



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

SALUD MENTAL Y CIUDADANÍA

La composición de un nosotros

TESIS DOCTORAL

María José Agüero de Trenquallye

DIRECTORA

Margot Pujal i Llombart

Universitat Autònoma de Barcelona
Facultat de Psicologia
Departament de Psicologia Social
Estudis de Doctorat en Psicologia Social • 2017



SALUD MENTAL Y CIUDADANÍA

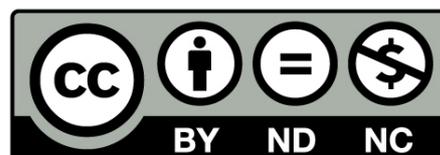
La composición de un nosotros

TESIS DOCTORAL
María José Agüero de Trenqualye

DIRECTORA
Margot Pujal i Llombart

Universitat Autònoma de Barcelona
Facultat de Psicologia
Departament de Psicologia Social
Estudis de Doctorat en Psicologia Social • 2017





Puede compartir-copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente esta obra,
bajo las siguientes condiciones:
Atribución / No Comercial / Sin Obras Derivadas.

© María José Agüero de Trenqualye, 2017

SALUD MENTAL Y CIUDADANÍA

La composición de un nosotros

María José Agüero de Trenqualye

Tesis Doctoral

Dirigida por

Margot Pujal i Llombart

Candidata a Doctora

Directora

Departament de Psicologia Social
Facultat de Psicologia
Universitat Autònoma de Barcelona
Estudis de Doctorat en Psicologia Social • Junio 2017



AGRADECIMIENTOS

A Margot Pujal por acompañar y guiar este trabajo, pero sobretodo, por permitir generosamente que explorara hasta perderme, confiando en el sentido de la búsqueda, y permaneciendo cerca en actitud atenta para ver qué salía de ahí.

A Júlia por ser una compañera alegre y estimulante durante buena parte de este proceso.

A Francisco Tirado y su grupo de trabajo, por la invitación a leer con curiosidad rigurosa.

Al Grup d'Estudis Socials de la Subjecció i la Subjectivitat des d'una Prespectiva de Gènere, por cultivar un estilo de vida académico generoso y respetuoso.

A las colegas del CAP, por dejarme entrar en sus lugares de trabajo, y también, por la disposición para compartir muy buenos momentos.

A los usuarios del CAP, porque permitieron que entrara en sus consultas médicas, y con esto, a parte de sus vidas.

A mis padres Isabelle y Guillermo, por las maneras en que participaron en la distancia, de esta aventura.

A los amigos en Chile y en Barcelona, por los lindos encuentros que en diferentes formatos, alegraron estos años. A Francisca, Pau, Helena, Khandro y Mila, por los paseos, el pantano y los espárragos del huerto. A Anecé por disfrutar juntas del sol luego de la comida. A Francisco por jugar a la familia. A Javiera, Greta y Sebastián, por largas y entretenidas tardes por la ciudad. A Magdalena, por tantas carcajadas compartidas. A Nayaret, Daniela, Francisca, Patricia, Camila, Juan Carlos, Juan Pablo y Carole, por hacerme a recordar lo que es volver a estar en casa.

A Guillem por la generosidad que desparramó en conversaciones por la ciudad y su pueblo, mostrándome otra Catalunya y participando incluso hoy, de la concreción de este proyecto.

A Àngels, porque muchas veces funcionó como soporte. Por haber estado ahí.

A mi hermano Guillermo, por su ternura infinita y por su manera de hablarme de la vida.

A Gonzalo, por su paciencia cariñosa, su lectura cuidadosa y especialmente, su buen amor. Por lo comido y lo bailado. Por lo que viene.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	
SALUD MENTAL: LA INVENCIÓN DE UN PROBLEMA	12
PRIMERA PARTE	
EL NUEVO ORDEN MENTAL	19
Una Aproximación Genealógica	21
La Salud como Problema Biopolítico	29
El Resurgimiento de lo Mental	39
Salud Mental, una nueva Diagramación	41
<i>De la Enfermedad Mental a la Higiene Mental</i>	42
<i>De la Higiene Mental a la Salud Mental</i>	43
<i>La Definición de Salud Mental</i>	47
Restituyendo la Dispersión	49
<i>El nuevo paralelismo Cuerpo - Alma</i>	50
<i>La Salud Mental es Moral</i>	64
SEGUNDA PARTE	
PROYECCIÓN DE UNA CIUDADANÍA GLOBAL	77
De la ciudadanía mundial a la ciudadanía global	85
<i>La Federación Mundial de Salud Mental</i>	87
<i>La Salud Mental del mundo</i>	93
<i>Regionalización de la Salud Mental</i>	98

Breves notas sobre la globalización de la salud mental	101
<i>Salud para todos: la propagación de la salud y la salud mental</i>	105
TERCERA PARTE	
LA PROBLEMATIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL	115
Salud Mental y los Agenciamientos Globales	117
Salud Mental como Dispositivo	125
<i>¿Cómo es un Dispositivo?</i>	126
<i>Disciplina y Sexualidad: Apuntes para pensar la Salud Mental como Dispositivo</i>	133
<i>El Dispositivo de Salud Mental y su articulación con otros Dispositivos</i> ...	142
Salud Mental como Régimen de Productividad	151
Salud Mental como Objeto Frontera	158
Salud Mental como Sustancia Ética	161
CUARTA PARTE	
SALUD MENTAL:	
CAPTURA, TRADUCCIÓN Y COMPOSICIÓN DE LA EXPERIENCIA	170
Puntualizaciones Metodológicas	171
<i>Construyendo el Campo</i>	178
<i>Primer momento</i>	179
<i>Segundo momento</i>	182
<i>Tercer momento</i>	184
La Salud Mental en una Consulta de Medicina Familiar	187
¿Qué es Salud Mental si no es ausencia de enfermedad mental?	199
<i>Disposición</i>	200
<i>Cuerpo</i>	205

De las Tecnologías del yo a las Tecnologías del nosotros	210
CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES	
SALUD MENTAL: UNA TECNOLOGÍA DEL NOSOTROS	217
REFERENCIAS	223

INTRODUCCIÓN

SALUD MENTAL: LA INVENCIÓN DE UN PROBLEMA

En abril del 2016, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud se reunieron para discutir sobre salud mental, luego que Naciones Unidas la incluyera por primera vez, como una de sus metas para el desarrollo sostenible del período 2016-2030 («ONU. Salud - Desarrollo Sostenible», s. f.). El encuentro instaló la salud mental dentro del programa mundial de desarrollo, ya no sólo como un asunto de salud pública, sino como expuso el presidente del Banco Mundial, Jim Yong Kim, también como un problema de desarrollo implicado en las economías nacionales y global («Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return», s. f.). También durante ese año, una conocida cadena farmacéutica estadounidense, anunció la expansión de sus servicios en salud mental. Su portal de Internet le dedica un importante espacio, donde se puede ver la siguiente invitación: *“rediscover your reason to smile”*¹; en su página web se ofrecen guías y cuestionarios gratuitos para que los clientes puedan evaluar el estado de su salud mental, a la vez que disponer, en caso de requerirse, de un servicio de terapia basado en la telemedicina («Walgreens To Expand Mental Health Services - Forbes», s. f.). Aún más recientemente, el Centro Cambridge Cognition ha presentado un dispositivo portátil que diseñó para monitorear el estado de salud mental de las personas, definido por la prensa internacional como un *“fitbit² del alma”*³. El aparato lee patrones de signos vitales y a través de éstos, realiza el seguimiento de estados de ánimo, memoria e incluso felicidad del usuario. Entre las utilidades que se le augura, está su eventual aplicación como un modo para prevenir bajas laborales por depresión en empresas, mediante el control permanente del estado psicológico de trabajadores, o el monitoreo de tratamientos con medicamentos psiquiátricos, informando a farmacéuticas sobre sus efectos, así como los hábitos de uso de los

1 [http://www.walgreens.com/health/mental-](http://www.walgreens.com/health/mental-health/3200001?AID=10654946&PID=7596969&SID=skim66960X1514734X6ef50975b76267494d3d5e5893018f3f&CID=2617611&ext=7596969)

[health/3200001?AID=10654946&PID=7596969&SID=skim66960X1514734X6ef50975b76267494d3d5e5893018f3f&CID=2617611&ext=7596969](http://www.walgreens.com/health/3200001?AID=10654946&PID=7596969&SID=skim66960X1514734X6ef50975b76267494d3d5e5893018f3f&CID=2617611&ext=7596969) Consultado el 27 de mayo de 2016.

2 Monitores de actividad física, portátiles y de alta tecnología.

3 <http://www.cambridgecognition.com>

clientes (Ward, 2016). Por otro lado, en Barcelona desde 2010, la campaña contra la discriminación de personas con trastornos mentales llamada *Obertament*, ha puesto el foco sobre el estigma social que viven personas con problemas de salud mental. En un llamado a la integración de todos, podemos leer en su web que “[t]othom té salut mental, igual que tothom té salut física. Ambdues canvien durant la nostra vida i, com el nostre cos, la nostra ment es pot sentir malament”. Y agregan, “[t]enir un diagnòstic de salut mental no suposa, per tant, un impediment per portar una vida normalitzada en comunitat, i per gaudir d’una bona salut mental” («Salut mental», s. f.). Ahora bien, ¿qué tienen en común estas situaciones?, ¿qué nos dicen sobre la salud mental?

Lo más notorio, es que la salud mental se presenta en cada una de ellas como una cuestión positiva en el doble sentido del término; por un lado y en sintonía con el positivismo defendido por la epistemología del siglo XX, porque su existencia y sus consecuencias se exhiben como datos reales, su *ser* así como los efectos que se le adjudican, se entienden como innegables, y por otro lado, la salud mental aparece apelando a un valor ideal, porque su connotación desde el sentido común la revela como algo beneficioso y deseable. Pero estas situaciones exponen también otro elemento, la salud mental aparece como una propiedad de todos, que a todos atañe y debe preocupar. Finalmente, ilustran cómo a menos de un siglo de su aparición en la agenda pública, la salud mental ha conseguido ubicarse con propiedad dentro de la institucionalidad sanitaria proyectada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001; 2013), desbordando al mismo tiempo dicho espacio sanitario, para filtrarse en innumerables ámbitos de nuestra vida cotidiana (López, Ochoa, & Olaizola, 2005; Verdugo & Martín, 2002; Saavedra & von Mühlenbrock, 2009).

De esta manera, la salud mental se ha convertido en una cuestión de gran visibilidad social que sistemáticamente es referida desde plataformas tan diversas como la actividad científica, las prácticas médicas, las políticas públicas, los anuncios publicitarios, películas, artículos y columnas en periódicos o revistas, o simplemente, en conversaciones donde se apela a la *autoestima* u otra terminología asociada a los saberes *psi* para argumentar una opinión o tratar de entender una situación. Y es desde estos diversos escenarios que asuntos tan disímiles como establecer conductas y

hábitos deseados o a evitar, afrontar aspectos implicados en instituciones específicas – sanitaria, escolar, laboral, familiar, etc.-, problematizar determinadas condiciones de vida -ambientales, sociales, económicas, de género-, delimitar o estandarizar lo que se entiende por bienestar, o asumir problemas asociados a la patología mental, componen eso que llamamos salud mental. Hoy, valorar si una relación *es sana* o no, definir situaciones a través de conceptos como *estress*, *burnout*, *depresivo*, *represivo* o *bullying*, reconocer la publicidad que han alcanzado los saberes de la *sexología* en las maneras de vivir y pensar la sexualidad, asumir la popularización del uso de '*estabilizadores de ánimo*', *antidepresivos*, *ansiolíticos* o de terapéuticas diversas, por mencionar algunos ejemplos, dan cuenta de cómo nuestras existencias vienen adquiriendo formas, siendo encausadas y componiéndose a través de unas prácticas y discursos enmarcados en ciertos modos de ser, inspirados en ideales de bienestar y salud, donde la salud mental, tienen un lugar importante en la valoración y composición de nuestra experiencia cotidiana.

Por esto, la novedad no es la existencia de unas formas estandarizadas de vida, sino el papel que hoy juega la salud mental en la constitución de éstas. Desde esta perspectiva, la salud mental se refiere a una serie de estrategias individuales y colectivas que buscan gestionar diversos aspectos de la vida, y que permiten aproximarse mediante estos esfuerzos, a un ideal que apunta a un estado de bienestar y desempeño óptimos. Para esto, se ha tomado y convertido la vida cotidiana en objeto de examen. Y a partir de éste, se han generado saberes específicos y desarrollado estrategias de acción, consiguiendo formalizar y estabilizar una relación entre salud y vida cotidiana que resulta novedosa, y que se propaga más allá de lo psiquiátrico y lo patológico. De esta manera, la salud mental emerge como un referente que modula y da forma a ciertas prácticas a la vez que es hecha por éstas. Pero no se trata de cualquiera de ellas, sino de aquellas que contribuyen a componer la relación del sujeto consigo mismo y con los otros, las formas de intimidad y convivencia en sociedad, expresadas en las experiencias cotidianas. Precisamente son estas mismas prácticas, las que forman *a* y son formadas *por* la salud mental. Esta idea recursiva del hacer y ser hecho, se aproxima al concepto de *enactment* elaborado por Annemarie Mol (Mol, 2002; Mol & Law, 2004).

El objeto de esta tesis se ubica precisamente en un doble movimiento que instituye, por un lado a la salud mental en un registro ontológico distinto al de la enfermedad mental, y por otro, que descentra su objeto del campo de la atención sanitaria y lo resitúa en el conjunto de las relaciones sociales. Así, me interesará particularmente indagar cómo esta entidad de características múltiples opera como matriz de inteligibilidad para la experiencia cotidiana de las personas, no sólo juzgándola, sino sobre todo componiéndola. El punto de partida entonces es el siguiente: la salud mental ha tomado y convertido la vida diaria, común y corriente, en su objeto de examen, produciendo saberes específicos sobre sí misma y sobre la experiencia cotidiana, desarrollando además estrategias de acción singulares. Su mayor logro es haber conseguido formalizar y estabilizar una relación entre salud y vida cotidiana que resulta novedosa y que la distingue de otras tradiciones que se han ocupado de la locura, la enfermedad mental o los desvíos conductuales, así como de diversas terapéuticas que en diferentes tiempos y en toda cultura se han desarrollado en torno de las manifestaciones de malestares. De esta manera, la salud mental emerge como un proyecto específico de una época y lógica particular, donde la anticipación de futuros⁴, la pretensión de intervenir para conseguir la optimización de la población y del sujeto, y el engarce a un sistema sanitario globalizado y su noción particular de salud⁵, aparecen como elementos fundantes y distintivos de este nuevo ámbito de acción y reflexión. Todo esto redundará en una nueva conceptualización de lo humano.

A partir de lo anterior intentaré ir más allá, y plantear que la salud mental no sólo es una composición original que articula vida cotidiana con una noción de salud, sino que se trata de una tecnología (Foucault, 2000 [1975]; 2000 [1976]; 1991), cuyo pivote es cómo instituir un sujeto que se piense a sí mismo como parte de un sujeto universal que trasciende lo local. Así, podríamos plantear que en la salud mental hay una invitación, o más precisamente una exhortación a gobernarse, para en esta medida, producir un estado de equilibrio general. En otras palabras, si el poder psiquiátrico se ocupó de los excluidos y marginados, la salud mental se ocupa de la *integración*, de cómo hacer y qué

4 Mediante la noción de riesgo y las estrategias de prevención y promoción.

5 Donde la salud ya no se trataría simplemente de la ausencia de enfermedad.

hacer para formar un sujeto que pueda hacerse a imagen y semejanza de esa humanidad ficcionada e invocada en un concepto que surge de la mano de la salud mental, el de *ciudadanía mundial* (International Congress on Mental Health, 1948), y que nos ofrece un punto de fuga para pensar la salud mental ya no exclusivamente referida a la patología mental, sino implicada especialmente en la producción de una ciudadanía particular («The Mental Health of Mankind», 1948; Pelletier, Davidson, & Roelandt, 2009; Thomas, 2013; Summergrad, 2016), y con esto, en un modo singular de componer lo social. A esto, he llamado las *tecnologías del nosotros*.

De esta manera, la investigación que presento ha buscado estudiar *cómo es que la salud mental modula y compone la experiencia contemporánea*, escogiendo para trabajar sobre esta cuestión, dos trayectos. Por un lado, interesará dar cuenta de *cómo emerge la salud mental como ámbito específico*, adquiriendo una forma singular y propia, diferenciándose como ya he dicho, de prácticas centradas en la enfermedad mental. Por el otro, *cómo es que esta entidad opera, en tanto matriz de inteligibilidad de la experiencia cotidiana*, diferenciando prácticas, promoviendo hábitos, afectando la vida cotidiana de las personas, relacionando ciertos saberes, actores, espacios, para establecer unos modos estandarizados de relacionarse con uno mismo y con los otros.

Para responder a estas cuestiones e intentando atender a sus especificidades, me he propuesto dos caminos. Respecto de la pregunta que atañe al surgimiento de la salud mental y las condiciones de posibilidad para la gestación de sus problemas y prácticas, he escogido una perspectiva genealógica. La genealogía grosso modo, consiste en historizar las circunstancias de emergencia de una verdad, o dicho de otra manera, cómo lo no existente adquiere presencia o existencia en una época determinada. No se trata de buscar y proponer un origen para la salud mental, tampoco una nueva historia en busca de una identidad, más bien, me ha interesado trabajar cómo llega a aparecer la salud mental como una entidad distinguible, prestando atención a “la proliferación de sucesos a través de los cuales (gracias a los que, contra los que) se ha formado” (Foucault, 1971: 77), cómo es que se han desarrollado unas prácticas y conocimientos que llegan a constituirse en lo que llamamos salud mental, en definitiva, cómo se inventan, se forman y se despliegan estas prácticas y saberes dentro de un régimen de

verdad, para que lo que llamamos salud mental, aparezca como algo que forma nuestra contemporaneidad (Foucault, 2009).

En otro sentido y para abordar la cuestión sobre cómo opera esta entidad en tanto matriz de inteligibilidad de la experiencia cotidiana, he optado por un enfoque de corte etnográfico. Su elección se debe a su capacidad para dar cuenta de las interacciones y los sentidos dados a éstas en la vida cotidiana, e identificar en qué momento emerge en las prácticas y discursos de las personas, algo vinculado a la salud mental, o dicho en otras palabras, en qué momento se hace y actualiza la salud mental en las prácticas y discursos de los actores. Poner acento en acciones cotidianas, posibilita situar en el centro a las personas que en el hacer, sostienen y producen los mundos que habitan (Garfinkel & Sacks, 1970). La técnica analítica por excelencia de este método, es la descripción a través de una escritura reflexiva que dé cuenta de los problemas y preguntas surgidos en el proceso de construcción de campo (Marcus, 1995).

En la *Primera Parte: El nuevo orden mental*, abordaré cómo la salud mental deviene *problemática*. Para esto, se revisan ciertos hitos históricos que aportan elementos para entender la conformación de la salud mental en un problema de salud pública, profundizando en la discontinuidad de ésta respecto de la psiquiatría. Así, la primera proposición que introduzco, plantea que la salud mental corresponde a una discontinuidad del orden psiquiátrico (Foucault, 2005). Este apartado muestra cómo las condiciones de emergencia de la Salud Mental se producen en un momento de cambio de época. Un nuevo orden del mundo se produce y con ella una nueva manera de entender la ciudadanía. Es en esta dirección que la Salud Mental emerge como una de las formas requeridas para la producción de esa nueva forma de ejercicio de la ciudadanía, una ciudadanía mundial como menciona el documento fundador. El carácter universal de la salud mental, carácter que trasciende cualquier especificidad cultural, es el fundamento de su universalización. En la *Segunda Parte: Proyección de una ciudadanía global*, me interesa mostrar cómo la salud mental se expande en el Globo a través de una serie de mecanismos. Para universalizarse, es necesario a la vez construir las redes institucionales para su propagación, es decir las redes que posibilitan su internacionalización. En este apartado, quiero mostrar cómo la salud mental

apuntala la emergencia de este nuevo tipo de ciudadanía al que podemos catalogar de global. Así universalización e internacionalización aparecen como dos procesos concurrentes que trabajan al unísono para la conformación de la salud mental como una entidad presente en todo el globo. En la *Tercera Parte: Problematización de la salud mental*, me interesa mostrar cuál es la conexión de aquellos mecanismos globales con la relación diaria y cotidiana con la Salud Mental. Es aquí donde desarrollo la idea de que ésta es un ser de ontología múltiple por tanto que posee distintas formas de expresiones y realizaciones. De esta manera conceptualizo a la Salud Mental como dispositivo, también como objeto frontera, y sustancia ética. Por último, en la *Cuarta Parte: Salud Mental, captura, traducción y composición de la experiencia*, me ocuparé de desarrollar cómo, y a través de qué mecanismos, las proposiciones anteriores operan en la vida cotidiana. Para esto, presento material del trabajo de campo, realizado en un Centro de Atención Primaria de la provincia de Barcelona. Ahí observé a través de un ejercicio etnográfico, la consulta clínica de una médica de familia durante 9 meses. Finalmente, desarrollo la proposición según la cual en la salud mental se daría un desplazamiento en las tecnologías del yo, hacia unas nuevas tecnologías que he llamado *tecnologías del nosotros*. La salud mental se constituye en tecnología de gobierno y de subjetivación en simultáneo, en tanto deviene tecnología del nosotros. A diferencia de las tecnologías del yo, éstas consisten en una serie de tácticas, mecanismos y procedimientos aplicados sobre sí mismo, que toman formas vitales definidas y estandarizadas previamente por la tecnociencia y el mercado, incorporándolas fragmentaria y cognitivamente a la producción de sí, en la búsqueda de participar, de integrarse, en un ideal provisto por la norma, y cuya preocupación no se centra en la creación de un sí mismo, sino de un sujeto universal y ficcionado.

