad jurídica tal que permite un pensamiento en paridad de condiciones, y por lo tanto, una habilitación concreta para tomar decisiones colectivamente. Su modo de pensar también cuestiona la posibilidad de que existan verdaderos procesos democráticos en situaciones históricas signadas por una enorme desigualdad económica. Así, no puede haber igualdad política si existe una inmensa desigualdad económica (Castoriadis, 1993).

En ese sentido es interesante plantear, respecto de las prácticas democratizantes, sus condiciones de producción vinculadas a un suelo de desigualdad económica que se traduce en desigualdad política.

La dimensión política de la perspectiva democratizante como modo legítimo de perfilar prácticas de salud implica ponderar que la creación de dispositivos alternativos de atención depende de una decisión política de inversión económica de las gestiones gubernamentales. No obstante, es interesante señalar que la denuncia de la ausencia de voluntad política en materia de salud mental no clausura nuestras posibilidades de generar efectos desde el dominio de las voluntades subjetivas, desde la implicación en un trabajo por hacer, autogestivo.

La condición política del sujeto está sostenida tanto por la acción como por la libertad que lo enfrenta a un campo de posibilidades. En congruencia con este posicionamiento, la complejidad de la salud mental puede leerse focalizando en la necesidad de encarnar las acciones políticas necesarias para garantizar su ejercicio y legitimarse en la vida de las personas. Nuestras acciones ciudadanas son políticas y nos permiten construir un horizonte. En esa dirección: "Si entendemos por político un ámbito del mundo en que los hombres son primariamente activos y dan a los asuntos humanos una durabilidad que de otro modo no tendrían, entonces la esperanza no es en absoluto utópica" (Arendt, 2007).

Democratizar el campo de la salud mental en el sentido de la equidad obedece a la puesta en marcha de algunas acciones específicas vinculadas, por un lado, a la generación de prácticas de inclusión enmarcadas en una lógica de pensamiento que se oponga a la reproducción de las lógicas manicomiales. Por otro lado la apuesta al trabajo sostenido en el enfoque interdisciplinario y la efectivización de la idea de intersectorialidad por parte del conjunto de la comunidad y en tanto se haga efectiva no solo entre profesionales.

Así, una legitimación democrática de la salud mental implicará remover y revisar los sentidos singulares que construimos para ella, reconociendo el estatuto político de las acciones de salud que pueden ser llevadas a la práctica en la vida de todos los ciudadanos. Tomando el sesgo político que traspasa la salud mental como campo, se





reconoce que este articula y determina las situaciones de ciudadanía. El estatuto de ciudadanía es pensado como un lugar simbólico donde alojar el ser, una inscripción fundante que se cifra en dos órdenes, público y privado, y que instala una referencia social para la identidad.

En ese sentido las prácticas enmarcadas en un lugar diferente al de la reproducción de las lógicas manicomiales pueden enfocar su trabajo en la recuperación del estatuto de ciudadanía apuntando a la construcción de una referencia que funcione como puente de un trayecto que va de paciente a ciudadano. Al documentar y analizar las situaciones propuestas para pacientes en camino a la des-institucionalización, se arribó a la conclusión de que el tránsito de paciente a autor, propuesto por algunas instituciones que vinculan el aprendizaje y la actividad artístico-creativa con el tratamiento de los padecimientos mentales, funda un sujeto capaz de tomar decisiones –comenzando por su propia situación. Este movimiento da lugar a un modo diferente de estar en el mundo, creado por él/ella mismo/a, y sostenido entre el límite impuesto por la realidad y la posibilidad de imaginar, generada por las relaciones nuevas –entre creación, aprendizaje, construcción de objetos de arte, simbolización, producción de un nuevo régimen de sentido (Acosta, 2012).

### **A modo de conclusión**

En la recientemente sancionada Ley 26.657, del 2 de diciembre de 2010, se plantea que la inserción social plena es uno de los ejes básicos y fundamentales para el abordaje y tratamiento de personas con padecimientos mentales. En este sentido, es necesario analizar cuáles son las situaciones institucionales que permiten el ejercicio de dicha inclusión, entendida como una reivindicación de la ciudadanía, y bajo qué condiciones se hace posible que dicha institucionalidad contribuya a sostener ese eje como una práctica efectiva.