PRIMERA PARTE

EL NUEVO ORDEN MENTAL

El objeto de esta tesis es la salud mental, y lejos de entenderla como una entidad claramente definida, propongo estudiarla como un conjunto de relaciones y prácticas asociadas a la producción de uno mismo en relación siempre con otros. Lo que me interesa es explicar cómo ésta pone en acción y produce ciertos modos de ser matizados por el ideal de salud como metavalor. Vista de esta manera, la salud mental es más que un estado de equilibrio emocional del sujeto en relación a otros.

Frente a este modo de plantear el problema, la pregunta que surge es cómo abordar la salud mental como matriz de inteligibilidad de la experiencia cotidiana de las personas teniendo en cuenta su complejidad, sus alcances pero también sus límites. Lejos estoy de afirmar sus efectos como totalizantes, omnipresentes, muy por el contrario, estos forman parte de otro tipo de relaciones que ayudan a configurar ciertos modos de vida y, por ende, diferentes tipos de prácticas y relaciones con uno mismo y los demás. Precisamente lo que me interesa tiene que ver con esto último: cómo los discursos, las prácticas, instituciones, saberes, recursos, entre otros que componen la salud mental como una entidad de característica múltiple funcionan como aspectos subjetivantes que producen no sólo la mismidad de los sujetos sino también las formas en que gestionarán sus relaciones con otros y sus diferencias. O dicho de otra manera, cómo ciertas prácticas y relaciones que giran en torno a la idea de la salud mental logran instituirse como sustancia ética, apuntalando a la salud como meta valor para la constitución moral de los sujetos y sus relaciones. Para llevar a cabo dicha tarea, me he hecho dos preguntas: 1) cuáles fueran las condiciones para que la salud mental emerja como la entidad que conocemos al punto de jugar esa función clave en la constitución normal del ideal de sujeto occidental y luego global y 2) cómo funciona y opera en tanto que dispositivo normalizador de la experiencia cotidiana de las personas. Ambas preguntas apuntalan esta investigación, cada una de éstas se dedican a responder dos aspectos ineludibles para dar cuenta de su función subjetivante, por un lado su

constitución envuelta en redes de saber-poder y por otra su funcionamiento discerniendo y categorizando experiencias de manera pragmática.

En este apartado trabajaré el surgimiento y desarrollo de la salud mental, no con el propósito de esbozar una historia lineal y progresiva sobre ésta, sino para indagar cómo es que se constituye en un ámbito de reflexión e intervención específico, con dinámicas y lógicas particulares, con acontecimientos y problemas distintivos. Si bien, por lo general, se ha considerado la salud mental como una puesta al día de la psiquiatría moderna, al asociar su campo de acción y preocupaciones principalmente con el abordaje y tratamiento de las enfermedades mentales, quisiera desarrollar aquí una lectura diferente desde la cual pensar la salud mental como una proposición específica, que aunque se nutre de conocimientos, prácticas y experiencias del poder psiquiátrico, introduce una discontinuidad respecto de éste y la enfermedad mental, la alienación o la desviación como ejes estructurantes (Foucault, 2005). De esta manera el punto de partida que propongo para esta investigación, es que la salud mental es una composición original cuyo objeto ya no se centra en la enfermedad, sino en la producción y reproducción de un ideal de salud ligado a la experiencia cotidiana de los individuos, que traza y despliega un tipo particular de ciudadanía. Para esto, tomaré las relaciones de los sujetos consigo mismos y los otros como problemas que son reducidos a cuestiones de salud. A partir de lo mencionado, me interesará indagar no sólo en la especificidad que implica, también cómo es que la salud mental se ha ido configurando como un problema social relevante; cómo ha ido apareciendo como un argumento específico en relación a cuestiones concretas, cómo se ha constituido en el tema de relevancia que conocemos en la actualidad. En otras palabras, cómo se ha llegado a producir como una cuestión a abordar, eso que en algún momento y bajo ciertas condiciones y circunstancias, se organizó y nombró como salud mental.

Una Aproximación Genealógica

Para llevar a cabo esta exploración he optado por una aproximación genealógica. Esto se debe, principalmente, a que mi foco de interés se centra en indagar cómo la salud mental se constituye como campo y modo de pensamiento y acción específicos a mediados del Siglo XX y cómo esa emergencia opera en el presente. La genealogía, desarrollada por Nietzsche y luego retomada por Michel Foucault, se caracteriza por atender a las relaciones de poder que participan en la constitución y emergencia de una entidad en tanto nuevo modo de ejercicio y formación de las relaciones de fuerza y de saber. De esta manera, procuraré narrar aspectos de la historia sobre cómo una verdad se instituyó como tal y permitió que hoy se hable de, a la vez que se practique, la salud mental. Adoptar esta aproximación conlleva un carácter doble, por un lado posibilita construir una posición desde la cual mirar, y por otro, aporta elementos prácticos y procedimentales para llevar a cabo una indagación como la que me propongo. En tanto perspectiva, la genealogía entiende la emergencia de cualquier entidad como efecto de relaciones de fuerza y poder, siendo siempre producto de esas tensiones. Como aproximación metodológica, plantea ciertos principios para el abordaje y comprensión del devenir, en este caso, de la salud mental; así, según el *principio de discontinuidad* se debe tratar a los discursos y las acciones como prácticas emergentes a las que no suponemos la existencia de algo detrás de éstas que las habitaría de manera constante, a su vez y conforme con el *principio de especificidad*, consideramos las prácticas y discursos sobre salud mental como acciones sin origen prediscursivo, entendiendo el discurso como una práctica que se impone a las cosas, y finalmente, de acuerdo con el *principio de exterioridad*, interesarán las condiciones de aparición —de posibilidad— de la salud mental (Foucault, 1997). Siguiendo estos principios, la propuesta genealógica consiste en identificar cuál es el *se dice* y el *se ve* de una época, tratando de entender cómo se alcanzan esas enunciaciones y visibilidades que conforman el *archivo audiovisual* epocal los cuales participan directamente en las relaciones de poder (Deleuze, 2014).

En *Nietzsche y la genealogía*, Foucault explicitará los fundamentos filosóficos que toma de este autor y que adapta a su propuesta. A diferencia de la arqueología, centrada principalmente en la búsqueda de enunciados, la genealogía se centrará en el estudio y análisis de las fuerzas, es decir se abocará a explicar cómo se producen y configuran las relaciones de poder. La adopción de este método por su parte, se debe a la necesidad de atender los aspectos no discursivos presentes en la producción de los estados de cosas que habían quedado en un segundo plano por la preeminencia de lo discursivo. La tarea indispensable de la genealogía será percibir la singularidad de los sucesos, es decir los aspectos discursivos y no-discursivos de su composición. El sentido de la genealogía no es la verdad del pasado sino el análisis del pasado de las verdades que dan forma a nuestro presente. Al ser este su sentido, requerirá una confrontación con el modo moderno de entender la historia. Dirá Foucault:

“La genealogía no se opone a la historia como la visión de águila y profunda del filósofo en relación a la mirada escrutadora del sabio; se opone por el contrario al despliegue metahistórico de las significaciones ideales y de los indefinidos teleológicos. Se opone a la búsqueda del origen” (Foucault, 1995: 71-72)

De esta manera, la propuesta genealógica se distancia de la influencia platónica y cristiana del origen de la verdad pero también del historicismo moderno que liga todo devenir a un sentido final, tal como es el caso del marxismo y su futuro prometido de la sociedad sin clases. La genealogía no sabe de orígenes ni de fines, se abocará a dar visibilidad a las condiciones de aparición de los sucesos guiado por lo que el autor de *La gaya ciencia* denominará el sentido histórico. Precisamente, en *Nietzsche y la genealogía*, Foucault analizará cómo Friedrich Nietzsche se aleja de la idea de origen aportando otros empleos a la palabra alemana *Ursprung*. Entre éstos se encuentran los términos *Herkunft* y *Entstehung* que, a pesar de que ambos suelen ser traducidos como origen, poseen ciertos matices respecto a esta palabra. En su libro *La Genealogía de la Moral*, Nietzsche discute con los moralistas ingleses de la época. Mientras que para estos tras la moral se encuentra siempre un sentido de utilidad, para él lo que habrá será un campo de fuerza, una relación de dominio que dará cuenta de una

transmutación de los valores. En cierta medida, estos términos vienen a plantear esta tensión.

El primero de ellos, *Herkunft*, puede traducirse como fuente o procedencia, y es usado por Nietzsche en el estudio de la conformación de un individuo para "*percibir todas las marcas sutiles singulares, subindividuales que pueden entrecruzarse en él y formar una raíz difícil de desenredar*" (Foucault, 1995: 76). Como dice Foucault, lejos de ser una categoría de semejanza, se trata de identificar y desembrollar todas las marcas diferentes que participan en la composición de algo. Esta categoría asume la diferencia como constitutiva y en cierta medida va contra el intento de primar de cualquier principio de unidad e identidad. De esta forma, el análisis de la procedencia permite disociar lo dado como uno y hace emerger la multiplicidad de acontecimientos que lo producen como tal. Al respecto, dice Foucault: "*La procedencia permite encontrar bajo el aspecto único de un carácter, o concepto, la proliferación de sucesos a través de los cuales (gracias a los que, contra los que) se han formado*" (Foucault, 1995: 77). Este hallazgo no significa que el objetivo de la genealogía sea mostrar que el pasado sigue aún vivo en el presente como si su destino hubiese sido dibujado de antemano. Lejos de eso, distanciado de cualquier evolucionismo, supone mantener lo pasado en la dispersión que le es inmanente. Esto implica percibir los accidentes, los fallos, sus errores, todos esos elementos que del mismo modo que los aciertos han contribuido para que las cosas sean lo que son. En cierta medida se trata de "*descubrir que en la raíz de lo que conocemos y de lo que somos no están en absoluto la verdad ni el ser, sino la exterioridad del accidente*" (Foucault, 1995: 77). Este acento en la dispersión hace del estudio de la procedencia una actividad que no funda sino que remueve aquello que parece o parecía inmóvil, se trata de ir contra la estabilidad de las esencias y la comodidad del ser. Las procedencias, en cierta medida, son las distintas fuentes, grandes o pequeñas, caudalosas o exiguas, que participan en la constitución de lo que somos y que muestran la contradicción y la imposibilidad de la unidad de todo cuanto es, su búsqueda "*fragmenta lo que se pensaba unido; muestra la heterogeneidad de aquella que se imaginaba conforme a sí mismo*" (Foucault, 1995: 78). Adoptar este principio metodológico y en cierta medida ontológico para el estudio de la salud mental, me

permitirá poner el acento en una infinidad de situaciones, acontecimientos y personajes que movilizaron y posibilitaron la aparición a comienzos del Siglo XX de la salud mental.

El segundo de los términos, *Entstehung*, hace referencia a la emergencia, el punto de surgimiento. Nos dice Foucault que del mismo modo en el que solemos inclinarnos a buscar la procedencia en una continuidad sin interrupción, sería un error dar cuenta de ésta por el término final, es decir por el momento presente o aquello que queremos explicar. En un estilo sumamente nietzscheano dice: *"Como si el ojo hubiese aparecido, desde el principio de los tiempos, para la contemplación, como si el castigo hubiese tenido siempre por destino dar ejemplo"* (Foucault, 1995: 79). Lo que está de fondo en esta crítica es la asignación del presente como el origen de la explicación, la genealogía, a contracorriente de la metafísica histórica, restablece el desorden, la dispersión y el accidente, dando cuenta del juego azaroso de las relaciones de poder. Precisamente, la emergencia se produce siempre en un determinado estado de fuerzas, así, su análisis debe mostrar siempre su juego, las maneras en que éstas luchan entre sí; en otras palabras, la emergencia es la puesta en escena de las fuerzas, es la irrupción, el golpe de puño del azar que reconfigura las reglas de juego. Si la procedencia tiene que ver con lo que lo constituye y el modo de constitución signado por la dispersión de lo heterogéneo, la emergencia será la escena en la que se distribuyen esos elementos. En esta dirección Foucault dice:

"Mientras que la procedencia designa la cualidad de un instinto, su grado o su debilidad, y la marca que éste deja en un cuerpo, la emergencia designa un lugar de enfrentamiento; pero una vez más hay que tener cuidado de no imaginarlo como un campo cerrado en el que se desarrollaría una lucha, un plan en el que los adversarios estarían en igualdad de condiciones; es más bien -como lo prueba el ejemplo de los buenos y los malos- un no lugar, una pura distancia, el hecho de que los adversarios no pertenecen a un mismo espacio. Nadie es pues responsable de una emergencia, nadie puede vanagloriarse; ésta se produce siempre en el intersticio" (Foucault, 1995: 81)

Por lo anterior, la emergencia, en tanto que diagramación del juego de fuerzas, será el punto que posibilita identificar la ruptura y la transformación de los modos de ejercicio

del poder. Como veremos más adelante, esta categoría me permitirá explicar cómo el nacimiento de la salud mental tendrá mucho que ver con la reconfiguración de las relaciones políticas a nivel global, incluso con la aparición radical de una nueva manera de entender la humanidad y, por ende, de un nuevo contrato civil de escala mundial que conectará de un modo singular biología con derecho. También, será la categoría que permitirá pensar en una ruptura, en un punto de quiebre respecto a la lógica que soportaba la práctica psiquiátrica a finales del Siglo XIX y en la primera mitad del XX.

En su diálogo con Nietzsche, Foucault se pregunta cuáles son las relaciones de la genealogía definida como búsqueda de la procedencia y de la emergencia con la historia. En cierta medida, el enfoque genealógico se opone a la historia o al menos a aquella historia que reintroduce el punto de vista suprahistórico, es decir una historia cuyo principal cometido es reunir una totalidad cerrada sobre sí misma y de asignar un sentido exclusivo de reconciliación del pasado con el presente. Lo que critica Nietzsche es este tipo de historia que precisa un punto de apoyo fuera del tiempo para pensarse y desplegarse, *"que pretende juzgarlo todo según una objetividad de apocalipsis; porque ha supuesto una verdad eterna, un alma que no muere, una conciencia siempre idéntica a sí misma"* (Foucault, 1995: 85). En definitiva, lo que busca la genealogía al posicionarse en contra de esta historia que ha caído presa de la metafísica es liberar el propio sentido histórico de sus garras y convertirlo en su instrumento privilegiado sin la necesidad de hacerle posar sobre ninguna verdad absoluta. Mientras la procedencia y la emergencia constituyen la dimensión epistemológica, cuya meta es localizar la singularidad de los acontecimientos en la dispersión y la ruptura, el sentido histórico les vincula y subordina definiendo el sentido ético de la genealogía. Como dice Foucault, el sentido histórico reintroduce en el devenir todo aquello que se había creído inmortal en la humanidad, esto supone abandonar cualquier intento de apoyar la historia sobre cualquier constancia. A partir de la liberación del sentido histórico de la metafísica, Nietzsche elaborará una propuesta de historia efectiva que tendrá como cometido hacer resurgir el acontecimiento de lo que puede tener de único y singular, introduciendo lo discontinuo dentro del propio ser. De esta forma, las fuerzas presentes en lo histórico *"no obedecen ni a un destino ni a una mecánica, sino al azar de la lucha"* (Foucault, 1995: 85). Lo que reconoce el sentido histórico, aquel liberado del influjo de las verdades

trascendentes, es que vivimos sin referencias ni coordenadas, en una multiplicidad de acontecimientos muchos de los cuales pasan totalmente inadvertidos.

El uso de la genealogía me permitirá mostrar cómo la salud mental, lejos de ser una continuidad del proyecto psiquiátrico moderno, se instituye como un proceso discontinuo que abre la posibilidad de nuevas relaciones. Este enfoque trata del estudio de las relaciones de poder que se esconden tras las formas estéticas de la actualidad tales como conceptos, palabras o costumbres. Así un estudio genealógico implica identificar cuáles eran las fuerzas actuantes al momento de la emergencia de la forma estudiada. Como mostré, lejos de buscar el origen, la genealogía se centra en el proceso de aparición entendiéndolo como el efecto de juegos de poder. De ahí aquel famoso aforismo nietzscheano: "*La verdad es una centella que brota del choque entre dos espadas*". Así tanto la verdad (la aparición de formas) como el poder (las relaciones de fuerza) son clave para esta tarea genealógica. Siguiendo los planteos de Foucault, saber y poder son procesos irreductibles entre sí. A pesar de su irreductibilidad, ambos se vinculan a través de una no-relación en los dispositivos (cuestión que analizaré en otro capítulo), al punto que toda práctica de saber connota una relación de poder y, viceversa, todo ejercicio de poder posibilitará la emergencia de una forma de saber manteniendo cada uno su singularidad. Es en esta dirección que una genealogía de la salud mental se ocupará de mostrar la procedencia irracional así como aquellos procesos de racionalización, que conforman el presente naturalizado de las prácticas y los enunciados que orbitan en la actualidad en torno a la salud mental, mostrando espacios de emergencia, momentos de surgimiento de instituciones, conceptos, prácticas, discursos, es decir relaciones y formas de saber-poder. Lo que vendrá a continuación en estas páginas no será una historia de la salud mental, si por alguna razón lo llegara a ser, lo será en un sentido efectivo del término. Mi intención no es narrar una verdad sobre la salud mental ni llegar así a una conclusión respecto a su identidad; muy por el contrario, mi propósito aquí es abrir lo más posible su significado dejando al descubierto una serie de acontecimientos y prácticas imprescindibles para su formación.

No en vano, *Nietzsche y la genealogía* comienza del siguiente modo: '*La genealogía es gris; es meticulosa y pacientemente documentalista*'. Para llevar a cabo esta tarea, me he propuesto rastrear distintas fuentes con el fin de identificar posibles procedencias. Entre ellas destaco una serie de documentos vinculados al Primer Congreso Internacional de Salud Mental así como actas fundacionales de instituciones como la Organización Mundial de la Salud. También, una revisión sistemática de dos de las principales revistas médicas, *New England Journal of Medicine* y *The Lancet*, cuyos artículos a lo largo de varias décadas muestran la aparición y los usos dados al concepto de salud mental. La primera es una revista estadounidense donde se dieron muchos de los debates sobre la conceptualización de las prácticas relacionadas con este campo; en cierta medida, la segunda, es la contracara de esas discusiones en Europa. Si me centro en estas revistas es porque muchos de los referentes que dieron marcha al concepto de salud mental participaron en las mismas, además de ser el punto material que expresa el origen occidental del concepto, un concepto construido en el Atlántico Norte. Al interior de las revistas, la selección de los artículos se hizo priorizando aquellos que contuvieran la noción salud mental en su título y/o resumen, incluyendo además, algunos sobre higiene mental dada la relevancia de este concepto. Los trabajos revisados dan cuenta no sólo de ciertas discusiones de época, sino además de las formas en las que van apareciendo problemas vinculados a la noción de salud mental así como los distintos modos de concebirlos. Este tipo de material me permitió ver y pensar cómo se fueron definiendo los límites de este nuevo ámbito de reflexión y práctica, quiénes fueron los sujetos a cargo de estas cuestiones, y qué acciones desplegaron estos asuntos. De esta manera, estas publicaciones ayudan a visualizar cómo una serie de prácticas van instalando, produciendo, componiendo y haciendo posible, un territorio llamado salud mental. En algún punto dan cuenta de un saber oficial, pero se trata de una oficialidad diferente de la de instituciones como la Organización Mundial de la Salud o la Federación Internacional de Salud Mental como veremos más adelante. En esta indagación documental me interesó particularmente seguir la trayectoria del movimiento de Higiene Mental y posteriormente la conformación del Primer Congreso Internacional de Salud Mental que instituye el concepto tal como lo conocemos. Esto me ayudó a poner en tensión los conceptos de salud mental e higiene mental que, aunque similares en cierto sentido, mantienen aspectos diferenciales que dan cuenta de

la tensión del momento y del cambio de paradigma como consecuencia de un nuevo ordenamiento de las relaciones de poder en el mundo entero.

Esta búsqueda documental se puede resumir del siguiente modo, se trata de una revisión relativa al surgimiento del concepto y su institucionalización. En esta dirección trabajé con los siguientes documentos:

- i) Documentos históricos o fuentes primarias que abordan el surgimiento de la salud mental como problema específico. Aquí he revisado material publicado por dos importantes revistas internacionales, *The Lancet* y *New England Journal of Medicine*, también los primeros documentos de trabajo de la naciente OMS, que refieren a la salud mental como asunto específico.
- ii) Documentos que revisan desde una perspectiva histórica, el surgimiento e institucionalización de prácticas ligadas a la salud mental (por ejemplo, Ilcan & Aitken, 2012; Toms, 2012; Vigarello, 2006; Harry Yi-Jui Wu, 2015)

La evocación de aquellos documentos posee un sentido práctico relacionado con el objetivo de buscar ciertas prácticas y discursos, a la vez que algunas diferenciaciones y toma de distancia que se dieron en unos momentos y lugares con el fin de producir las condiciones para la emergencia de la salud mental como una entidad universal y en cierta medida transhistórica. Esto no significa de ningún modo que haya existido un programa de antemano; la contingencia, el azar y las circunstancias posibilitaron que se comenzara a murmurar la palabra compuesta salud mental. En cierta medida, ese concepto viene a contribuir una forma de entendimiento que se venía gestando tiempo atrás y que logra su marco de comprensión y enunciación en un momento de ruptura radical de los modos de entender y actuar la humanidad y la política. En resumidas cuentas, para mi investigación propongo tomar los contenidos de esas fuentes para abordar el problema del nacimiento de la salud mental desde una perspectiva genealógica, donde es vital identificar las condiciones de emergencia, los enunciados y prácticas que rodean el surgimiento de la salud mental. Si reúno este tipo de materiales lo hago para mostrar cuáles fueron las condiciones, es decir, cuál fue la configuración de las relaciones de poder que permitieron y facilitaron la enunciación de ciertos discursos y la expresión de ciertas prácticas en torno a algo que, en cierto momento, fue

denominado salud mental. También lo hago para mostrar cuáles fueron esas condiciones que permitieron que ciertos fenómenos que antes no existían, sean hoy visibles y hayan adquirido forma de discurso, forma de saber: desde asuntos vinculados con la enfermedad mental (por ejemplo patologías, trastornos), hasta cuestiones asociadas al componente práctico de la vida cotidiana y su relación con la ética tales como la definición de pautas prácticas para ser buen padre, hijo, ciudadano, trabajador, etc.

En las páginas que siguen pondré a jugar todos estos elementos rastreados. Mi intención, fiel al enfoque genealógico, es producir un sentido novedoso que posibilite una nueva interpretación de los acontecimientos. De ahí que lo que siga sea un relato que va articulando una serie de acontecimientos, informaciones, conceptos, con el fin de mostrar la diversidad, heterogeneidad y dispersión, pero también la configuración de aquellos escenarios y la aparición de ciertas reglas de juego que fueron dando forma a esos componentes, algunos más dóciles, otros más recalcitrantes, que conforman la salud mental. Como ya lo dije anteriormente, y vale la pena repetirlo, no busco enseñar una historia de la salud mental, tampoco convencer de una definición acabada de dicho proceso, sino indicar, subrayar, en ocasiones resumir y hasta incluso en otras desdibujar las complejas relaciones que le componen.

La Salud como Problema Biopolítico

No es irrelevante que aquello que se convierte en objeto de escrutinio por mi parte esté formado por las palabras salud y mental. La presencia de éstas en su composición ya da cuenta del gesto de cierta época, a su vez de la importancia de uno de estos componentes en tanto sustantivo. La salud mental no puede explicarse sin el rol modernizador que posee la salud, tampoco el alcance de ésta última podría explicarse sin la definición y el apuntalamiento de la primera. Si la salud es integral, si la salud

alcanza la preeminencia que tiene en la constitución de los sujetos contemporáneos, se deberá, precisamente, a la emergencia de la salud mental, aquella entidad que posibilita redimensionar el paralelismo entre mente y cuerpo después de la Segunda Guerra Mundial.

La salud ha adquirido centralidad a lo largo del Siglo XX convirtiéndose en un aspecto fundamental en la definición y en el propio reconocimiento de quiénes somos. Es cierto que ya en el siglo anterior se le atribuía relevancia e importancia, siendo objeto de preocupación de los estados modernos; no obstante su actuación se centraba, y en cierta medida se restringía, al conjunto de la población y no al infinitesimal mundo de los individuos. La segunda mitad del Siglo XIX será clave para entender este proceso, primero, de expansión y, luego, de intensificación de la salud como constituyente de los sujetos, es decir, primero como una cuestión moral ligada a la higiene pública y luego como una cuestión ética asociada a un conjunto de responsabilidades del sujeto. Sin ahondar en las circunstancias que posibilitaron su emergencia, me gustaría detenerme en la figura de Louis Pasteur, no tanto como persona o personaje histórico, sino más bien como acontecimiento. No hace falta destacar la importancia que tiene para Francia y el mundo, sus hazañas han sido más que documentadas y glorificadas en los más diversos formatos (una muestra de eso son las distintas películas que dan cuenta de sus hitos y logros). Con el descubrimiento de los microbios, Pasteur abre un mundo jamás explorado: muchas de las muertes que la medicina de la época no puede evitar, se deben a estos seres diminutos, cuyas vidas pueden ser eliminadas con el simple hecho de desinfectar nuestros cuerpos y los espacios que habitamos. Muchas de las muertes producidas en los quirófanos, lejos de deberse como consecuencia de las heridas y las dolencias con las que llegaban los pacientes, se debían a las enfermedades que éstos contraían al contagiarse de los microbios que habitaban los materiales de trabajo y las propias manos de los cirujanos. La solución era sencilla, bastaba con que éstos se las limpiaran. Con este pequeño gesto, Pasteur le dará a la medicina dos ideas muy potentes, por un lado, que es posible y deseable científizar la práctica médica (recordemos que él era químico) y, por otro, que es necesario modificar los ambientes a través de una serie de prácticas higiénicas. A partir de Pasteur se puede pronosticar y verificar, extendiendo la experiencia del laboratorio al espacio público. Esto renueva las

prácticas preventivas, convirtiéndolas en una dinámica cultural que modifica la sensibilidad. Como dice Vigarello: *"El tema del microbio da más fuerza a las movilizaciones colectivas: registro inagotable de referencias científicas, concisión de la pedagogía de la salud, universalización de las prácticas higiénicas mediante las cuales la nación pretende reforzar su coherencia en el compromiso de cada individuo para mejorar la defensa de todos"* (Vigarello, 2006: 326). Esto a su vez, modifica la noción de conocimiento del cuerpo: los microbios se pueden observar, calcular, se pueden prever sus efectos y con todo esto, evitar enfermedades. Se posibilita de este modo, una economía de la prevención hasta entonces inexistente. Un ejemplo de todo esto que comento, se puede ver en el siguiente acontecimiento. En 1896, la Academia de Medicina francesa sentencia: <<El microbio, ése es el enemigo>>, lo que trae aparejado un objeto controlable, y unos efectos calculables. A partir de lo anterior se produce una consecuencia importante, la localización y aislamiento del peligro en la microbiología, intensifica los temores, promoviendo nuevas prácticas y hábitos. Esto posibilitará la emergencia de metáforas e imágenes que mezclan microbios con las tensiones sociales propias del fin de siglo. Por ejemplo frases como: "las fronteras corporales amenazadas, por un poder debilitado, por enemigos microscópicos pero feroces" (Vigarello, 2006: 335), hacen del terreno de la salud, un lugar que permite analogías de otro tipo (Vigarello, 2006, 331-335).

Esta 'contaminación' del discurso biológico de política, y viceversa, del discurso político de biología, dará pie a la conceptualización de una serie de lecturas sobre el estado y el organismo que contraen la inherencia entre el cuerpo, la raza, el estado y lo político. Una de las principales tensiones de la política del Siglo XIX será precisamente la que encarnarán aquellas posturas de corte adaptacionistas, vinculadas con las modificaciones del ambiente, de las cuales los higienistas son la expresión más reconocida, y aquellas de corte racistas que defienden ciertas predisposiciones genéticas de comportamiento social, embanderadas por el movimiento eugenista (esta tensión será abordada más adelante). Roberto Espósito, a propósito de una lectura que realiza sobre el concepto de biopoder de Michel Foucault, muestra cómo la palabra biopolítica comienza a ser usada por varios autores europeos antes que el propio Foucault la hiciera suya, autores que intentan explicar lo social desde los desarrollos de la biología,

transportando categorías de un lado a otro. Así define tres bloques diferenciados y sucesivos en el tiempo que se caracterizan por un enfoque de tipo organicista, otro de tipo antropológico y un tercero naturalista. En este desarrollo, sostiene que quien fue probablemente el primero en usar este concepto fue el sueco Rudolph Kjellen. Según Espósito esta deriva guardará estrecha relación con la posterior definición nazi de 'espacio vital' (*Lebensraum*). Ya en su libro de 1905, Kjellen sostendrá que los Estados vigorosos que sólo disponen de un territorio limitado se ven en la necesidad de acrecentar sus fronteras a través de la conquista y anexión de otros. En un libro siguiente, *El Estado como forma de vida* (1916), este mismo autor afirmará que esta necesidad que define como geopolítica estará relacionada con una concepción organicista irreductible a las teorías liberales (Espósito, 2011, 27-28).

La definición de biopolítica y biopoder dada por Michel Foucault aparecerá en el año 1976. Como es sabido, desde que asume su cargo de profesor en el Collège de France llevará adelante un seminario público por año donde mostrará los avances de su investigación. Precisamente, en la undécima y última lección del seminario correspondiente, celebrada el 17 de marzo, dará la definición de biopolítica que luego, ese mismo año, ampliará en el primer tomo de *La historia de la Sexualidad* llamado *La voluntad de Saber*. El biopoder nace como una categoría explicativa del cambio de la forma de ejercicio del poder producido en torno a los siglos XVII y XVIII. Básicamente, el planteo de Foucault se centra en el pasaje de un poder soberano a un poder liberal que toma la vida como objeto con el fin de ponerla a producir y mejorarla. Mientras que el primero se centraba en el derecho de espada que tenía el soberano sobre sus súbditos, derecho que consistía en hacer morir y dejar vivir, una relación de poder entre vida y muerte que tendía hacia esta última, el segundo se caracterizará por una inversión de los términos. El desequilibrio ya no estará del lado de la muerte sino del de la vida; su consigna ya no será hacer morir y dejar vivir sino, muy por el contrario, hacer vivir y, eventualmente, dejar morir (este dejar morir será explicado por Foucault a través del nacimiento del racismo de estado como mecanismo de incorporación del antiguo poder soberano al interior de las sociedades de normalización). El nuevo poder centrado en la vida o biopoder, que tiene como objeto mejorarla y hacerle alcanzar un rendimiento óptimo, será posible mediante el despliegue de dos tipos de tecnologías. Estas

tecnologías son la anatomopolítica (desarrollada principalmente en su obra *Vigilar y castigar* de 1975) y la biopolítica (desarrollada inicialmente en *La Voluntad de Saber* de 1976 y profundizada en una par de cursos: *Seguridad, Territorio y Población*, de 1978, y *El nacimiento de la biopolítica*, de 1978-1979). La primera de ellas consiste en una acción directa sobre el cuerpo de los individuos en ciertas instituciones de encierro; se trata de poner una multiplicidad humana en un espacio cerrado con el fin de producir individuos capaces de devenir sujetos libres que puedan vender su fuerza de trabajo. El mecanismo para ello será la disciplina, la cual toma al cuerpo como un material maleable capaz de adquirir ciertas formas. La disciplina actuará mediante el principio de la uniformidad desplegando una serie de dispositivos vinculados con la vigilancia, el examen y el castigo. Por su parte, la biopolítica, que también actúa sobre una multiplicidad humana, lo hará sobre un nuevo sujeto emergido en los siglos XVIII y XIX producto del despliegue de la estadística como ciencia de Estado: la población. Su campo de actuación no será un espacio cerrado, sino uno abierto, su objeto la regularidad de los procesos biológicos de aquel conjunto. En la biopolítica, en tanto como tecnología, procurará intervenir sobre aquellos aspectos de la vida que debilitan sus fuerzas, tomará las epidemias, aquellas enfermedades recurrentes al interior de las sociedades, como forma de poder controlar, mitigar y reducir sus efectos sobre el conjunto de las fuerzas vitales, por ende productivas. Si la primera tiene que ver con la disciplina, ésta desplegará una serie de dispositivos de regulación. Como afirma Foucault:

“Tenemos entonces dos series: la serie cuerpo-organismo-disciplina-instituciones; y la serie población-procesos biológicos-mecanismos de regulación-Estado. Por un lado un conjunto orgánico institucional: la órgano-disciplina de la institución; por el otro, un conjunto biológico-estatal: la bio-regulación a través del Estado” (Foucault, 1996: 202).

Como se puede apreciar, ambas tecnologías del biopoder toman la vida por objeto, una a través del cuerpo y su organismo, la otra a través de la población y sus procesos biológicos. Esto no significa que vayan por carriles opuestos. Lejos de eso, a pesar de que no se ubican en el mismo nivel, no se excluyen hasta el punto que, en la mayoría de los casos, los mecanismos disciplinarios y reguladores se encuentran articulados entre sí.

Un ejemplo de esta articulación se puede ver en la relación entre medicina y sexualidad: *"La extrema valorización médica de la sexualidad en el Siglo XIX, creo que tiene su principio en la posición privilegiada de ésta, que se encuentra entre organismo y población, entre cuerpo y fenómenos globales"* (Foucault, 1996: 203). Al respecto de la medicina, Foucault dirá que se trata de un poder-saber que actúa tanto sobre el cuerpo como sobre la población, es decir, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos, y que tendrá, por ende, efectos disciplinarios y reguladores. Precisamente será a partir de este nuevo tratamiento de lo biológico y el surgimiento de disciplinas asociadas a éste que se irá configurando el campo de la salud como un campo netamente político o biopolítico, en los términos en que lo vengo describiendo. La salud pasará a ser un asunto de gobierno y un asunto económico que tomará a la biología individual y colectiva como ámbito de actuación y despliegue. Este foco de atención posicionado sobre el cuerpo y la población se irá sofisticando con el paso del tiempo, al punto de que biología y política coexistirán durante todo el Siglo XX no sin conflictos y tensiones, algunas de las cuales analizaré.

El nacimiento de la biopolítica, y por ende, el primado que adquiere la salud para pensar los problemas comunes, será correlativo al problema de las ciudades proletarias que se comienzan a gestar por influjo de la primera y la segunda revolución industrial. No entraré en detalle en las grandes reformas urbanísticas de inspiración higienista del Siglo XIX tales como la de París de Haussmann o la Barcelona de Rovira i Virgil o Cerdá. En *Escritos sobre Medicina*, George Canguilhem sostiene:

"En el proceso de conocimiento de las enfermedades, la gradual eliminación de la referencia a situaciones vividas por los enfermos no es sólo fruto de la colonización de la medicina por las ciencias fundamentales y aplicadas producida desde los primeros años del Siglo XIX, sino también de la atención interesada, en todos los sentidos del término, que desde la misma época las sociedades del tipo industrial otorgaron a la salud de las poblaciones obreras o, para utilizar el lenguaje de algunos, el componente humano de las fuerzas productivas. La vigilancia y mejoramiento de las condiciones de vida han sido objeto de medidas y reglamentos decididos por el poder político instado e informado por los

higienistas. Medicina y política coincidieron, pues, en un nuevo enfoque de las enfermedades, y la organización y prácticas de las hospitalización nos da al respecto una ilustración convincente" (Canguilhem, Escritos sobre Medicina, 39-40).

Esta cita da cuenta de la articulación que se logra entre el poder político, la economía y la medicina constituyendo a la salud como un campo claramente político. El higienismo será un gran vector para dicha tarea, como dice Canguilhem: *"El higienista se dedica a dictar normas para una población. No trabaja sobre individuos"* (Canguilhem, 2004:, 61), marcando así su fuerte carácter biopolítico. La salud comienza a ser un organizador de la vida cotidiana de los individuos y colectivos. Cambios radicales en el hábitat y en los hábitos, por influjo de estas nuevas políticas y directrices, van alterando y modificando los modos de ser, incorporando la higiene como un elemento central en la constitución de uno mismo. Esto significa la construcción de una nueva moral del cuerpo, proceso que se inicia en el Siglo XIX y que se irá consolidando con el pasar del tiempo. Es entonces cuando comienza a proliferar una amplia literatura sobre temas de salud y donde la higiene comienza a tener un lugar relevante y central en todas las exhortaciones morales asociadas con los cuidados del cuerpo. De esta manera, comienza a construirse la idea de buena salud, directamente relacionada con poder trabajar para que los hijos sobrevivan y garantizar a la vez el trabajo y la producción sociales. Ya en la segunda mitad del Siglo XX, por ejemplo, se instalará la idea del derecho a estar enfermo e interrumpir la jornada laboral como forma de cuidar de uno mismo y de las fuerzas productivas (Foucault, 1976, Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina).

Muy de a poco, pero intensificándose en ciertos momentos, la medicina comienza a separar los procesos de salud y enfermedad del cuerpo, paradójicamente apoyándose en los procesos biológicos. George Canguilhem sostiene que la medicina *"se asentó (...) en la gradual disociación de la enfermedad y el enfermo, aprendiéndose a caracterizar a éste por la enfermedad antes que a identificar una enfermedad según el haz de síntomas espontáneamente presentados por su víctima"* (Canguilhem, 2004, 34). Esta distinción entre el individuo y la enfermedad, convierte a esta última en una entidad que

trasciende al organismo cuya existencia es social e independiente del paciente. Después de todo, como también afirma Canguilhem, *"La salud no es solamente la vida en silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales"* (Canguilhem, 2004: 61). En *Crisis de la Medicina o crisis de la antimedicina* de 1976, Foucault llama también la atención sobre este desplazamiento de la medicina que va del cuerpo a lo social. Pero este desplazamiento no responde a un simple cambio de objeto epistémico sino que se vincula con las nuevas configuraciones que adquiere al acercarse cada vez más al Estado. Precisamente en ese trabajo, Foucault muestra cómo la salud adquiere otro valor durante la Segunda Guerra Mundial consolidándose el derecho a la salud como sinónimo del derecho a la vida. El ejemplo que toma es la instalación del Plan Beveridge en el Reino Unido. El plan indica que el Estado se hace cargo de la salud. Hasta mediados del Siglo XIX esta relación entre Estado y salud se traduce como la responsabilidad del primero de preservar la fuerza física nacional, es decir su capacidad de producción, su fuerza de trabajo y su poderío militar (en cierta medida la salud al servicio del Estado y la causa nacionalista). Con este plan, ya en el Siglo XX, la salud se transforma en objeto de preocupación del Estado pero de otro modo, ya no en función de sus propios intereses sino de los individuos. De cierta forma el derecho a mantener un cuerpo en buena salud pasa a ser objeto de garantía y acción por parte del Estado. Como dice Foucault: Esto supone una inversión y un cambio de lógica: *"el concepto de individuo sano al servicio del Estado es sustituido por el del Estado al servicio del individuo que goza de buena salud"* (Foucault, 1999: 344). Todo esto es posible por el rol que adquiere la medicina a partir del Siglo XVIII, cuando la salud y el bienestar físico de la población se convierten en objetivos esenciales del poder político. Este despegue de la medicina sostenido en su atributo social será trabajado por Foucault en varios textos. Entre ellos destaco el *Nacimiento de la medicina social* de 1977 y *La política de salud en el Siglo XVIII* de año anterior. El primero aborda dos cuestiones relevantes que vale la pena mencionar. Por un lado, el surgimiento de la medicina de Estado y la policía médica en el Siglo XVII, cuyo cometido es comenzar a relevar información sobre morbilidad, situaciones hospitalarias y a registrar distintos fenómenos, a la vez que comenzar a regular la práctica médica. Esto dará pie al enaltecimiento de la figura del médico como una figura de autoridad, en tanto que funcionario de Estado. Por otro lado, el auge de la medicina urbana, tendrá como consecuencia la aparición de la medicina social a finales

del Siglo XVIII, fuertemente relacionado con el problema de la ciudad, su transformación y la incorporación de nuevos hábitos. En el segundo de los escritos, es de destacar el fortalecimiento de la figura del médico como efecto de la articulación entre política e higiene. Así éste se convierte en un gran consejero experto que observa, corrige y mejora el cuerpo social asegurando su salud. De ahí que será más su función higienista que su rol como terapeuta lo que le asegurará su posición privilegiada en el contexto político y social. Será aquí también, donde describirá cómo la figura del hospital comienza a ser cuestionada a partir de tres fenómenos: la aparición de la población con sus variables biomédicas (longevidad, natalidad, morbilidad), la organización de la familia parental como soporte de la medicalización y la construcción de un entramado médico-administrativo en torno al control de la higiene colectiva.

Estos desarrollos asociados a la medicina que se inician en el Siglo XVII, toman forma en el XVIII y se consolidan en el XIX, colocan a la salud como un problema general y de orden colectivo que, aunque político y social, debe ser atendido por expertos. Esto conlleva la transformación del cuerpo, el cual va adquiriendo especificidad, pasando de ser un instrumento para el Estado Nacional a ser la condición para el despliegue del ciudadano, o dicho de otra manera, de los sujetos libres. Esto subraya su carácter político y no esencial dando cuenta de su exposición permanente a múltiples poderes propios y ajenos. Como afirma Canguilhem:

"El cuerpo vivo es, pues, ese existente singular cuya salud expresa la cualidad de los poderes que lo constituyen en tanto debe vivir con tareas impuestas, y por lo tanto en relación de exposición a un entorno cuya elección, en primer lugar, él no tiene. El cuerpo humano vivo es el conjunto de poderes de un existente que posee capacidad de evaluar y de representarse a sí mismo tales poderes, su ejercicio y sus límites" (Canguilhem, 2004: 58).

Es esta cualidad abierta, claramente relacional, la que lo convierte en móvil para el desplazamiento de la medicina y también de la salud desde lo orgánico a lo social. Tal como lo muestra Foucault, desde el Siglo XVII el cuerpo ha estado expuesto al influjo directo de poderes que han hecho de éste un material modificable y transformable. Será

esta condición maleable la que se irá sofisticando y acentuando. Al fin de cuentas, como dice Canguilhem:

“El cuerpo es un producto por lo mismo que su actividad de inserción en un medio característico, su modo de vida elegido o impuesto, deporte o trabajo, contribuye a moldear su fenotipo, es decir a modificar su estructura morfológica y, por ende, a singularizar sus capacidades. Aquí es donde cierto discurso encuentra oportunidad y justificación. Este discurso es el de la Higiene, disciplina médica tradicional hoy recuperada y travestida por una ambición socio-política-médica de ajuste de la vida de los individuos” (Canguilhem, 2004: 58-59).

Hasta ahora, he mostrado cómo comienza a instaurarse un poder sobre la vida el cual se apoya en la noción de salud. Este concepto supone un movimiento que va del cuerpo al Estado para luego volver al primero de manera decodificada. Esta *ambición socio-política-médica de ajuste de los individuos* que señala Canguilhem, aparece como un poder exterior que es ejercido sobre la carne de los sujetos. No obstante, la relación entre cuerpo y verdad del sujeto, ha sido abordada por distintos autores en el Siglo XIX y XX, como resistencia. En *El Nacimiento de la Clínica* o incluso en *Historia de la Sexualidad* de Foucault, pero también en trabajos y en las reflexiones estético-políticas de autores tales como George Bataille o Artaud, la cuestión de la salud y el bienestar del cuerpo y su relación con la verdad del sujeto es problematizada como un modo central en la producción de nosotros mismos capaz de liberarnos del influjo de aquellas fuerzas. No obstante ¿no será esta posibilidad de pensarnos a nosotros mismos como un cuerpo capaz de portar una salud independientemente de la salud de Estado el resultado o el efecto de aquellas operaciones que invirtieron el papel del Estado respecto la salud de los individuos constituyendo a ésta en un derecho, y más que derecho, en un rasgo constitutivo de lo que es ser humano?