La Ley 26.657 fue pensada como una nueva formulación en los modos históricos en que los problemas de salud mental pueden plantearse y ser abordados en sus aspectos teóricos, políticos y prácticos. El avance que promueve la ley invita a la articulación del proceso de des-manicomialización, con la inclusión social de los usuarios del sistema de salud mental, tomando como punto de partida la instrumentación de las prácticas que están asociadas a una lógica democratizante subyacente.

En la Argentina existen dispositivos de trabajo enmarcados en la lógica de desmanicomialización que proponen el ejercicio de la salud mental como una construcción y un derecho. Se entiende así que la impugnación del manicomio demanda la puesta en marcha de acciones de inclusión.

A partir de una lectura de la normativa vigente y de las prácticas que se encuentran en proceso como búsquedas de sentidos consistentes a la letra de la ley, pudimos



despejar dos lógicas distintas en tensión, una ligada al modelo asilar manicomial y otra de naturaleza democratizante.

Como cierre, se postula el valor de identificar y analizar las condiciones que presentan aquellos espacios que ponen en marcha acciones de inclusión social enmarcados en la lógica señalada. En términos generales, se partió de suponer que este tipo de espacios, en su lógica institucional, ponen de manifiesto que la lógica manicomial es impugnada a partir de la práctica de otros modos de ser y hacer que sostengan la inclusión desde una perspectiva múltiple: socio-afectiva, socio-laboral y social institucional en paridad con otros.

Considerar el marco de la ley nacional actual trae la potencialidad de ponderar una construcción procesual de la salud mental. Asimismo, en la perspectiva de la asimetría, es provechoso revisar cuál es el lugar de las leyes a la hora de orientar las acciones humanas hacia la justicia y la garantía de derechos: a la salud mental, a la ciudadanía, a la vivienda digna, a la identidad.

Generar las condiciones para revertir los procesos de asimetría que atraviesan el campo de la salud mental es un proceso indeterminado, en el que es relevante documentar, analizar y comunicar los efectos de las prácticas en las instituciones, en tanto es a través de la reflexión y el análisis de estas prácticas realizadas que se podrá ir sustentando procesos de cambio. Para el relevamiento puede resultar conveniente el empleo del enfoque etnográfico, desde el cual producir estudios comprensivos de las propuestas institucionales que permitan ser interrogadas desde la perspectiva de la tensión entre las lógicas manicomiales y a los fines de realizar un aporte al campo de la salud mental en el sentido de su transformación. Como propuesta metodológica, el enfoque etnográfico resulta fértil para la interpretación de tramas de sentidos – explícitas o implícitas– producidas por colectivos humanos. De ese modo, se propone su utilidad para la identificación y el análisis de prácticas y sentidos que orientan el hacer democratizante, así como su potencialidad para guiar la responsabilidad de narrar la experiencia y de transformarla desde la participación y convivencia directa con los diferentes actores que sostienen la vida institucional.

El posicionamiento en este enfoque es congruente con el propósito de trabajar para alojar la salud desde un enfoque abierto a la multiplicidad y ya no clausurado en la enfermedad que nos implicará a todos en el trazado de caminos de creación, inclusión y equidad.

### **Referencias Bibliográficas**

- Acosta, M.C. (2012). Potencialidades del aprendizaje creativo en salud mental: Reflexiones sobre una formación interdisciplinaria. *Revista Postconvencionales*, N°5, Venezuela, 2012, 237.



- Acosta, M.C. (2014). Algunas contribuciones a la salud mental como campo político y escenario en transformación. III Jornadas de iniciación a la investigación interdisciplinaria en Ciencias Sociales, publicado en CD, ISSN 23623047.
- Arendt, H. (2007). *¿Qué es la política?* Barcelona: Ediciones Paidós.
- Basaglia, F. (1979). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Castel, R. (1997). La novela de la desafiliación. *Revista Topia*, n° 19. Buenos Aires, Argentina
- Castoriadis, C. (1993). La cuestión de la democracia. Posibilidades de una sociedad autónoma. *Revista Zona Erógena* n°44. Buenos Aires, Argentina.
- Castro Ferro, I.G. (2011). El rol del trabajador de la salud en los Emprendimientos sociales en Salud Mental. II Jornadas de Psicología institucional, UBA, Buenos Aires, Argentina (Paper).
- Cohen, H. & Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la Reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina. (2010). Ley Nacional de Salud Mental 26.657.