El Resurgimiento de lo Mental

Sería imposible datar cuándo comenzó a usarse el concepto de lo mental. No obstante sí se puede ubicar, en al menos ciertas coordenadas temporales más precisas, cuándo comenzó a ser relevante para el asunto que he venido trabajando. Hasta el momento, he puesto el foco en cómo comienza a emerger la salud como un tema de preocupación y de gobierno. A su vez, he identificado un primer desplazamiento que va del cuerpo que padece al cuerpo como dato biopolítico, como objeto de estadística. En este movimiento la salud se fue alejando del cuerpo para volver sobre éste de forma indirecta. Al constituirse la salud en objeto político, el cuerpo es proyectado como información que manejan expertos, de esta manera es construido un cuerpo ideal y con ello una salud y una enfermedad ideales que operan como modelos para los padecimientos y las aflicciones de los cuerpos singulares. La medicina deja de ser el marco propicio para la exégesis que interpreta lo que las personas dicen que no entienden de sus cuerpos, para pasar a ser el marco que posibilita administrar y gestionar los cuerpos a distancia a partir de la institución de una serie de hábitos, comportamientos y directrices. En esta nueva reconfiguración de las relaciones entre cuerpo, salud y política, la responsabilidad de los sujetos pasa a ocupar un lugar central para el cuidado de sí y de los otros. Lo mental será, de cierta forma, la desterritorialización de la salud de los cuerpos.

Sin entrar en la cuestión acerca de si lo que está en juego son o no asuntos de salud ¿Por qué se habla de salud mental y no de salud psíquica o salud psicológica? Quizá la respuesta se encuentra en la característica instrumental que adquiere el concepto mente a finales del Siglo XIX y principios del XX en tanto que mediador entre el cuerpo de la medicina (*soma*) y el alma de la psicología y la psiquiatría (*psique*). Lo mental se presenta como un concepto epocal; si bien no es ajeno a siglos anteriores, el uso dado en el Siglo XX es presentado como una alternativa a la disociación moderna, una suerte de nuevo paralelismo que intenta superar la distinción entre cuerpo y espíritu, entre lo material y lo ideal.

La presencia de la mente como una entidad claramente definible no es nueva. Podemos encontrar una sólida discusión en torno a ella ya en tiempos de Descartes; es en ese entonces que la mente aparece como una serie o conjunto de acciones no mecánicas de orden superior que se diferencian radicalmente de los cuerpos (*Meditaciones Metafísicas*). La mente reaparece como problema en el pensamiento y en el discurso intelectual de mediados del Siglo XIX, en parte como crisis de la dicotomía razón-sin razón. Paradójicamente, el momento de la separación de los locos de la sociedad por razones de cordura, caracterizando a estos seres como representantes del territorio de la no razón, inaugura la ruptura de esta distinción y su dilución en el conjunto de la sociedad. La liberación de los locos por parte de Pinel es el puntapié inicial para la objetivación, a través de métodos científicos, del desvío de algunos como parte del potencial desvío de todos. De esta forma, la sanitarización de la experiencia loca convierte a los manicomios en un gran laboratorio para el entendimiento y la producción de la naturaleza humana (Foucault, 1967). El Siglo XIX es el siglo del romanticismo, caracterizado por una exaltación de los atributos de la naturaleza y un intento de restitución de ésta en la humanidad. El impulso, los instintos y otras clases de fuerzas aparecen como entidades y efectos reconocibles que, de alguna manera, disputan el primado de la razón. No es casual entonces que sea en esa época, donde emerge la noción de inconsciente presente en la obra de autores como Schelling, Schopenhauer y Nietzsche. Más adelante, Freud retomará este concepto y lo redimensionará del modo en que es conocido en la actualidad.

Precisamente el psicoanálisis producirá un modo original de concebir al ser humano basándose en la idea del inconsciente. Su conceptualización le permitirá instalar una temporalidad nueva para pensar la experiencia de los individuos. A partir del inconsciente como dispositivo de subjetivación, el pasado se vuelve presente a través de sus huellas, que no sólo marcan, también determinan la actualidad del sujeto, y esto se vuelve crucial para desarrollar una suerte de pedagogía dirigida al conjunto de la sociedad, incitando a una revisión de las prácticas, así como una revisitación de lo vivido. El psicoanálisis instala con éxito la idea que la preocupación por la vida anímica y psíquica compete a toda la población, y no es sólo materia de lo patológico, así una serie de cuestiones cotidianas se transmutan en objeto de examen, y con esto, derraman

sobre toda la población su alcance vigilante: los sueños, los chistes, la sexualidad, y una serie de manifestaciones de la vida diaria como olvidos, recuerdos infantiles, lapsus, tropiezos o equivocaciones al hablar. En *El malestar en la cultura*, Freud trabaja cómo muchas afecciones se relacionan con el sostenimiento de la propia cultura, la cual obliga a reprimir ciertas pulsiones en pro de sostener la cohesión social. El papel que poseen las ideas psicoanalíticas y su penetración en la sociedad, es trabajado por Moscovici en su texto *El psicoanálisis, su imagen y su público* (1979), lo que me interesa resaltar de esta obra es cómo el psicoanálisis pasa a ser objeto de sentido común, objeto que circula, que se transa y que habita fuera de los espacios tradicionales. Tanto el ejemplo de Pinel como el de Freud, dan cuenta de cómo la medicina comienza a tomar por objeto las relaciones anímicas que luego serán escrutinio de la salud mental cuando aquellas sean recodificadas bajo ese registro.

Salud Mental, una nueva Diagramación

La salud mental suele ser presentada como una continuidad del proyecto psiquiátrico moderno, por un lado como una complejización y diversificación del problema de lo mental, y en ocasiones como un cambio de enfoque o estrategia para entender y atender las denominadas enfermedades mentales. Si el problema de la psiquiatría era qué hacer con la desviación, el problema que concierne a la salud mental es cómo producir integración, articulación y armonía a partir de las conductas y comportamientos del conjunto de los individuos. A continuación revisaré algunos eventos que posibilitaron la emergencia conceptual e institucional de la salud mental y dan cuenta del carácter diferenciador respecto de la enfermedad mental.

De la Enfermedad Mental a la Higiene Mental

Podemos hallar un foco genealógico, que marca esta diferencia o desgarró en relación a la psiquiatría, en el surgimiento de la higiene mental. Se trata de un movimiento impulsado desde Estados Unidos y que rápidamente se expandió a Europa vía el Reino Unido. Conviene repasar brevemente algunos hitos para dar cuenta de la emergencia diferencial y discontinua de la salud mental respecto al orden psiquiátrico. Este repaso, además, nos dará pistas sobre cómo desde ciertos espacios y momentos localizados se logra constituir un entramado cuyo campo de acción se define como global.

El movimiento de higiene mental surge con C. W. Beers, un psiquiatra estadounidense que luego de algunas internaciones psiquiátricas, publica un libro con su experiencia en esas instituciones (Beers, 1910; 1917; 1921; Babarik, 1979). A partir de su publicación, consiguió que se implementaran diversas acciones para mejorar la atención a personas con diagnóstico psiquiátrico y las condiciones laborales del personal de salud, y para crear organismos dedicados a reflexionar y actuar en torno al problema de la patología mental y su lugar en la sociedad. Una de estas entidades en 1919, la Comisión Nacional de Higiene Mental de EEUU, exporta algunas de sus actividades a Europa, comenzando así la internacionalización del movimiento (Allende, 2005 [1933]; Bertolote, 2008).

Por su parte en el Reino Unido durante 1913, el gobierno solicita a la Asociación Central para el Bienestar Mental, que determine la población considerada '*deficiente mental*' y junto con esto, provea de ayuda institucional y supervisión a la comunidad. Esta '*deficiencia*' fue prontamente asociada a '*ineficiencia social*', vinculándole a otros problemas, ampliando con esto su ámbito de intervención (Simmons, 1978). El contexto de entreguerras, sumado al inicio de un trabajo colaborativo de la Asociación Central para el Bienestar Mental en conjunto con otras organizaciones, dan lugar al afianzamiento del movimiento de higiene mental del Reino Unido. Este movimiento delimita su preocupación en torno a los problemas psicológicos, entendidos desde aquí como desajustes mentales producidos por el fracaso en el individuo para adaptarse a su comunidad (Toms, 2012). En términos generales, la higiene mental en Reino Unido buscó prevenir, detectar y tratar los trastornos mentales en la población, considerando la influencia de la sociedad en la manifestación de éstos, y la función de las relaciones

humanas en el desarrollo de ciudadanos mentalmente ajustados o desajustados. A partir del cambio de enfoque se elaboraron nuevas explicaciones para los trastornos llamados mentales y los problemas que se derivan de ellos, haciendo necesario y promoviendo un diálogo entre la psiquiatría y las ciencias sociales. Esto produjo un nuevo objeto de intervención, donde ya no se trataba simplemente de la locura o el padecimiento mental, sino más bien de la relación entre el individuo y lo social, y cómo ésta favorecía o prevenía dichas manifestaciones (Crossley, 1998).

No puedo dejar de mencionar como un acontecimiento relevante para esta reconfiguración, y que ya nombrada anteriormente, el Plan Beveridge que, en 1942 y en plena Segunda Guerra Mundial, surge en el Reino Unido como primera planificación de seguridad social, que sirve luego de modelo para una nueva relación del Estado con la salud de su población, donde *"una sociedad asume la tarea explícita de garantizar a sus miembros no sólo la vida, sino la vida en buen estado de salud"* (Foucault, 1976a), consagrando de este modo, el derecho a la salud (Rodríguez, 2010). Años después, más precisamente en 1946, la recién fundada Organización Mundial de la Salud propone entender a la salud como *"un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente (como) la ausencia de afecciones o enfermedades"* ("OMS | Preguntas más frecuentes," n.d.), conceptualización que aparece como un antecedente significativo para la posterior conformación de la salud mental como nuevo ámbito técnico y conceptual. La idea de bienestar, la inclusión de la dimensión mental y la explicitación de lo social, junto con una consideración de la salud más compleja que sólo la ausencia de enfermedad, formalizan una ecuación donde los individuos son interpelados acerca de la necesidad de elaborar un juicio de su experiencia a través de estas claves, y donde la salud adquiere, para las sociedades occidentales, un valor cada vez mayor (Greco, 2004).

De la Higiene Mental a la Salud Mental

En 1948 se celebrará en Londres el 1er Congreso Internacional en Salud Mental, que impulsado por el movimiento de higiene mental (Toms, 2012), y teniendo como punto de partida la intención de disminuir el daño y sufrimiento que las guerras anteriores

causaron a la población, propone trabajar en un concepto que traduzca y consensúe los conocimientos de múltiples disciplinas sobre el desarrollo de los individuos y las sociedades, y que permita a partir de allí, establecer acciones y ámbitos de aplicación para promover el bienestar humano (International Congress on Mental Health, 1948b).

El Congreso se dividió en 3 ejes: psiquiatría infantil, psicoterapia médica e higiene mental, siendo esta última la que tuvo mayor cantidad de conferencias dentro del programa. Entre sus ponencias destacan: "*Problemas de la ciudadanía mundial y buenas relaciones grupales*", "*El individuo y la sociedad*", "*Salud mental en la industria y en las relaciones industriales*", y "*Planificando para la Salud Mental: organización, entrenamiento, propaganda*" (International Congress on Mental Health," 1948a). Desde acá advertimos el reemplazo del término de higiene por el de salud mental, lo que vuelve a distanciar lo patológico como problema más urgente, e ilumina la relación individuo-sociedad como su objeto actual.

En los meses previos al congreso, una comisión de profesionales de disciplinas, experiencias y países diferentes, se encargó de elaborar un documento con denominadores comunes y principios básicos para una delimitación de la salud mental como nuevo concepto y campo, texto que sirvió también, de material de trabajo para el futuro encuentro. "*¿Qué es salud mental?*" "*¿Qué constituye una buena sociedad?*" y "*¿Qué es la ciudadanía mundial?*" fueron las preguntas que guiaron el proceso de producción de dicho documento, y a partir de las cuales se llegó a ciertas conclusiones, donde se determinó que la comunión de conocimientos de diversas disciplinas permitía sostener algunas 'verdades' sobre el comportamiento humano:

"Studies of human development indicate the modifiability of human behaviour throughout life (...) by human contacts. Examination of social institutions (...) shows that these also can be modified. These newly recognised possibilities provide the basis for improving human relations, for releasing constructive human potentialities and for modifying social institutions for the common good."
(International Congress on Mental Health, 1948b: 7)

De esta manera, se establece una 'naturaleza' social y maleable, que permitiría intervenir y así cambiar el curso de ciertas circunstancias según se planifiquen determinados fines para el ser humano.

"Systematic explorations of the human mind in health (and) disease, (...) have revealed the immense possibilities for constructive effort inherent in human societies and the latent goodwill in the individual." (International Congress on Mental Health, 1948b: 11)

La salud mental va apareciendo entonces como un modo de infundir un espíritu científico a los movimientos de reforma y reconstrucción de posguerra, funcional en la medida que permitirá dar inteligibilidad a lo que en ese momento histórico se consideraban influencias en el comportamiento humano, para realizar a partir de ahí una serie de cambios:

"The problem of mental health is one of re-educating people in the whole area of interpersonal relationships in such a way as to give them insight into their own behaviour and that of others." (International Congress on Mental Health, 1948b: 33)

El otro elemento fundamental que se propuso y queda sellado en el título escogido para el documento que precede el congreso, '*Mental Health and World Citizenship*', es la relación de dependencia y coproducción entre esos conceptos, cuyo propósito explícito es promover un nuevo orden a través de este proyecto de ciudadanía mundial.

"Principles of mental health cannot be successfully furthered in any society unless there is progressive acceptance of the concept of world citizenship. World citizenship can be widely extended among all peoples through the applications of the principles of mental health. The concept of world citizenship implies loyalty to the whole of mankind." (International Congress on Mental Health, 1948b: 8)

Agregando:

“The pursuit of mental health cannot but be a part of a system of values. In this Statement, values associated with Western civilisation are, perhaps, implicit in much that is said. Indeed, the very effort to reach a high degree of mental health is, in some respect, an expression of Western cultural achievement. But this by no means implies that mental health as understood in Western countries is in any sense necessarily at variance with the sense in which it is understood in other countries . On the contrary, it may be that here might be found a basis for common human aspiration” (International Congress on Mental Health, 1948b: 11)

La operación propuesta se resume en el reconocimiento de la construcción occidental de la idea de salud mental como la mejor manera de entender y actuar sobre la naturaleza humana, por encima de otras formas de comprenderla. En este primer intento de delimitación, podemos observar que no se trata sólo de modificar conductas y determinar acciones para la promoción de ‘mejores’ prácticas individuales y colectivas; implica también, la producción de modos para significar y dar sentido a aquel naciente orden mundial que se buscó instituir, y así elaborar y sostener una nueva semiótica de la experiencia. En esta línea, Ilcan y Aitken (2012) sostienen que la noción de orden mundial originada a partir de la posguerra, puede ser pensada como una “mitología política” que ensambla y estimula diversas prácticas y conocimientos expertos, políticas delimitadas y específicas, así como procedimientos sobre la población que involucran y promueven un modo de gobierno liberal. Así considerando lo revisado, resulta claro cómo la salud mental desde sus primeros esbozos, entronca con dicho proyecto mítico:

“(...) social scientists and psychiatrists are coming to see in the idea of a world community the ultimate hope of the full use of science in the service of man (sic)”.
(International Congress on Mental Health, 1948b: 13)

Política y ciencia son hibridadas en la noción de ciudadanía mundial. La salud mental, a partir de este documento que se plantea como declaración de principios para el primer encuentro, emerge como el resultado del ensamblaje de prácticas sociales y políticas, conocimientos y cálculos, que permiten instituir la como una estrategia para convertir en objeto de intervención a la población en su totalidad. A través de esto se instala un

proyecto de orden ciudadano que compromete una promesa con tintes míticos. Desde aquí, ya no se trata sólo del problema de los trastornos mentales, de conductas desviadas o del padecimiento que algunos exponen, sino que principalmente, de un nuevo modo de pensar el gobierno de la población y la construcción de los individuos, donde la racionalidad biopolítica toma su lugar con toda propiedad, y *"el problema de la vida empieza a problematizarse en el campo del pensamiento político, del análisis del poder político"* (Foucault, 1976b, p. 195).

La Definición de Salud Mental

El primer congreso estabiliza ciertas condiciones para la consolidación del nuevo ámbito específico. En éste, el primer Director General de la OMS sugiere la creación de la Federación Mundial de la Salud Mental en relevo del existente Comité Internacional en Higiene Mental, buscando con esto dar un nuevo enfoque, donde el énfasis ya no esté puesto en la calidad de la atención a pacientes psiquiátricos, sino en la necesidad de proteger y fortalecer lo que se ha propuesto llamar Salud Mental, y que refiere, como hemos visto, a una preocupación por la ciudadanía más allá de lo patológico (WFMH, 2013).

En la culminación del encuentro, se le plantea a la recién fundada OMS la necesidad urgente de establecer un comité de expertos del campo de la salud y las relaciones humanas, que aborde los problemas y desafíos que la salud mental ofrece a la ciudadanía, insistiendo en el carácter global de dichos problemas. La única conceptualización que se expuso en el Congreso, por parte del Presidente del Comité del Programa de Conferencias, sintetiza el espíritu cívico que vehicula el problema de la salud mental: *"es una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional óptimo de un individuo, en la medida que ello sea compatible con la de otros individuos"* (Bertolote, 2008, p. 114). Es finalmente en 1950 que la OMS entrega su primera definición, estableciendo qué entenderá por salud mental:

“... una condición, sometida a fluctuaciones (por) factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas (...) y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico” (WHO, 1951).

Esta conceptualización se ha matizado y hoy se usa, por lo general, la noción de salud mental para referirse a las actividades y estrategias vinculadas al componente de bienestar mental comprendido en la definición de salud de la OMS, y también para precisar el estado de bienestar que se espera tenga un individuo. Como hemos visto, la salud mental se constituye en uno de los pilares de la conceptualización de salud producida y mantenida por la OMS desde 1946, que *“expande tanto la noción de bienestar que es posible creer que éste no se alcanzará nunca”* (Rodríguez, 2009, p. 87).

Este recorrido por ciertos hitos históricos y apuntalamientos conceptuales, lejos de concebirse de manera total, permite iluminar la coyuntura en la que se erigió la salud mental como una composición específica y original. Este binomio fundó así, un ámbito inédito de reflexión e intervención, que posibilitó profundizar la medicalización de la vida diaria, común y corriente, operacionalizada a través de nuevos códigos que transformaron los modos en que los seres humanos juzgamos nuestra experiencia, nos pensamos y nos producimos como tales.

Restituyendo la Dispersión

Aunque de cierta manera, en la organización del relato signifique volver hacia atrás en algunos casos y hablar, en parte, de cosas ya mencionadas, me gustaría tomar algunos ejemplos publicados en *The Lancet* y en el *Boston Medical and Surgical Journal/ The New England of Medical Journal* para mostrar diferentes aspectos de la emergencia de la relación entre lo mental y la salud. Esto supone asumir una dispersión en la que diferentes discursos y lógicas coexisten de manera entreverada. Discursos y prácticas asociadas con los tratamiento de la locura y la enfermedad mental, así como expresiones referidas directamente al higienismo y su tensión con la eugenesia, aparecen como formas que enuncian momentos de confrontación y cambio. En este apartado, me centraré en mostrar y comentar algunos ejemplos aparecidos en estas publicaciones que ilustran lo que he venido discutiendo hasta el momento, a saber: cómo la salud mental comienza a instituirse en una forma singular que se diferencia de la locura, la deficiencia y la enfermedad mental, para presentarse como un atributo general de lo humano, atributo que debe ser atendido y gestionado para el buen funcionamiento social del individuo y del colectivo.

Esta dispersión de la que quiero dar cuenta, encuentra en los artículos, notas al editor y reportes de congresos y otras actividades académicas, formas de expresión que evidencian las contradicciones, tensiones y saturaciones propias de la formación histórica. Lo que viene a continuación no es una historia verdadera sino una simple enunciación de algunos vectores que atravesaron, segmentaron y dieron forma a la salud mental. Si lo anterior que trabajé fue un repaso secuencial y ordenado de una serie de acontecimientos que fueron emergiendo y modificando los razonamientos y las prácticas en torno a un conjunto de problemas asociados a las conductas, los comportamientos morales y mentales de los individuos, en tanto parte de constituyentes de poblaciones, ahora me permitiré hacer hincapié en ciertas lógicas de producción remitiéndome a subrayar y establecer conexiones entre algunos asuntos que han estado presente, de distintas maneras, en este proceso de composición y recomposición de la salud mental.

El nuevo paralelismo Cuerpo - Alma

Una de las novedades relacionadas con la emergencia de la salud mental es la aparición de una nueva forma de entender la relación entre cuerpo y alma. Lentamente, se irá gestando una forma de comprender estos elementos como complementarios que funcionan articulados y en simultáneo. En una publicación de noviembre año 1835 en el Boston Medicine and Surgical Journal (de aquí en más BMSJ) aparece un artículo titulado "Equilibrium of the Physical and Mental Organs". Se trata de una nota dirigida al editor de esta revista, firmada por un anónimo "J". La carta comienza del siguiente modo:

"I have thought much of necessity of certain due proportions between the different parts of the human system, in order to the perfection of health and mental manifestation. This pre-supposes the necessity of what may be aptly termed and equilibrium of the mental an bodily organs".

La carta habla de la precocidad como uno de los estados de desorden del sistema en el que el equilibrio es destruido por una inmensa medida y actividad del cerebro. Tomando este ejemplo comienza a describir las características hereditarias y sintomáticas de los niños precoces. Así comenta que donde hay padres altamente inteligentes, con cabezas grandes y temperamento nervioso no es inusual que sus hijos sean precoces. En este sentido, afirma que el cerebro de los niños es más suave e incluso más líquido; un rápido crecimiento de este órgano puede deberse a que éste esté sometido a excitaciones violentas de las facultades afectivas e intelectuales. De esta manera, el artículo introduce cómo la sobre-estimulación puede hacer que ese cerebro, en esas condiciones, reciba más sangre motivando aún más su crecimiento y el de sus capacidades, "como crece la mano que es usada", dice. Esto trae como consecuencia la precocidad, la cual está asociada al impulso de la familia y de sus amigos para que el niño siga incorporando más y más habilidades y conocimientos. Esto, según el autor, puede tener consecuencias negativas: el cerebro se inflama y enferma y el niño, "como la fruta que rápidamente madura, está destinado a volver a su elemento".

Inmediatamente el artículo continúa explorando la relación entre lo fisiológico y lo emocional. Apelando a una posible línea de entendimiento dice:

“The doctrines of phrenology (that abused science), when properly understood, will enable parents to discover early tendencies to precocity, and enable them to adopt such a course as is best calculated to counteract it.”

La frenología, aquella pseudo ciencia del Siglo XIX, la cual abusó de la ciencia, aparece mencionada como un saber aproximativo que logra hacer visible la relación entre la distribución y la forma fisiológica y la facultad o el comportamiento. Lo que intenta el autor es guiar a quien lee hacia una forma de pensar que pone en duda la división entre lo físico y lo mental. Para ello ilustra el caso de una niña hiperestimulada:

“The child I am speaking of had learned Latin, Greek, Hebrew, and some of the modern languages—had attended to philosophy in several of its branches, and to music, and in had been every way allowed to go on with her studies to any extent she pleased. The night before I saw her, the mother had taken her to the theatre, and the child had been so much excited by it, that it could not sleep. How long will that little feeble frame support such a brain ? It does not require less than one-third of all the blood of the system to sustain it. The child yet lives ; and long may it live, is not only the parents', but my earnest prayer. But prayers will not be answered, when we go on in violation of natural law. Suppose such a child should take a cold and a fever should follow, how slight would be its chance of recovery!”

Lo que hay de trasfondo en este ejemplo, es un equilibrio o armonía de orden natural entre los órganos mentales y los fisiológicos que puede ser fácilmente alterados por la irresponsabilidad o el exceso de unos padres. El cuerpo de la niña aparece como la constatación de aquel interjuego entre lo mental y lo físico, las exigencias parentales, como aquellas constricciones exteriores que pueden tensar esa relación poniendo en riesgo la vida del conjunto. La clave, como dice J, pasa por educar a los padres sobre las leyes naturales. En esta relación dinámica entre lo fisiológico y lo mental, expresada en el modelo orgánico, lo interesante es cómo aparece la idea de una educación mental a la par de una educación física. Existe la idea de una naturaleza humana, o un devenir

natural, que supone no exigir las capacidades actuales de los niños sino que adecuar los aprendizajes a los momentos pertinentes de su evolución. Lo que J hace es poner en igualdad de condiciones el desarrollo mental y físico estableciendo una correlación entre la educación y la estimulación (es decir, el flujo de información y estímulos) y la irrigación y el crecimiento cerebral (es decir el flujo de sangre y nutrientes).

De este ejemplo del año 1835 puedo extraer dos aspectos que jugarán un papel relevante en el Siglo XX para posibilitar la emergencia de la salud mental. El primero será la necesidad de instituir un nuevo paralelismo entre lo anímico (que va adquiriendo forma de mental) y lo orgánico, y el segundo, la distribución de la responsabilidad de la gestión de ese equilibrio que tiene como centro de atención la vida humana a través de mecanismos como la educación y el entrenamiento, a los que les dedicaré mayor atención luego. En las líneas que vienen a continuación quiero centrarme en cómo se instituye esta nueva relación entre cuerpo y alma, fisiología y mente, y cómo, de cierta forma, la salud mental aparece como una fórmula que sintetiza este nuevo contrato biológico y social.

Ya entrado el Siglo XX, en el volumen 169, número 17, de BMSJ; aparece el artículo titulado "The evolution of Mental Healing" (1913), escrito por Charles F. Painter. El artículo comienza con una cita de Platón que me parece muy sugerente y que, de cierta forma, encarna el vector que comienza a trazarse con este movimiento de institución de un nuevo paralelismo.

"The Office of the Physician extends equally to the purification of mind and body; to neglect the one is to expose the other to evident peril. It is not only the body that by its sound constitution strengthens the soul, but the well regulated soul by its authoritative power maintains the body in perfect health."— (Plato).

La cita es elocuente respecto a la recurrencia entre el alma y el cuerpo, pero no sólo eso, introduce la autoridad y el poder del alma para mantener el cuerpo en perfecto estado de salud. De cierta forma, el programa de acción que posibilita que emerja lo que pronto se irá llamando como salud mental tiene que ver precisamente con aquella voluntad que erige el alma del sujeto como una autoridad sobre su cuerpo en tanto que cuerpo

de una comunidad. La nota de Painter parte diciendo que, durante mucho tiempo, la medicina dejó a un lado esa relación inmanente entre lo anímico y lo corporal. Toda la historia de su práctica, en la medida en que podía separarse del sacerdocio y de la brujería, dice el autor, indicaba la más profunda ignorancia de todas aquellas ciencias que ahora consideramos fundamentales para sus practicantes. La psicología era una ciencia desconocida, al menos bajo ese nombre, agrega. Sin embargo, refiriéndose a Platón, aquí está un hombre que comprendió la verdad de lo que ahora nos complace considerar como *uno de los triunfos de coronación de la medicina del Siglo XX*.

Precisamente, uno de los triunfos de la *coronación de la medicina en el Siglo XX* (recordemos que esto es escrito en el año 1913) será haber constituido esta articulación entre alma y cuerpo, este nuevo paralelismo. Esto supone, en primer medida haber tomado el alma como objeto de preocupación y haberse salido del cuerpo organismo, ampliando su campo de actuación a otro tipo de cuerpo, quizá, el cuerpo-relación. A pesar de esta coronación, dice, hay en las mentes tanto de médicos como de legos, mucha tontería en cuanto a qué relación tiene la terapia mental con el tratamiento de los males corporales. Algunos están dispuestos a creer que no tiene ninguna relación en el tratamiento de cualquier condición que no sea mental. Painter sostiene que existe una disposición por parte de los médicos de ensombrecer cualquier interrelación entre los estados mentales y físicos durante el tratamiento, aunque estos hombres, sin duda, reconocerán y admitirán que el tratamiento que ellos consideren apropiado para la condición en cuestión será materialmente menos eficaz si el paciente está mentalmente deprimido. Lo que hace Painter es poner el foco en la psicósomática que rodea toda intervención médica, sobre todo en aquellas situaciones donde lo central no está relacionado con lo anímico, lo afectivo y lo mental. Para él esta relación ha estado presente en nuestra cultura, y es precisamente sobre esa presencia que justifica la necesidad de subrayar su importancia. Dice:

"The present day development of interest in psychotherapy is simply a revival in new form, fashioned to suit modern needs, of principles and practices which are very ancient. Psychology is today a science which has been very highly refined. We think we know more of the workings of the mind than we used to do. This is

probably true. It is also true that the human mind today is not a different organic substance than it was at the dawn of history. It reacts and is reacted upon. Its behavior in different individuals is susceptible of the same vagaries of which it has always been capable. Present certain types of mind in these days with certain kinds of data and they will treat them as the same type of mind has always treated that kind of phenomena. Present day environment and influences not in existence in the old days may exert some modifying effects upon the mind but the essential characteristics are there now as then."

La cita remarca la existencia de ciertas características esenciales de la mente que se mantienen iguales a sí desde la Antigüedad, de ahí la vigencia de la cita de Platón para lo que quiere fundamentar. Lo que dirá que cambia, es el ambiente y sus influencias.

"There has always been a belief that mind and body exerted reciprocal influences upon each other. What more natural than that there should be those who thought on the one hand that the mind could dominate the whole being and on the other that there should be those who denied such an assertion. There must of necessity be at least two camps into which all men are divided. Between these two positions there are those who espouse one side more strongly than the other or who have devised some special creed in an attempt to satisfy their own intellectual cravings. The practice of medicine can not be carried on in an ideally successful manner today unless the merits of this world-old controversy are duly appreciated. That they are being appreciated and this the more fully as time passes, is emphasized by many of the social movements of modern times, which are identified more or less closely with the medical profession."

Painters, como un representante de época, pone el dedo en la llaga al indicar esta tensión. La creencia de que la mente y el cuerpo ejercen una influencia recíproca mutua ha partido aguas dejando a un lado a aquellos que sostienen que la mente puede dominar todo el ser y los que no. Entre estas dos posiciones hay quienes se inclinan más hacia un lado que hacia el otro, incluso están aquellos que han convertido uno de estos polos en una suerte de credo donde satisfacer *sus propios deseos intelectuales*. Lo que subraya Painters es la necesidad de hacer evidente esta controversia de cara a

problematizar y mejorar la práctica médica la cual *está estrechamente identificada con los movimientos sociales de los tiempos modernos*. La tensión entre el cuerpo y el alma puede adquirir consistencia en dos tendencias políticas y sociales que operaron en el desarrollo de la práctica científica especialmente a partir de la segunda mitad del Siglo XIX y que tendrá su fin o eclosión, depende como se mire, con la culminación de la Segunda Guerra Mundial. Me refiero al eugenismo y a la higiene ambiental como representantes de estas tensiones. Ambos movimientos lo que hacen es tensar los polos de la cuestión extremando posiciones y prácticas; ambos lo que hacen es buscar la transformación de la sociedad y la desaparición de ciertas figuras sociales (el alcohólico, el criminal, el débil mental, el loco) por distintos medios. Ambos intervienen sobre los individuos desviados en pro de mejorar el conjunto del cuerpo social. Ante la pregunta cómo eliminar ciertos rasgos no deseados de la población ellos responden con dos fórmulas distintas.

En la revisión de *The Lancet* surge un personaje clave para entender el desarrollo del eugenismo en psiquiatría, lo que luego daría cabida a la psiquiatría genética. Me refiero al psiquiatra suizo-alemán Ernst Rüdin quien participa tanto en el primer como en el segundo Congreso de Higiene Mental celebrados en el 1930 y 1937. Éste junto con Alfred Ploetz fundan en 1905 la Sociedad Alemana para la Higiene Racial (*Gesellschaft für Rassenhygiene*) que tenía como objetivos promover la reproducción de lo genéticamente ajustado y erradicar rasgos no deseados en la población. Entre éstos se encontraban los desórdenes psiquiátricos, la criminalidad, el alcoholismo y la debilidad mental, rasgos que también preocupaban, insisto, al higienismo ambiental. La diferencia era que este movimiento racista les atribuía causas hereditarias mientras que el segundo causas sociales y/o ambientales. Una cosa a destacar es que muchas de las acciones dirigidas a personas locas y con discapacidad que fueron atribuidas posteriormente al nazismo, habían sido iniciados mucho tiempo atrás por Rüdin y sus colegas. Ya en 1903 fue uno de los promotores de la esterilización de los alcohólicos crónicos, lo que dará inicio a una larga cruzada de esterilización de lo “degenerado” (Weindling, 1989: 186). Precisamente, estas ideas serán llevadas a los congresos de higiene mental por el propio Rüdin. El 24 de mayo de 1930, es publicado, en *The Lancet*, un reporte parcial que da cuenta de algunas ponencias presentadas en el primer

congreso realizado en Londres. Entre éstas se encontraba una presentación de Rüdín quien dio una definición amplia de eugenesia y de sus alcances sociales. Así, sostuvo que la eugenesia tiene como cometido investigar cómo un ser humano puede, con grandes probabilidades, ser traído al mundo sin tendencias hereditarias mentales o físicas desafortunadas. Sostuvo que, expresado en términos de economía social, la eugenesia significa un enorme ahorro de higiene mental inútil, o parcialmente insatisfactoria. El Profesor Rüdín, como se le llama, a su vez proporcionó estadísticas obtenidas principalmente de investigaciones personales en su propia institución para dar una idea del significado de la herencia en la transmisión de enfermedades mentales. Después de mostrar una serie de casos se detiene en los métodos para interrumpir los efectos de la herencia, así lo recoge el informe:

"Reviewing the anxieties and doubts besetting individuals afflicted with disease who wished to mate, and the methods available for preventing hereditary disease, he believed that voluntary sterilisation (not castration) of the hereditarily diseased or hereditarily defective should be considered, not only because it was statistically, but also because it was individually, absolutely and permanently reliable. It entailed no danger to physical or mental health, nor did it encroach upon the habits of life and the pleasures of life in any way, and would not, if suggested with tact and consideration, produce any psychic trauma".

La no castración y la garantía de no producir peligro para la salud física o mental, hablan de la modernidad de los métodos; de cierta forma el eugenismo es parte importante de la racionalidad científica o al menos opera desde ésta en sus postulados. Después de esta explicación que pone en tensión el derecho de la persona con enfermedad a tener una pareja y el derecho de la sociedad de cortar con la propagación de genes 'no deseados', el reporte dice algo curioso, explícitamente no desapruueba sus postulados pero los relativiza al sostener que es un hecho consolador que, al igual que las enfermedades y los defectos, las tendencias a las cualidades positivas como el talento, se transmiten y pueden ser fomentadas, aumentando así el patrimonio público, siendo esto uno de los deberes de la higiene mental. En el curso del debate, prosigue el reporte, el Profesor Jouchtchenko, proveniente de Rusia, dijo que estaba de acuerdo con

el Dr. Rüdín en la importancia de impedir la reproducción de las poblaciones hereditariamente enfermas o defectuosas. Esta parte del informe concluye diciendo que las leyes de la herencia aún no se comprendían completamente, por lo que era importante preservar una mente abierta hasta que estuvieran disponibles más datos científicos sobre el tema. Me gustaría mostrar cómo esta suerte de relativismo o tolerancia, expresada en la incertidumbre de aquellas causas 'científicas', sostenidas en el principio de precaución, cambiará siete años después cuando se celebre el segundo congreso, esta vez en París, y al que asistirá otra vez Rüdín con sus planteos eugenistas.

El 7 de agosto de 1937, se reporta en *The Lancet* algunas de las presentaciones llevadas a cabo en el congreso de París entre los días 19 y 24 de julio. Un dato para dar cuenta de la magnitud del evento es la participación de 300 delegados de 40 países. El tema que se presenta es el de la esterilización. A partir de las presentaciones realizadas por el Profesor Rüdín de Munich y el Doctor H. C. Taylor de New York, se abrió una importante discusión sobre eugenesia y esterilización en la prevención de las enfermedades mentales. En informe recoge cómo el primero de los ponentes está convencido que el único método para extirpar trastornos mentales hereditarios es prevenir la propagación de células sexuales contaminadas a través de la esterilización humana y otras medidas eugénicas eliminativas. Para ello, insiste en que es inútil dejar en manos de quienes sufren estas enfermedades y sus parientes, desde su punto de vista la decisión debe recaer en otros. Más precisamente, ésta, en tanto que un servicio de salud pública, debe ser una responsabilidad en manos de doctores con un fuerte sentido del deber público y conocedores de la biología de la herencia humana y el arte del diagnóstico. A esto, insiste, se le debe sumar una intensa propaganda para educar al público en las ideas eugenistas. En esta línea, el especialista mental tienen una absoluta responsabilidad de poner en primer lugar la salud hereditaria del pueblo.

El reporte muestra cómo por su parte, el Dr Taylor defendió su postura favorable a la esterilización con otro tipo de argumentos y posicionándose en contra de su obligatoriedad. Para esto comienza revisando la ley y la práctica en treinta de los Estados Unidos de América que en un momento u otro aprobaron leyes de esterilización. Puntualiza que el único Estado en el que el experimento ha sido llevado a

cabo sobre una escala lo suficientemente amplia para suministrar evidencia científica acerca de su eficacia ha sido California. Taylor se muestra fuertemente a favor de la esterilización voluntaria y en contra del principio de obligatoriedad por dos razones fundamentales. En primer lugar, en aquellos sitios donde la medida careciera de apoyo público, nadie sería esterilizado aunque estuvieran en vigor cláusulas obligatorias, mientras que en aquellos donde el apoyo público estuviera presente, cualquier normativa que impusiera la obligatoriedad sería francamente innecesaria. En segundo lugar, Taylor plantea que nuestro conocimiento de la transmisión hereditaria del trastorno mental es todavía muy limitado. Además, es probable que incluso si todos los 'débiles mentales' (sic) pudieran ser esterilizados, el efecto práctico sería comparativamente leve. Apoyándose en un especialista, el Profesor Punnet, afirma que el 10 por ciento del total de la población estadounidense sería probablemente portadora de defectos mentales y que, si sólo se esterilizaran aquellos que fueran de hecho 'débiles mentales', podrían requerirse 8 mil años para eliminar esos defectos.

La animada discusión que siguió, dice el informe, mostró una oposición unánime al principio obligatorio enunciado por el Profesor Rüdín. Sir Laurence Brock, presidente de la Junta de Control y también del comité departamental que recientemente, en aquel entonces, había investigado el caso de esterilización en Inglaterra, hizo una valiosa contribución y emitió un informe totalmente a favor de la esterilización eugenésica voluntaria. Destacó claramente las desventajas de una medida obligatoria, señalando el peligro de producir secreto y evasión de una ley indeseable. Dicha medida sería, según él, totalmente injustificable debido a nuestro imperfecto conocimiento de la herencia y por el riesgo de "*destruir el trigo con la paja*". Admitió que el proceso de eliminación sería inevitablemente muy gradual. No obstante, consideró que en las pruebas que su comisión había reunido había una amplia justificación para promover una medida de esterilización voluntaria para aquellos en quienes existía un peligro reconocido de transmitir un trastorno o defecto mental hereditario. El Profesor Rüdín, al responder, reafirmó firmemente su creencia de que la esterilización obligatoria era el único método práctico para abordar el problema.

La diferencia entre los debates sobre la esterilización de un congreso y otro no es radical, a no ser porque en el segundo se produjo una intensa discusión. El argumento de la ausencia de pruebas científicas firmes que demostraran el papel de la herencia humana volvió a aparecer. Lo distintivo fue dónde se centró el debate, no en si era adecuada o no la esterilización, sino en sí ésta debía ser obligatoria o no. Como planteó Sir Laurence Brock, había que aceptar que el proceso de eliminación iba a ser gradual y que una esterilización compulsiva y obligatoria no iba a ser garantía de solución del problema. Lo curioso, lo remarcable, es que nadie ahí se estaba oponiendo a la esterilización. Todos concordaban era deseable acabar con ciertos rasgos no deseados; el problema, insisto, era de método.

Estos congresos eran de higiene mental, en ésta el énfasis no está puesto en el individuo sino en el conjunto de la población. Aunque las posturas higienistas están asociadas a la modificación del ambiente y los conductos para producir modos de vidas más saludables, en éstas convivían expresiones eugenistas más centradas y preocupadas por evitar y prevenir la degeneración del colectivo por parte de individuos degenerados. Estas fueron las dos fuerzas y tensiones que gobernaron la política de la vida de mediados del Siglo XIX y principios del XX, una fuerza interior expresada en el peligro inmunitario que supone el propio organismo y otra fuerza exterior, ligada a las variaciones de un conjunto móvil de relaciones y factores. La presencia de estos discursos racistas en un evento impregnado por la segunda de las fuerzas dan cuenta de los claroscuros que componen este campo en tensión.

Lo que está en juego en ambas posturas es la protección de la sociedad ¿Pero de qué se la protege? Básicamente se podría resumir en una serie de rasgos, como se le denomina en reiteradas ocasiones, presentes en todas las sociedades y que, de cierta manera, atentan contra la forma de vida moderna. En un artículo de 1913, publicado en el Boston Medical and Surgical Journal, titulado "Mental Hygiene Exhibit and Conference", se menciona la primer exhibición y conferencia de la Sociedad de Massachusetts para la Higiene Mental la cual se lleva a cabo con la cooperación del National Committee for Mental Hygiene. La nota aclara que el objetivo de esta reunión era:

“(...) to diffuse information about the study and prevention of nervous and mental disorders which are manifested in the phenomena of the feeble-minded, defective, delinquent, criminal and insane”.

Ciertas conductas amorales como el alcoholismo y el crimen y formas de ser no productivas como la ‘debilidad mental’ o la locura aparecen como los peligros inmanentes de una sociedad. Al convertirse en objeto de observación, estas conductas anormales muestran una serie de cualidades que pueden describirse como desórdenes mentales. El 19 de diciembre de 1918, se publica el artículo “The scope and aim of mental hygiene” de William H. Burnham, en el Boston Medicine and Surgical Journal. Ahí se hace hincapié en el papel salvador de la higiene mental:

“Mental hygiene aims to save society from the burden of feeble-mindedness and insanity—a burden the money cost of which is enormous, the results of which in sorrow, misery, and crime are incalculable. It aims, however, not only at the prevention of acute mental disorder, but at the development of wholesome interests and habits of healthful mental activity in all normal children and adults—habits that ensure happiness and efficiency as well as sanity. It aims at nothing less than the development of morale in all classes; it aims to develop that everyday patriotism which is ready to sacrifice personal interest for the welfare of the social group—the family, the community, the church, the state, the world. It aims at all this both for the health of the individual and for the welfare and sanity of the social group. To realize these aims mental hygiene would apply the simple fundamental principles of mental health in the home, the school, and all agencies for education; it would apply the principles of a fearless democracy, especially in education, to give all the opportunity according to their ability to develop the capacity as well as the will for service, and to become superior men in something, according to their talents. Thus, everyday democracy, every-day patriotism, and every-day service, are the natural outcome of mental hygiene.”

Me gustaría retomar varias cosas de esta cita, entre ellas el carácter moral de la salud mental y su relación con la democracia. Pero antes quisiera mostrar cómo el peligro no

es sólo lo que producen esos individuos desviados sino cómo sus interacciones y efectos repercuten en el conjunto. Será, precisamente sobre ese nivel que comenzará a intervenir para evitar que otros sean constituidos por las mismas condiciones que hicieron que aquellos quedaran atrapados en las categorías antes mencionadas (locura, 'deficiencia mental', etc.). Este énfasis por la prevención que actúa sobre las condiciones de vida será lo que distinga las posturas higienistas de otras y lo que hará que este tipo de enfoques paulatinamente se vaya alejando de la enfermedad mental para concentrarse en la salud mental. Precisamente en el año 1933, más precisamente entre el veintidós y veintitrés de noviembre, se celebró la Tercera Conferencia Bienal sobre Salud Mental organizada por el National Council for Mental Hygiene. Del reporte que publica The Lancet, me quiero detener en una palabras pronunciadas por Sir Maurice Craig en una mesa titulada 'The Medical Attitude to Crime'. Fue en esta instancia donde éste dijo que "(...) *the protection of society must be combined with the care of the individual; it would be a great benefit if the legal profession, while realising their obligation to society, would try to deal with the criminal instead of the crime*". Este tipo de enunciados supone un giro. Lo que muestra es que lo que comienza a construirse no es ya una lógica de la exclusión y cualquiera de sus formas (encierro, eliminación, marginación), sino una de integración sostenida sobre el cuidado en lugar de sobre el conflicto. Esta fórmula altera a su vez la división entre individuo y colectivo y, con esto, rompe con la idea de que un sujeto desviado es una amenaza para el conjunto, al menos, en términos lineales. La locura (*insanity*) y el defecto mental (*mental defective*) pasarán a ser categorías dentro del campo de lo patológico, ya no en un registro de alteridad. Como se afirma en una publicación de The Lancet de octubre de 1929, "*insanity is a disease like other diseases*", esto supondrá una modificación paulatina de su estatuto lo que supondrá, entre otras cosas, el cambio de las formas institucionales de tratamiento. En un reporte posterior, de noviembre de 1929, el presidente de Board of Control for Lunacy and Mental Deficiency, enfatiza la necesidad de una opinión pública educada, y advierte de la necesidad de tratamientos tempranos. Para esto, sostiene, es necesario tener un público más educado. Se pone en juego la anticipación, la idea de aceptar pacientes que no han manifestado un grado evidente de enfermedad mental, y por otro lado, el tratamiento ambulatorio, ambas medidas dan cuenta de cómo la institución mental es un hospital que está repensándose. Como corolario, se plantea

que la propaganda puede ayudar a que la opinión pública entienda qué se puede hacer, así como educar sobre cómo comportarse más amablemente con personas afectadas por estos asuntos.

El veintisiete de agosto de 1932, será publicado en *The Lancet*, un informe sobre la situación de la salud mental del año anterior. En éste se muestran una serie de procesos que apuntalan lo anterior. Entre ellos, se menciona que en 1930, se establece una ley por parte del Parlamento del Reino Unido, que permite la admisión voluntaria y el tratamiento ambulatorio dentro de hospitales psiquiátricos, y que reemplaza el término "asilo", por el de "hospital psiquiátrico". Dice:

"(...) the hope is that mental illness treatment should be conducted as nearly as possible on the lines of physical illness treatment; that the private specialist and general practitioner should be encouraged to take an active part in the service; and that all suggestions of mental hospital treatment and its administration should be kept as far out of the picture as possible."

Este tipo de posiciones redimensionan el paralelismo que he propuesto discutir, tienden a igualar el tratamiento mental y físico y sus formas de organización. A su vez, comienza a dotar a los pacientes 'mentales' de los mismos derechos que los pacientes 'físicos'; el internamiento voluntario es un ejemplo de eso. La publicación muestra que el informe del Board of Control in England: *"(...) stresses the fact that "voluntary" patients may suffer from very protracted disorders, just as certified cases may be recent and acute. Many of the patients to whom parole is granted could be graded as voluntary patients with benefit to themselves."* Otra de las medidas que se marcan en esta publicación es la posición que toma aquel organismo respecto a que el mejor lugar para llevar a cabo este trabajo clínico es el hospital general: *"no hospital can claim to be truly general if it wholly exclude from its activities the treatment of mental illness"*. En esta dirección, también enfatiza en el valor de trabajadores sociales bien capacitados, en hospitales generales, como parte de su interés por ampliar la oferta de atención de salud, pero también, de terapéuticas.

Un punto que refuerza esta integración, que comienza a erigirse como lógica subjetivante, es la idea de que las enfermedades mentales son producidas en y afectan a la vida cotidiana de todas las personas. Esta idea le irá quitando paulatinamente peso al papel negativo normatizador de lo patológico. Esto ya podía verse con anterioridad en el desarrollo del movimiento de higiene mental. En un artículo publicado el 19 de diciembre de 1918, y ya mencionado anteriormente, William H. Burnham dirá:

"Mental hygiene is no longer concerned merely with the care and prevention of feeble-mindedness and insanity; and, while in the minds of some it may still be associated with certain fads and vagaries, it now rests on a solid foundation of scientific fact, and has already made important contribution to the mental health of normal children and adults. Recent studies, however, have greatly increased the scope and significance of the subject."

A partir de entonces comienza a enumerar una serie de campos que posibilitan el despliegue de la higiene mental. En este caso en particular, me quiero detener en la contribución que dice el autor que hace el psicoanálisis.

"Another class of investigations partly psychological and partly psychiatric, namely, the studies in psychoanalysis made by Freud and his followers, have contributed much to mental hygiene, by showing the great importance of normal emotional and instinctive life in early childhood, the persisting evil results that may come from any unfortunate emotional shock, even in the days of infancy, and the danger from abnormal domestic relations —undue dependence on father or mother, undue repression by the parents, or the like."

La clave de su aporte radica en que cualquiera puede quedar expuesto a aquellos choques emocionales desafortunados, a la vez que nos enseña nuestra exposición a relaciones domésticas anormales que pueden traer aparejadas consecuencias sobre nuestras formas de vida. O en estas otras dimensiones que el autor aporta:

"Although not all of them have been advocated by Freud, so far as the writer is aware, the hygienic measures suggested by this are obvious. First, the keeping up of the general mental health, the health level, which enables one to resist strain ;

second, the transfer by association of the painful or distressing idea with some intense interest or enthusiasm ; third, the habit from early childhood of normal reaction and of absolving or removing the mental traumas, or the results of mental shock, as soon as they are produced, a habit, as we may say, of squaring one's moral accounts each day. This training, simple as it is, is of the greatest importance."

Lo que aportan estas perspectivas es que cualquiera de nosotros puede quedar comprometido al influjo de estas relaciones nocivas que pueden traer consecuencias y sufrimientos a nuestras vidas; pero lo más importante aún es que podemos prevenirlas y entrenarnos para afrontar este tipo de situaciones y evitar exponernos a incomodidades que pueden perjudicarnos. Asimismo, lo patológico comienza a perder carácter ajeno y pasa a integrar parte de los procesos cotidianos de los individuos y las sociedades.

La Salud Mental es Moral

La lectura atenta de las publicaciones de *The Lancet* y de *The Boston Medicine and Surgical Journal*, permite identificar una ecuación que se va produciendo durante todo este proceso y que concluye con la fórmula que dice que la salud mental es moral. Paulatinamente, los planteos higienistas irán haciendo hincapié en la importancia de no reducir los aspectos de medicina social a lo patológico o desviado sino aprender de estas experiencias para comenzar a prevenir futuras situaciones similares. El punto es, dicho muy explícitamente, comenzar a dedicar atención a la salud de los niños y adultos normales; esta atención supondrá realizar acciones a distancias que puedan incidir en los hábitos, las prácticas y las costumbres cotidianas de estas personas.

Me permitiré volver a citar un fragmento del artículo que William H. Burnham publicara en BMSJ el diecinueve de diciembre de 1918. Pero antes citaré de ese mismo artículo otra sentencia en el cual se explicita el sentido moral explícito en la salud mental. Burnham habla de la contribución de la higiene mental a la guerra, a la vez de todo lo que

aprendió de ésta. Entre sus aportes, subraya, su contribución a levantar la moral del ejército:

"This last is distinctly the aim of mental hygiene; for the conditions of morale and of mental health are practically the same. This morale depends upon training. War is a crucial test of a nation's education; and the behavior of soldiers reflects the character of their training".

Lo que nos dice Burnham es que las condiciones de la moral y de la salud mental son prácticamente las mismas. Asimismo, ambas dependen de un entrenamiento. La guerra aparece como un gran laboratorio que posibilita entender y comprender de mejor forma el funcionamiento de la sociedad. La idea del entrenamiento será clave. La sociedad en general, por medio de distintas instituciones, podrá ser entrenada con miras a lograr una mejor salud mental. Poco a poco, se irá asimilando la idea de que gozar de buena salud mental es sinónimo de ser un buen ciudadano. Burnham, hablando de los objetivos de la higiene mental dice:

"It aims, however, not only at the prevention of acute mental disorder, but at the development of wholesome interests and habits of healthful mental activity in all normal children and adults—habits that ensure happiness and efficiency as well as sanity. It aims at nothing less than the development of morale in all classes; it aims to develop that everyday patriotism which is ready to sacrifice personal interest for the welfare of the social group—the family, the community, the church, the state, the world. It aims at all this both for the health of the individual and for the welfare and sanity of the social group. To realize these aims mental hygiene would apply the simple fundamental principles of mental health in the home, the school, and all agencies for education; it would apply the principles of a fearless democracy, especially in education, to give all the opportunity according to their ability to develop the capacity as well as the will for service, and to become superior men in something, according to their talents. Thus, everyday democracy, every-day patriotism, and every-day service, are the natural outcome of mental hygiene".

Esta cita, si bien es del año 1919, expresa muy bien todo el sentido de lo que posteriormente será entendido y conceptualizado como salud mental. En primer lugar, el desplazamiento de la mirada y la atención de lo patológico y desviado a lo sano y corriente. Segundo, la exaltación del patriotismo y los valores de pertenencia social, refrendado en el desarrollo de la moral de todas las clases, lo que supone la renuncia al bienestar personal por el bienestar general, el bienestar del conjunto. El orden de agrupamiento ascendente que sugiere es interesante: *"the family, the community, the church, the state, the world"*. Es esta conciencia gregaria lo que se pone de manifiesto en la constitución de la salud mental como un proceso distinto a la enfermedad. Esto supondrá, un salto de registro. La salud mental tendrá que ver con ese equilibrio entre el individuo y el todo, más bien con la tensión de la posición que éste ocupe en estos conjuntos de cantidad variable. La integración al mundo será la máxima aspiración y el signo de un sujeto fuertemente adaptado a esta condición gregaria que instituye la idea de humanidad. La cita es más interesante aún porque introduce un tercer nivel vinculado con los medios para llevar a cabo este proceso; dice: *"To realize these aims mental hygiene would apply the simple fundamental principles of mental health in the home, the school, and all agencies for education"*. El hogar, la escuela, todas las agencias para la educación operan como los medios de socialización y como espacios claves para la construcción de la comunidad. La cita ya habla de los principios de salud mental, principios que guardan directa relación con el comportamiento del sujeto consigo y con los demás, y que, en cierta medida, se solapan con los de una democracia audaz pasibles de ser aplicados especialmente en la educación para convertir a esos niños y jóvenes en personas superiores según sus talentos. El cierre apoteósico de la cita, es el corolario para estas ideas.

Por si quedan dudas al respecto, Burnham reafirma esta casi indistinción entre moral y salud mental del siguiente modo:

"If much of all this seems a form of social service in the field of morals, that is not strange; for sound morals and mental hygiene are in large part identical. Morality is by no means indifferent to hygiene; indeed, hygiene is the basis of a sound morality, for it assumes that health will be used for worthy ends."

El veintidós de diciembre de 1928, en *The Lancet*, se publica una nota en la que se habla del trabajo del National Council for Mental Hygiene del Reino Unido. La misma comienza con esta afirmación:

"If civilization is to be preserved from the ill-effects of increasing stress, the care of the mind must become part of the training of every citizen".

La educación y el entrenamiento (*training*) serán dos piezas claves para el desarrollo de esta nueva moralidad que requiere de la participación activa de todos los sujetos. Las instituciones educativas dadas sus características masivas y sus fines pedagógicos inherentes, se constituyen en espacios idóneos para introducir estos nuevos valores. Pero aún así, la familia jugará un papel relevante en este proceso.

El nueve de noviembre de 1929 en *The Lancet*, se reporta sobre la conferencia llevada a cabo en Londres entre el treinta de octubre y el dos de noviembre, organizada por The National Council of Mental Hygiene, la Clínica Tavistock, y otras sociedades implicadas. Se llama *Conference on Mental Health*, precisamente lo que se intenta es comenzar a darle visibilidad a este aspecto saludable del problema utilizando esa definición. En este encuentro se trabaja sobre varias líneas de acción que apuntan a extender esta educación y aquel entrenamiento al conjunto de la población.

En primera instancia, se habla de la necesidad de iluminar a la opinión pública (*'The need for enlightened public opinion'*). Sir Maurice Craig, quien funda en 1922 el National Council for Mental Hygiene, y quien, un año después en 1930, es nombrado vicepresidente del Comité Internacional para la Higiene Mental, sostiene que este movimiento fue principalmente un movimiento de legos. Plantea que curar la enfermedad fue un factor básico de la medicina, pero vivir bien y libre de enfermedades, es algo diferente y mejor. Dice:

"If we were to guide the child and man along the path of health that permitted fulfilment of the purpose of life we must alter our conception of disease and ill-health. Something more fundamental than disease determined the way in which

the individual would react to stress. It was essential for a man to know himself, and for physicians to have learned of those things might vary disease and determine its permanent effect on the patient".

'Un hombre que sabe de sí mismo' (sic) es un aspecto clave para esta transformación que ya no se centra en las enfermedades sino en un saber sobre cómo reacciones frente a las situaciones estresantes de la vida cotidiana. La meta del National Council era amplia y debía cubrir la vida en sí misma, y con esto, actuar antes de que la enfermedad mental fuera lo suficientemente grave y crónica. Por otro lado, el presidente de Board of Control for Lunacy and Mental Deficiency, Sir Laurence Brock, a quien ya nombrara anteriormente, enfatiza la necesidad de una opinión pública educada. En su intervención sostiene que los resultados de los grandes avances hechos en los hospitales mentales no han sido lo suficientemente buenos como deberían ser a causa de que los pacientes no fueron tratados lo suficientemente temprano. Su planteo va en la dirección de advertir la necesidad de atender este tipo de situaciones con más anticipación y que para esto es necesario tener un público más educado. Se pone en juego la anticipación, la idea de aceptar pacientes que no han manifestado un grado evidente de enfermedad mental, y por otro lado, el tratamiento ambulatorio, ambas medidas que dan cuenta de la transformación de este tipo de instituciones. Este paquete de acciones y medidas, la propaganda puede ayudar a que la opinión pública entienda qué se puede hacer, así como mediante ésta educar sobre cómo comportarse más amablemente con personas afectadas por estos asuntos.

Otro de los aspectos que se aborda en este encuentro es la orientación infantil. En esta oportunidad, la Doctora Letitia Fairfield, quien resaltó el papel que tienen los hábitos en la infancia para la comprensión, el entendimiento y la conformación del comportamiento adulto. Dice el informe:

"Modern criminology and psychology, starting from wholly different aspects, she said, had united in demonstrating the importance for adult behaviour of childish habit-formation and impressions. The origins of the chronic neurotic and the old lag alike were likely to be found in a mismanaged childhood. Successful schemes of guidance would always depend on certain simple factors -e.g., thorough

examination of the child and his environment, and cooperation with parents, teachers, and other persons in authority together with constructive plans for strengthening".

Ciertas guías de crianza exitosas podrían ser articuladas y pensadas con la observación de los niños y sus ambientes, procurando la articulación de distintas autoridades como padres y maestros. Se introduce la idea de que el desarrollo del niño puede ser intervenido para alcanzar un desarrollo normal deseado que se vincula a un ideal de comportamiento social. Su intervención prosigue en la línea demostrar cómo los problemas de desadaptación, rara vez aparecen solos, y en los adultos es posible rastrearlos en problemas relacionados a la infancia. Se trata de identificar ciertas tendencias y corregirlas a tiempo, antes de que éstas sean irrevocables. Su intervención se dirige hacia la forma en que los adultos se relacionan con los niños. Plantea que un peligro que atenta contra el buen desarrollo de estos son aquellos amantes de los niños que piensan que hay que dejarlos ser, pensando que la crianza puede darse solo en base al sentido común. Para ella, se requieren expertos con conocimiento en psicología, desórdenes mentales y servicio social. En este sentido, la orientación psicológica no debería reemplazar la crianza, sino fortalecer y asistir el cuidado parental.

Una tercera presentación estuvo centrada en la educación sexual en escuelas públicas para hombres. En ésta, la cual estuvo a cargo del director del hospital cristiano, el señor W. H. Fyfe, se discute sobre cómo y cuándo enseñar o dar información referente al sexo, teniendo en cuenta lo difícil de ser acertado en estas materias. Se indica que los padres son los indicados para reconocer el momento adecuado, dada la intimidad y confianza que tienen con sus hijos. Dice Fyfe, que es necesario establecer una *"atmósfera respecto del sexo, donde éste no sea más desagradable que la electricidad"*. En lugar de negarlo es pertinente dar cabida a esas manifestaciones sexuales propias de la pubertad. El informe, haciendo propias las palabras del ponente, dice: *"The master could elicit romance on the side of health; at the time of puberty romance was always active just below the surface"*. En la intervención se habla del "inevitable enamoramiento" entre niños pequeños y grandes dentro de instituciones, como algo "natural, ideal y bueno", donde los adultos deben admitir esta situación, cuidando que los mayores cuiden del

desarrollo de los más jóvenes, apelando a genuinas afecciones. Esto además, ayudaría al desarrollo de la confianza, incluso si hay extravío, ante lo cual se debe mostrar si algo va mal, y apartándose de la comunidad, *“como se haría con un corazón débil o una pierna aturdida”*.

El tema de la sexualidad siguió discutiéndose, en este caso aquella vinculada a la instrucción sexual en escuelas públicas para mujeres. En esta oportunidad, la ponencia estuvo a cargo de Miss Geraldine Coster jefa del Wychwood School de Oxford. Su presentación versa sobre lo siguiente. En los últimos años la mayoría de las madres opina que las niñas tendrían que recibir algo de educación sexual, sin embargo no se sienten capacitadas para entregársela. Si bien son las madres las mejores personas para esta labor, les faltan un alto grado de habilidades, educación o percepción psicológica. En esta línea se plantea la educación sexual de niños y niñas como cuestiones con acentos diferentes. También que la ignorancia en materia sexual, es la raíz de algunos problemas sociales importantes, como las enfermedades venéreas. Se llama a cambiar la actitud respecto a los problemas sexuales para las generaciones venideras, apelando a la información científica:

“(...) sex knowledge was only one part of the wider biological knowledge required by the citizens of any democracy; the practical problem was how to translate the small available scientific knowledge into popular teaching.”

La cita conjuga algo que se venía insinuando. La instalación de la salud mental supone directamente un acto de traducción que consiste, como bien se expresa, el poco saber científico disponible al saber popular, pero también de manera opuesta, la traducción de las experiencias de las personas a saber científicos legitimados por las instituciones de saber. Las madres consideran que sus hijas deben recibir más educación sexual, los especialistas concuerdan que éstas son las más idóneas para hacerlo, pero no están preparadas ¿Cuál es la distancia que separa la experiencia sexual directa de estas madres con el discurso sobre el sexo que deben enseñar a sus hijas? ¿Cómo se instituye esa diferencia, a la vez que distancia, que coloca a los psicólogos y demás especialistas en el medio de un vínculo tan estrecho y fuerte como el de madre e hija? ¿Cuáles son esas guías de crianza que deben ser construidas?

Más adelante, se aborda el lugar de higiene mental en el trabajo de salud pública. El ponente, en esta oportunidad, fue el Dr. H. P. Newsholme quien planteó que "... Soundness of mind was the key to all human progress". Esta igualación entre bienestar y progreso de la humanidad es significativa, la humanidad sólo tiene sentido y logrará alcanzar dirección si se logra un equilibrio mental adecuado en sus individuos. También, Dr. H. P. Newsholme, definió lo que él considera salud-enfermedad mental. Con cierto retorno a los paradigmas o modos de ver más patológicos lo plantea:

"(...) as failure of the individual to use his mental machinery with a degree of efficiency sufficient to maintain easy running for normal demands with a reserve for emergencies. Failure might arise through innate delicacy of the mental machinery, through laziness or insufficient attention to the machinery, or through excessive friction produced by the pressure of adverse external forces".

Es cierto, se puede objetar, que esta definición que da Newsholme retorna a aquellas perspectivas disfuncionalistas que ven en la performances de los individuos fallas y fracasos. Su modelo de la máquina, recuerdan a otros intentos de comparar el funcionamiento de los humanos con las de estos seres. En una época donde comienza a perfilarse la idea de que la salud es algo más que la ausencia de enfermedad, este tipo de planteos parecen querer revitalizar aquella cosmovisión del fallo de los individuos. La maquinaria falla por defectos innatos, pereza o sobreexcitación, las tres fuentes por excelencia que explican los disfuncional en la sociedad. No obstante, sin proponérselo Newsholme comienza a plantear una revisión de la maquinaria mental desde los puntos de vista del aparato físico, el ciclo mental, y fases de sentimientos, emociones, pensamientos y acciones. El "ajuste" aparece como un asunto relevante para la salud mental, ajuste de sentimientos, de pensamientos, de acciones. Todo ajuste, o intento de tal, supone un esfuerzo de modulación, por ende de corrección y educación, un tiempo preciso que debe ser sincronizado. Algo de esta justeza estaba presente en las reflexiones en torno a la educación sexual de los niños: ¿cómo hacer coordinar la especificidad de los seres según su tiempo de vida, los saberes disponibles de una época y los modos de ejercicios particulares de las autoridades competentes? Pero por sobretodo, la idea de ajustar la máquina encierra una apelación a la norma que

establece qué es lo bueno para cada caso. Newsholme, bien podría ser cualquiera, no se detiene en esta idea afirmando la pertinencia temporal de estos ajustes para lograr tener un funcionamiento adecuado, así dice: *"Clear feeling and clear thinking must depend on good habit-formation in early life"*.

Pero los ajustes no son de cualquier naturaleza, se trata de ajustes que se realizan sobre la base de conductas y comportamientos morales que apelan a ciertos valores y no a otros. Dice Newsholme:

"The will would be effectively exercised only through the stimulus of interest, which in the infant was largely vicarious and exercised on its behalf by the mother. Factors endangering the child's growing active interest were fear, lack of love, physical ill-health, fatigue, over-stimulation, and irregularity in household routine".

Lo que se ejerce es una voluntad basada en el estímulo del interés que, en el caso del niño, proviene de una autoridad. Los factores que ponen en peligro el creciente interés activo del niño son sentimientos tales como el temor, la falta de amor, la mala salud física, la fatiga, el exceso de estimulación y la irregularidad en la rutina del hogar. Todas cuestiones que tienen que ver con las formas de gestionar las emociones, pero sobre todo, con relaciones éticas que suponen cómo gobernar el encuentro con el otro pero también con uno mismo. En esta dirección, Newsholm plantea lo siguiente:

"Preoccupation might occur in the unconscious mind as well as in the conscious if a feeling impinged on a mind unprepared to deal with it. The cure of unconscious preoccupation was the province of the psychiatrist, but its prevention lay in good habit-formation..."

La cita plantea dos elementos claves. Primero, todos en cualquier circunstancia podemos ser afectados por un sentimiento o afectación a la que no estemos preparados, ocasionando un desequilibrio en nuestras vidas. Lo segundo que plantea que la cura de la preocupación estaba en manos de especialistas, mientras que su prevención, y he aquí lo más interesantes, quedaba en manos de la formación de hábitos es decir en el plano de la moral. Bien podríamos deducir que el trabajo

proactivo de la salud mental consiste en apuntalar la construcción de estos hábitos morales que tienen como cometido sostener el 'buen' funcionamiento de los individuos. Como corolario, Newsholm acaba su intervención diciendo: *"The key-words of mental health were interest, effort, regularity, concentration, and a capacity to terminate concentration, and intellectual and emotional honesty"*.

En el artículo ya citado en dos ocasiones, escrito por Burnham en 1919, aparece explicitada la necesidad de idear formas de entrenamiento dirigidas especialmente a los niños:

"With proper training of these children in the public schools the question would soon arise why must a child be defective in order to have the benefit of mental hygiene and the demand be made that all children share in such training and that the principles of mental hygiene be followed in all the methods and discipline of the school, and that all teachers have a knowledge of this subject and be prepared to follow the well-recognized principles of mental hygiene in all their work."

Lo que hay de fondo en esta expansión del entrenamientos en una suerte de homogeneización de los modos de producción del ser. Lejos de instituir vías y procedimientos, la lógica de la higiene mental que luego devendrá en salud mental se apoya sobre los métodos ya existentes, por ejemplo en las disciplinas de ciertas instituciones como la escuela. Más adelante, dando cuenta de los aportes de la psiquiatría a la higiene mental, Burnham indica cómo una serie de entrenamientos han posibilitado obtener mejores resultados en la práctica psiquiátrica:

"Recent studies in psychiatry have also greatly broadened the field of mental hygiene. They have shown the possibility of preventing many forms of mental disorder; especially cases on the borderline between the normal and the defective, cases of the manic-depressive type, the various anxiety neuroses and fatigue psychoses, and even some cases of dementia praecox, where suitable environment and suitable training can be provided. They have shown that in many cases the best means of cure is some form of reeducation involving the development of wholesome interests and regular habits of attention and orderly association."

En una publicación del BMSJ, del cuatro de octubre de 1934, 'Mental Health and Psychology', aparece planteada la importancia de observar y entrenar a las nuevas generaciones, procurando identificar posibles tendencias anormales a tiempo:

"The progress of the race depends in large measure on the utilization of this knowledge in solving the difficulties before the people at the present time. Progress will depend largely on intelligent application of the instruction which will be given in these lectures. Too little attention is given to the psychology of childhood, and the necessity of early and proper training of young people is too little appreciated. Parents must be taught how to deal with abnormal tendencies in their offspring both through personal adjustments to the facts and knowledge of the technique which should be employed."

El entrenamiento es dirigido a los jóvenes y, en especial a sus padres, para que identifiquen tendencias anormales mediante el conocimiento de ciertas técnicas. La alusión a la raza es sólo un ejemplo de cómo el discurso de la higiene mental, cuya base era el higienismo ambiental, de ahí sus insistencia en la modificación de las conductas, también estaba impregnado de los discursos racistas que años luego encontrarán su máxima expresión en Auschwitz. En la dirección de popularizar los saberes médicos, se plantea la imprescindible articulación entre éstos y el conocimiento popular: En el volumen 186, número 6, del año 1922, de BMSJ, se dice lo siguiente:

"For the promotion of public health it is necessary that medical research and popular education in medical matters go hand in hand. The results obtained in the laboratory and in the wards are of little avail unless people are interested in the topics, willing to make use of the knowledge gained, know when and where to go for help, and cooperate in organized preventive measures".

Estos saberes técnicos y preceptos morales deben ser convenidos y concertados en un espacio común que viene a decodificar las formas de entender la sociedad. Ese espacio en común es la salud pública, el cual se compone de la traducción de la investigación médica y la educación popular. No basta con el conocimiento de los médicos ni el alto avance de la investigación científica, se requiere que estos asuntos sean conocidos por

las personas que no profesan estas disciplinas. Después de todo, el punto central, expresado en una proposición que llama a cada individuo a hacerse responsable de su salud mental es el autoconocimiento.

En el número de *The Lancet* de septiembre de 1928, se dedican específicamente a la relación entre salud mental y autoconocimiento. En la nota presentan el “análisis profundo”, un método para curar psiconeurosis o síntomas de desajuste de la mente, que se trataría de la necesidad no sólo de asegurar que el paciente tenga un conocimiento adecuado de sí mismo, sus necesidades y errores, sino también que el individuo sepa aplicar este conocimiento para reestablecerse y corregir sus tendencias y hábitos defectuosos, y desarrollar un conocimiento sobre cómo conducirse. En cierta medida, se trata de un uso heterodoxo de los conocimientos psicoanalíticos que circulaban en la época. Lo característico de este tipo de método es que el paciente debe ser quien debe conducirse a pensar sobre sí mismo, de cara a trabajar sobre su propia salvación. En este sentido, el papel del analista consiste en proveer el material e indicar el camino que el paciente puede elegir, pero en última medida, el paciente mismo debe ser quien decida hacia dónde ir y el uso que dará al material. Como dice el informe, se trata de una educación del paciente en la que éste puede ser libre de las dependencias y volverse un ser autónomo.

En diciembre de 1933, se publicó en *The Lancet*, el reporte de la Tercera Conferencia Bienal sobre Salud Mental como ya fuera mencionado más arriba. Ahí Sir Maurice Craig describió la higiene mental “*as one more link, and an all important link, in those matters which concerned the understanding and regulating of life.*” La comprensión y regulación de la vida suponen un lugar central para esta tecnología social que comienza rápidamente a jugar un papel relevante en la construcción del ideal de ciudadano de Occidente que, también velozmente, se expandirá a todo el mundo. En este informe se muestra a la higiene mental como la dimensión mental de la medicina preventiva, apelando a que se ha prestado mucha atención y recursos a enfermedades del cuerpo, dejando de lado los “*desórdenes de las emociones*”. Aquí también aparece mencionada la responsabilidad de los individuos en el cuidado de su propia salud, el texto dice lo siguiente: “*every man should ask himself whether he was regarding mind disturbance and*

its treatment in an open minded way". La instalación de la salud mental como lógica de acción sobre la experiencia, supondrá el despliegue de esta línea de responsabilidad por parte del individuo el cual deberá prestar atención al sufrimiento mental, que no es necesariamente lo mismo que la enfermedad mental. El reporte continúa dando cuenta de cómo los avances científicos en medicina muestran la estrecha relación que existe entre la enfermedad mental y la física. También dice que si bien el conocimiento de la higiene mental es importante en cada uno de los períodos vitales, ésta cobra particular importancia en lo que respecta a lidiar con la infancia y adolescencia. Esto se debe a que éstos y su carácter pueden ser fácilmente modulados por el ambiente. Dada esta suerte de vulnerabilidad se responsabiliza a los padres, en tanto que responsables directos, del camino que tomen los más jóvenes. Así, dice el informe, *el hombre de la calle (sic) debe tomarse la molestia de adquirir algún conocimiento sobre la mente*, y si bien hay un riesgo sobre el peligro de obtener información imperfecta, mayor es el riesgo de la ignorancia. Pero este autoconocimiento sólo cobra sentido si conociéndose uno logra instituirse una preocupación por los demás. Como dice uno de los ponentes de aquel encuentro:

"The note of the twentieth century was awareness, and the self-knowledge inculcated by the new psychology would breed a more sympathetic attitude towards the difficulties of others. In so far as people avoided their responsibilities toward the asocial citizen, they too were being asocial."

La gran tarea fue componer una sociedad de la integración basada en relaciones de simpatía para los otros. En definitiva, el proyecto supuso dejar atrás el antiguo esquema de la exclusión y comenzar a entender la importancia de la construcción de un *nosotros* a partir de un nuevo orden moral que restituiría la separación del cuerpo y de la mente. En definitiva no hay salud sin salud mental, he ahí el carácter integrador, como tampoco hay humanidad sin salud, he ahí su *nosotros*.

SEGUNDA PARTE

PROYECCIÓN DE UNA CIUDADANÍA GLOBAL

El fin de la Segunda Guerra Mundial supuso la construcción de una nueva institucionalidad que en algunos casos retomó e intensificó proyectos de internacionalización de épocas pasadas. La novedad sin embargo no fue la búsqueda de acuerdo entre naciones, sino el imperativo y la rápida acción para formar una serie de instituciones que traduzcan la instalación de una nueva gobernanza global que incluye a las repúblicas nacientes como consecuencia de la descolonización en tanto que efecto del nuevo ordenamiento. El leit motiv, al menos en un sentido explícito, fue evitar que ocurran otra vez acontecimientos como los de la Segunda Guerra Mundial. No obstante, como es sabido, la nueva arquitectura de gobierno global no evitó la proliferación de una serie de guerras y batallas a lo largo del mundo. Por el contrario, se constituyó en el marco jurídico de referencia y en la instancia de mediación y seguimiento de esos conflictos.

Este nuevo imperativo motiva a que sean cada vez más países los que participan de estos procesos de reafirmación de un nuevo orden institucional para el nuevo mundo naciente. Esto trae como consecuencia la creación de las Naciones Unidas y una serie de organismos asociados (algunos de estos organismos ya existían al momento de la formación de la ONU, sumándose a ésta modificando su nombre en algunos casos, y ajustando sus principios y fines a la nueva institucionalidad).

Como vimos previamente, la conformación de la Organización Mundial de la Salud fue uno de los hitos clave. Este proceso supone la instalación de una nueva institucionalidad sanitaria transfronteriza que asume los problemas de la salud como problemas humanos y de escala interplanetaria. Pero esta institucionalidad no fue hecha de una vez por todas. Su consolidación se irá dando a lo largo de todo el siglo, ampliando los compromisos y modificando y creando nuevas categorías para pensar lo humano desde el paradigma de la nueva salud universal.

La definición de salud que emerge de la creación de la OMS fue vista como un logro. Su principal característica es la separación de la enfermedad, o dicho de otra forma, el haber logrado que la salud no fuera lo opuesto a la enfermedad, o como se definía hasta entonces "su ausencia". Este giro que parece menor es clave ya que la salud deja de ser algo negativo y se instituye como algo positivo en toda regla. La salud es un proceso que se afirma a sí misma, no es la negación de otra cosa, y la enfermedad que antaño era el referente, pasa a formar parte de la noción de salud ya que se define el continuo salud-enfermedad en la nueva definición integral y positiva.

Esto fue un primer gran paso, lograr que la salud adquiriera positividad, por ende, algo que debe ser promovido. Si la salud ahora es el resultado de una tensión entre procesos que enferman y procesos que sanan, se requiere una vigilancia permanente para que esa tensión se dirija hacia el estado de equilibrio que se concibe como el ideal. Esto es lo que habilita y justifica que se pueda construir toda una institucionalidad alrededor de este asunto que conecta los organismos supranacionales, con instancias institucionales regionales como la Organización Panamericana de la Salud y con los gobiernos locales a través de sus ministerios de Salud. Esto posibilita que los acuerdos generales se propaguen rápidamente al interior de las sociedades. De esta manera, organismos como la OMS se instituyen como organismo de vigilancia global.

Pero antes de entrar de lleno a esta nueva institucionalidad, fue necesario apuntalar la noción de salud como algo universal, es decir como algo propio de todo humano independientemente de su raza, religión, nación y cultura. Esta fórmula de la trascendencia intercultural, inter-racial, inter-étnica, fue utilizada en la mayoría de los asuntos que devinieron objeto de la nueva gobernanza mundial. Como vimos previamente, aquellas construcciones universales como la salud fueron de clara y reconocida inspiración occidental, al punto que en ningún momento se negó su origen. Lo llamativo es que reconociendo las diferencias culturales y las distintas maneras de entender ciertos procesos, se consensuó, o al menos eso se pretendió, que aquellas definiciones nacidas de occidente se ajustaban a la nueva verdad consagrada a viva voz: todos somos iguales, sobre todo desde el punto de vista biológico y desde el punto de vista jurídico. Así se operó con la idea de que la comprensión occidental de la salud es la

que más se aproxima a la verdad del cuerpo y sus afecciones independientemente del sitio en el que se encontrase. Descubrimientos como la penicilina ayudaron a propagar esta idea, objetivando aquella verdad biológica más allá de las formas de locales de concebirle.

Más arriba comentaba la liberación de la salud de la enfermedad como forma de universalizarse. Pero para que la salud pudiera ser universal como se pretendía debía liberarse de algo más: del cuerpo. Diversas prácticas científicas y políticas del Siglo XIX, embanderadas en el higienismo, habían mostrado que evitar la enfermedad era posible cambiando ciertos hábitos. Parte de la anticipación, que luego sería prevención, y de la atención, asociada a la cura, tenía que ver con modificar tanto en el sujeto como en la población en general ciertas prácticas y costumbres que eran proclives a producir ciertos efectos nocivos en la fuerza de trabajo. Estas prácticas tecnocientíficas de disciplinamiento de los cuerpos y regulación de la población, evidenciaron que el cuerpo era tan sólo un aspecto a tener en cuenta. El otro aspecto importante tenía que ver con la conducta y su gobierno.

Liberar a la salud del cuerpo significaba resituar la forma de entender la tensión entre cuerpo y alma. El Siglo XIX había sido, como ningún siglo antes lo fue, un gran productor de almas, es decir de individuales que se concebían a sí mismos como seres singulares. Esta singularización e individuación estaba ligada directamente a la diversidad de dispositivos disciplinarios que fueron instituidos entonces. Como enseña Foucault, el gran propósito de estas tecnologías de disciplinamiento (expresadas en instituciones como la escuela, la fábrica, la cárcel y el ejército) era producir almas, en otras palabras sujetos libres capaces de vender su fuerza de trabajo. Obviamente para ello, era requerido un trabajo de refinamiento y de inscripción sobre el cuerpo, materia que se convertía en un medio para obtener el propósito esperado. Dirigir la atención a las conductas, trabajar sobre ellas, se convirtió en una manera más óptima de gobernar la vida humana, ya que se requería de cierta docilidad y aceptación de parte del individuo para producir ese efecto (Foucault, 2000).

Para el Siglo XIX y el principio del XX, la conducta pasa a ser más importante que el propio cuerpo. Diversos experimentos coloniales que consistían en llevar indígenas de

diversas partes del mundo a centros urbanos como París o Londres, demostraron que era posible aculturizar cambiando los hábitos e incluso el propio lenguaje de cualquier ser. Un ejercicio de adaptación y aculturamiento podría hacer que un cuerpo compusiera un alma frente a su ausencia o poca sofisticación; comenzaba a perfilarse que la idea de la diferencia entre humanos se debía a la participación o no de sociedades cultural y tecnológicamente más avanzadas. La intensidad de los intercambios coloniales, la expansión de las potencias europeas por el mundo, hicieron que el encuentro con otros diferentes fuera cada vez mayor. En el mismo momento que se comienza a aceptar la influencia del medio en la transformación de los cuerpos (ahí es que adquiere sentido la teoría de la evolución de Darwin), se comienza a intensificar todo un movimiento que comienza a relanzar el primado del cuerpo a través de la consagración de lo biológico.

Este escenario supone una tensión entre dos posturas aparentemente contradictorias. Por un lado, una de tipo ambientalista que asumía que mediante las acciones, los hábitos, las prácticas y las conductas los cuerpos podían ser moldeados y regulados. Son expresiones de este formas de entendimientos los aportes evolucionistas de Charles Darwin, los descubrimientos y los desarrollos de Louis Pasteur y las grandes reformas urbanísticas como la de Georges-Eugène Haussmann, por mencionar tan sólo algunos de sus principales y más visibles referentes. Por otro lado, otra de tipo racista que comenzaba a desarrollar una concepción biológica de la raza hasta entonces inexistente, y con ello a proclamar el primado de unas sobre otras. Expresiones de ésta son la frenología de Franz Joseph Gall o la selección artificial de Francis Galton que sería el motor de la eugenesia en Estados Unidos y Europa. Lo curioso es que este tipo de postulados se nutren de la teoría de la evolución, produciendo algo que se denominó como darwinismo social. Como mencionaba estas dos tensiones aparentemente contradictorias funcionaban al unísono en el seno de las sociedades occidentales y se realizaban con más virulencia en las colonias. El Siglo XIX y el comienzo del Siglo XX cargará con esta tensión hasta iniciada la Segunda Guerra Mundial. El nazismo es el corolario, el paroxismo como dice Foucault, de estos procesos biopolíticos al interior de las sociedades europeas.

Lo anterior es importante para entender cómo la salud precisaba alejarse del cuerpo y para entender por qué no podía retornar al primado de la conducta. Volver a uno de los polos significaría reavivar el conflicto. Muy por el contrario, el nuevo paradigma de salud debía ir hacia una resolución que no decantara por uno o por otro sino que los integrara. La nueva definición de salud debía reafirmarse a partir de la conformación de un nuevo paralelismo que integrara el problema del alma y el problema del cuerpo, redimensionando la propia noción de conducta. Esto no significa, de ninguna manera, que las prácticas higienistas y racistas se hayan extinguido inmediatamente después de finalizada la guerra. Por el contrario, hay evidencia de que éstas siguieron bien entrada la década del 50 y más. Lo que nos enseña el intento por redefinir la salud es un esfuerzo por modificar las maneras en que se concebían a la humanidad. La nueva definición de salud debía garantizar dos aspectos importantes, por un lado la igualdad biológica (fuertemente cuestionada en la época pasada) y por otro lado, la igualdad de derechos (los cuales habían sido suspendidos a aquellas personas que no eran consideradas tan humanas). De ahí que la salud sea un derecho, no significa solamente la garantía de acceso a la atención.

Alejarse del cuerpo significa salirse de éste para retornar de otra forma. La Declaración Universal de los Derechos humanos es el dispositivo que posibilita comenzar a reunir la igualdad biológica y la igualdad jurídica. Es, por tanto, la operación que ata el derecho a la biología para garantizar la construcción y la permanencia en el tiempo de la especie humana como sujeto jurídico. Esto supone adjudicar una serie de derechos y obligaciones a un cuerpo que los obtiene por el simple hecho de pertenecer a la especie humana. Esta pertenencia biológica es la condición primera para tener estos derechos, derechos que no hacen más que reafirmar la condición de vida privilegiada de la primera. Esta circularidad ata los dos polos de la tensión y los pone a producir en conjunto.

Pero alejarse del cuerpo para acercarse luego de forma distinta significa además apuntalar el nuevo paralelismo también desde un punto de vista individual. Si el proceso anterior de apuntalamiento era sobre la humanidad produciéndola como tal, el segundo apuntalamiento debía operar a un nivel individual que pudiera integrar el

cuerpo y los pensamientos. O dicho de otra forma, su condición de individuo perteneciente a la humanidad y sus emociones, afectos e ideas debían ser integrados. Una igualdad de cuerpo tendría que tener su correlato en el otro lado del extremo del paralelismo. Las emociones, los afectos y las ideas a pesar de las diferencias culturales y biográficas debían ser iguales para todos. Aquí es cuando la idea de lo mental aparece en escena. Como vimos lo mental introduce la idea de un normal funcionamiento de las capacidades cognitivas, asimismo, define una serie de atributos característicos de lo humano que no están presentes en otras especies (la más notoria el lenguaje), a la vez que se constituye en el correlato social del funcionamiento del cerebro. Es con la introducción de lo mental, que tiene que ver con el buen desarrollo de las capacidades cognitivas, que se va a lograr esa integración. Anteriormente vimos cómo es el higienismo quien trae este concepto para diferenciar sus prácticas de las psiquiátricas y psicológicas. La mente es algo distinto al alma, la mente es el cerebro funcionando. No hay constatación más clara de la inmanencia del paralelismo que la propia noción de mente.

El higienismo había aportado la idea de que el cambio en las conductas y en el ambiente podría traer mejoras en el organismo. El higienismo mental llevó esta idea al campo de las emociones, el afecto y el pensamiento, interesado por modificar cuestiones espaciales para contribuir a la producción de individuos mentalmente sanos. Pero el higienismo seguía aferrado a intervenir los hábitos, era necesario dar un salto y atender en el mismo movimiento al cuerpo individual. Precisamente la noción de salud mental viene a ser aquel esfuerzo superador. Vale la pena recordar rápidamente su definición:

"La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad."

Considerando esta definición, ¿cuál es la diferencia con respecto a las intenciones y los propósitos de la higiene mental? La diferencia está en el desplazamiento del eje, la tensión no está puesta afuera en el ambiente sino en el individuo. Lo mental viene a dar cuenta de la consciencia de una serie de capacidades que le son propias. Ahora, todos

los individuos tienen algo más en común. Además de pertenecer a la misma especie biológica, tienen capacidades comunes pero, sobre todo, son conscientes de ellas. La consciencia viene a ser el sello distintivo de este animal político, consciencia de una serie de capacidades que son exclusivas de lo humano: capacidad de afrontar tensiones cotidianas, capacidad de trabajar de manera productiva y capacidad de contribuir con el resto de los humanos. Como intenté explicar, la emergencia de la salud mental supuso saltos y rupturas pero también continuidades. Las preocupaciones del higienismo quedan contenidas en la definición bajo la noción de bienestar, categoría que tiene su complejidad y que más adelante intentaré analizar.

Como vimos antes, la definición de salud subsume a la definición de salud mental: "*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*". Esta es la forma mediante la cual aquella nueva dimensión, la salud mental, viene a apuntalar la noción de salud. Sin lo mental, no hay salud y esto porque la salud integra el cuerpo y la mente en un mismo movimiento. Este es el retorno al cuerpo, vuelve a éste a través de una serie de capacidades que deben ser promovidas y desarrolladas en los individuos por el bien de todos. Es de esta manera, que la salud amplía su campo de actuación y se coloca *en medio* de los cuerpos. La salud es una relación y la presencia de esas capacidades y de su gestión es lo que da cuenta de eso.

No es casual la relación que se hace en el Congreso de Salud Mental entre este nuevo concepto y la noción, también nueva por aquel entonces, de ciudadanía mundial. En su presentación, aparecen como pares que no pueden ir separados, uno apunta al otro y viceversa. Esta relación no hace más que explicitar aquello que justifica el corrimiento del centro. En el higienismo la preocupación por modificar el ambiente, mejorar las condiciones y fomentar una mejor forma de vida venía desde arriba, generalmente el Estado era el actor clave en la promoción de esos cambios. La idea de que el individuo sea consciente de sus capacidades, capacidades que lo hacen humano, y que las desarrolle supone la asunción de ciertas responsabilidades en la construcción colectiva de una convivencia pacífica que exige al individuo, algo que hasta entonces se hacía a un nivel privado: gobernarse a sí mismo. Pero este gobierno de uno mismo tiene una

particularidad, establece que la nueva forma de gobierno mundial consiste en que cada individuo se gobierne a sí mismo respetando un estado de bienestar. Esto significa la coexistencia de dos lógicas de gobierno distintas, una de afuera, externa y de arriba, que establece los parámetros del gobierno (o dicho de otra manera, qué es gobernarse) y otra desde dentro, interna y desde abajo que define las maneras de efectivización de ese gobierno (o dicho con otras palabras, cómo gobernarse). Esto coloca al sujeto en medio de dos lógicas muy distintas de gobierno, lo que significa que aquella ciudadanía mundial que se proclama y que viene a sustituir a las viejas ciudadanía nacionales de pre-guerra, sólo es posible mediante la construcción de sujetos capaces de gobernarse a sí mismos siguiendo una serie de principios de gobierno rectores de alcance global. Es como si se dijera: ayúdame a gobernarte, gobernándote a ti mismo. Esta lógica es lo que Foucault (1990) denomina gubernamentalidad y que definiré y abordaré con mayor detenimiento más adelante.

Por si fuera poco, esos principios de gobierno mezclan biología y ley. El sujeto debe gobernarse a sí mismo a través de una serie de principios y preceptos legales que lo definen como humano. Pero esos principios lo contemplan por pertenecer a la especie humana. Es decir, una suerte de uróboro diagrama la nueva conformación de poder, diagrama la nueva forma de gobierno. Precisamente, en este capítulo me interesa mostrar cómo aquella nueva diagramación de poder requirió de la construcción de una serie de instituciones y acuerdos para poder no sólo construir sino además sostener en el tiempo aquella ciudadanía mundial. Como veremos esta categoría con el pasar del tiempo fue perdiendo peso hasta quedar casi en desuso separada de la salud mental, esencializándose ésta como una práctica sanitaria y no política. El ocultamiento de la primera, su olvido, no hace más que reafirmar que el dispositivo salud mental cumplió la función que se esperaba (también en el próximo capítulo abordaré la salud mental como un dispositivo en un sentido estrictamente foucaultiano).

De la ciudadanía mundial a la ciudadanía global

Hoy poco se menciona la ciudadanía mundial. No obstante la idea de ser ciudadano del mundo permanece presente. Lejos en el tiempo se encuentran aquella convicción estoica de ser ciudadanos del mundo y aquella ilusión kantiana de alcanzar la paz perpetua proclamando un cosmopolitismo universal. Parcialmente heredero de éstas, la ciudadanía mundial del congreso se remitía a una cuestión mucho más concreta: a una renuncia conceptual a la pertenencia a una nación en favor de la pertenencia al mundo entero. La intención no era otra más que transfronterizar las formas subjetivas de concebirse como sujeto de derecho a la vez que sujeto biológico. Insisto, se trató de una renuncia conceptual ya que el nuevo orden reafirmaba el derecho de las personas a tener una nacionalidad (el Siglo XX además de ser un siglo de expansión global también fue un siglo de reafirmación de ciertos sentimientos nacionalistas).

El fin de la Segunda Guerra Mundial supuso un cambio en las reglas de juego del ejercicio político en el mundo. Dicho en otros términos, siguiendo el enfoque genealógico, la culminación de la guerra trajo como consecuencia la emergencia de una nueva forma de ejercer el poder. En términos geopolíticos, significó el fin del capitalismo colonial y la instalación de la confrontación entre el bloque socialista y el bloque capitalista, a través de la denominada Guerra Fría. Si lo pensamos bien, la emergencia de la salud mental y su consolidación fue en paralelo con el desarrollo de esa época que va desde el fin de la Segunda Guerra hasta la caída del muro de Berlín. ¿Qué tienen en común ambos procesos? Me animo a decir, el esfuerzo de integrar dos tendencias que son altamente contradictorias.

La Guerra Fría mantuvo unida y en tensión dos formas distintas de entender el progreso de la humanidad. Ambas formas acordaban que la historia era un proceso lineal en continua mejora y que la libertad era el destino de la humanidad. Las preguntas eran de qué manera se alcanzaba esa libertad y cuál es el significado de mejor. Visto con el pasar de los acontecimientos, uno puede afirmar que el proyecto soviético y el proyecto capitalista no fueron tan distintos como supuestamente se decía, ambos compartían la idea de abarcar todo el mundo, por ende, ambas poseían una idea totalizadora y

expansionista de sus verdades. Gracias a las revoluciones soviética y china, el capitalismo como modo de producción dominante alcanzó zonas geográficas que sin éstas seguramente no hubiera alcanzado. Donde la empresa capitalista no llegaba, llegó el despotismo de Estado. Del mismo modo gracias a lo dominante del capitalismo, otras formas de entender el mundo y las relaciones minoritarias se expandieron. Esta tensión se mantuvo integrada bajo la misma institucionalidad de la nueva gobernanza mundial. Tanto la Unión Soviética como Estados Unidos fueron protagonistas en el desarrollo de las Naciones Unidas. En el marco de su nueva institucionalidad pensada para que no ocurriesen crímenes similares a los que acontecieron en la guerra, millares de conflictos estallaron producto de esta tensión belicista que mantenía en vilo a aquellas dos potencias y también a la nueva gobernanza mundial. Las matanzas y masacres, así como las guerras y las enfermedades no dejaron de suceder. El mundo extendió el estado de guerra pero bajo el manto protector de la nueva gobernabilidad.

Por su parte, la salud mental encierra en su interior la contradicción de gobernarse a sí mismo a la vez que se es gobernado. Más arriba mencioné la fórmula *"ayuda a gobernarte, gobernándote a ti mismo"*. Al igual que la Guerra Fría, esta tensión va a producir sus Vietnam y sus Corea, sus víctimas alrededor del mundo. El individuo, su moral, sus decisiones y su cuerpo se convertirán en el campo de la batalla. Gobernarse a sí mismo supone, por momentos, entrar en contradicción y aumentar la tensión con los parámetros que definen qué es gobernarse. Pensemos por ejemplo en el Mayo Francés o aquello que se movilizó a partir de él, o el auge de los movimientos de la Anti-psiquiatría, o los movimientos de liberación homosexual, o la liberación sexual o el feminismo, por mencionar sólo algunos. Que el sujeto pueda gobernarse trae como peligro su insubordinación frente a lo que se espera que sea el buen gobierno. Estas desobediencias emanadas del propio principio de autogobierno fueron transversales a los dos bloques: jóvenes, locos, homosexuales, mujeres devinieron en sujetos potencialmente alteradores del gobierno del mundo. La idea de ser ciudadano del mundo comenzaba a resquebrajarse porque el mundo volvía a ser geográficamente dividido y controlado. Pero aun así, estas resistencias y aquellos ejercicios de poder o dominación eran transversales a las fronteras geográficas. Pese a que no funcionaba del

todo bien, cierta idea internacionalización de los sujetos e internacionalización de los problemas comenzaba a calar hondo en las sociedades.

Es en este contexto de tensiones y conflictos que se comienza a construir la nueva arquitectura de gobernabilidad mundial que supone, entre otras muchas cosas, instituir una serie de agencias y acuerdos que comprometen y transforman el significado de salud en general y salud mental en particular. En las páginas que sigue, me gustaría mostrar algunos hitos institucionales que apuntalan esta nueva gobernanza en materia de salud mental.

La Federación Mundial de Salud Mental

Sin dudas, uno de los hitos más importantes en la emergencia de la salud mental pero también de sus formas institucionales de propagación, es la creación de la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH, por sus siglas en inglés). En un documento de la OMS, a diez años de su creación, se dice al respecto:

“La Federación Mundial para la Salud Mental, una de las primeras organizaciones no gubernamentales que, por decisión del Consejo Ejecutivo en su segunda reunión, en 1948, entraron en relaciones oficiales con la OMS, ha resultado ser un agente de enlace muy útil con las organizaciones profesionales de muchos países; sus relaciones de trabajo con la OMS han sido íntimas y eficaces” (World Health Organization, 1958: 333).

Esta federación, creada previamente a la OMS y posteriormente subsumida en ésta, aparece bajo la forma de una organización no gubernamental, que ha demostrado ser un agente de enlace muy útil con las organizaciones profesionales de muchos países, es decir ha podido dinamizar acciones con otros agentes sociales prescindiendo de acuerdos previos o discusiones a nivel de los gobiernos. Lo que dice la cita, es que este tipo de organizaciones ha logrado establecer sus zonas de incidencia en los intersticios gubernamentales de las naciones.

La creación de la Federación fue una sugerencia de Dr Brock Chisholm, quien la propuso para reemplazar el Comité Internacional para la Salud Mental en el año 1948. Su idea se

basaba en que este organismo podría ser un cuerpo no-gubernamental que pudiera proveer un vínculo entre las organizaciones de salud mental de "base" y las Naciones Unidas (Okpaku & Biswas, 2014). Vale la pena hacer una breve mención de este personaje dada su importancia para el desarrollo institucional no sólo de la Salud Mental sino de la Salud en general. Su mención sirve para mostrar cómo se encarnan y performan algunas ideas medulares que circulaban en la época y que la definían.

George Brock Chisholm, quien fue el primer Director General de Organización Mundial de la Salud, fue marcado por la experiencia de la guerra. Creía en la necesidad de evitar en un futuro nuevos conflictos armados para lo cual planteaba la necesidad de intervenir en dos niveles: a nivel de individuos a través de la educación y la salud mental, y a nivel internacional promoviendo un gobierno mundial por medio de un sistema federalista. Luego de culminada la Primera Guerra Mundial ingresa a estudiar medicina, especializándose en 1931 en psiquiatría infantil, acercándose a un enfoque social de la salud. Al estallar la Segunda Guerra Mundial se convierte en oficial del Estado Mayor en Toronto, donde participó organizando el reclutamiento de las milicias. Durante esta guerra, los ejércitos comenzaron a utilizar pruebas psicológicas como herramientas para seleccionar soldados y ubicarlos en posiciones más adecuadas según sus características personales. En esta tarea, en 1941, Chisholm fue nombrado Director de Selección de Personal, siendo el responsable de desarrollar un sistema de evaluación psicológica para el ejército canadiense. En 1942, dada una valoración positiva de su trabajo, es ascendido a director general de los Servicios Médicos del Ejército Canadiense. Es a finales de 1944 que es nombrado Vice-ministro de Salud, posición en la que permaneció durante dieciocho meses. Este breve tiempo le valió para ser catalogado como una persona controvertida dada sus opiniones firmes en contra de ciertos posicionamientos morales y sus efectos en los individuos. Por ejemplo, expresó su convencimiento sobre el daño que producía la religión. En una conferencia en Washington durante 1945, planteó que los síntomas psiquiátricos patológicos producidos por la religión, estaban en el origen de las guerras, así como indicó que la educación de los niños debía replantearse y ser libre de cuestiones morales (Lescoufflair, 2003). En su calidad de vice-ministro asistió al comité preparatorio para la Conferencia Internacional de la Salud, que daría luz a la Organización Mundial de la Salud. Este

comité se reunió por primera vez en marzo de 1946, compuesto por 16 miembros, la mayoría con experiencia en Salud Pública Internacional. Se le atribuye a él la visión de la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, lo cual se traduciría en la definición de salud que promueve, incluso en la actualidad, la OMS. Algunos sostienen que incluso esa definición era la propia "*lengua de Chisholm*", aunque no era el único que la promovía, comenzaba a mostrar claramente su impronta personal en estos debates (Okpaku & Biswas, 2014). En julio de 1946 asume como Secretario Ejecutivo de la comisión interina, por su liderazgo en el comité preparatorio. Esta comisión interina se prolonga más de lo esperado, hasta junio de 1948 y durante estos dos años, la figura internacional de Chisholm crece. Su procedencia de un país que está distante a la aparición de la Guerra Fría, fue una ventaja, y en junio de 1948 es elegido Director General de la primera Asamblea Mundial de la Salud. La Guerra Fría, así como la amenaza nuclear, fueron determinantes en los primeros años de la OMS, en los que Chisholm echaba a andar esta nueva organización, determinando su mandato, y pensando que, para evitar futuras guerras, debía reforzarse un gobierno mundial con una ciudadanía mundial, para así poner el bien común sobre intereses nacionales.

No obstante su postura clara con respecto a la composición de un orden que trascendiera radicalmente la división nacional del mundo, bajo su mandato tuvo que ceder a los deseos nacionalistas en al menos tres puntos: i) en primer lugar, *retirar a los países soviéticos*. A partir de principio de 1949, ocho países del bloque soviético saldrían de la OMS, argumentando que se estaba haciendo poco por ellos, y que se estaban promoviendo formas occidentales de atención en salud; ii) en segundo lugar, *la descentralización*. Se enfrentó a la aplicación de la regionalización de la OMS prevista en su constitución, proceso que tuvo polémicas pues implicaba ordenar, agrupar territorios e intereses geopolíticos; iii) y en tercer lugar, la *preeminencia del enfoque médico*. Tuvo que renunciar a parte de su visión e interés por la medicina social y una consecuente interpretación del mandato de la OMS (hincapié en causas económicas, sociales de enfermedad, apoyo a sistemas de seguridad social, mejores viviendas, nutrición, legislación y salud mental), y ceder ante un enfoque biomédico (antibióticos, insecticidas, controles verticales de salud) que defendían la mayoría de los estados

miembros encabezados por Estados Unidos. Estas tres renuncias dan cuenta de cómo las tensiones operaban y cómo era necesario realizar constantemente esfuerzos para preservar su integración. Finalmente Chisholm abandona en 1953 la presidencia de la OMS y pasa a ser presidente de la Federación Mundial para la Salud Mental entre los años 1956 y 1957.

Si me he centrado hasta ahora en la figura de Chisholm, no ha sido para ensalzar su individualidad, sino para observar algunas cuestiones a partir de su intensa biografía institucional. Chisholm junto a muchos otros, estaban realmente convencidos que podían construir una nueva forma de gobernanza que superara el esquema de intereses por naciones que tanto daño le había hecho a la humanidad y al mundo. Podría mencionar también otros personajes como el Dr John Rawlings Rees, por ejemplo, quien creía en las raíces sociales de la enfermedad mental y su tratamiento (Rees 1966), o la propia Margaret Mead (1959, 1961) quien tuvo un rol protagonista en la definición de las bases conceptuales de la Salud Mental (otro ejemplo de su participación lo encontramos en un artículo que escribe en 1948 para la revista *The Listener*, un influyente semanario de la BBC, titulado *Mental Health: A New Profession*).

La idea original de Chisholm, como mencioné al comienzo, era que la Federación fuera un organismo no gubernamental que articulara distintas organizaciones de salud mental del mundo bajo la órbita de las Naciones Unidas. Su comienzo se realizó con la membresía de sociedades, no de individuos o países, sin embargo hoy, la membresía está abierta a individuos, usuarios, sobrevivientes y sociedades de salud mental o de discapacidad. La Federación es una organización internacional, no gubernamental y multi-profesional, que incluye a expertos, ciudadanos voluntarios y ex pacientes. Durante muchos años estuvo liderada por psiquiatras centrados en asuntos sociales, preocupados por la paz y los Derechos Humanos. Fue también durante años, el único organismo internacional no gubernamental de Salud Mental que realizó consultorías a la ONU.

La Federación Mundial para la Salud Mental tiene dos raíces. Una en su predecesora, el comité Internacional para la Higiene Mental, organizada por Clifford Beers, quien planeaba una red internacional de asociaciones nacionales en salud mental, dedicadas a

la protección del enfermo mental, o el loco (hecho que vimos en la Primera Parte). Esta comisión en 1930 fue reorganizada en el primer Congreso Internacional de Higiene Mental celebrado en Washington⁶. La segunda fuente o raíz se encuentra en las esperanzas post Segunda Guerra Mundial de conseguir la paz a través de la colaboración internacional, idea que se materializa en la creación de la ONU y luego la OMS. En el tercer Congreso Internacional en Higiene Mental (último con ese nombre ya que ese mismo año se celebrará el primer Congreso de Salud Mental) realizado en Londres 1948, el comité Internacional para la Higiene Mental se transforma en la Federación Mundial para la Salud Mental (aquí es donde el protagonismo de Chisholm es relevante). Este congreso buscaba reanudar el contacto internacional entre distintas asociaciones nacionales de salud mental que, por la guerra, se había suspendido. Es ahí que varios psiquiatras plantearon la necesidad de crear un organismo internacional de salud mental que promoviera la defensa de la paz mundial, a la vez que fuera un puente entre ONU y las asociaciones de salud mental locales. Como vimos, su nombre y concepto lo propuso Chisholm. El documento "*Mental Health and World Citizenship*", elaborado en agosto de 1948, funda la Federación, y establece que para construir la ciudadanía mundial, respetando las diferencias individuales y culturales, se debe realizar un esfuerzo en pro de generar una humanidad común. En este sentido, la meta final de la salud mental debería ser ayudar a las personas a vivir en un mundo común. Conceptos como "*World mindedness*", "*World Loyalty*" o "*common Humanity*" aparecen en las discusiones y planificaciones en torno del concepto de salud mental y su alcances, ligándolo muy directamente con la idea de un mundo en paz, con objetivos comunes y vías para conseguirlo, entre las que se planteaba la necesidad de reemplazar las lealtades hacia una nación o grupo étnico, por otra respecto del mundo como grupo común.

Chisholm planteó en una conferencia de 1945, que la psiquiatría junto con otras ciencias humanas debía decidir cuál debería ser el futuro inmediato de la "raza humana", lo que da una idea del poder que se le adjudicaba a la psiquiatría y al valor político de sus acciones, y de lo fuerte que era la relación que comenzaba a establecerse entre salud

⁶ En un texto de 1947 se indica que éste fue el primer congreso mundial, es llamativa la indiferenciación entre higiene y salud para el título.

mental y ciudadanía, orden mundial y planificación. Así como las ciencias humanas fueron clave para la construcción de la figura-hombre en los Siglos XVIII y XIX (Foucault, 1989), hoy estaban convocadas a otra tarea centrada en la reconstrucción de la figura del humano después de la hecatombe de la Segunda Guerra. Tal vez este clima influyó en el estado general de las ciencias sociales y humanas. Estas disciplinas que se planteaban como concededoras por fin de la cualidad, realidad o verdad humanas, comenzaron a desempeñar distintas posiciones en la redefinición del *antropos* a través de artefactos epistémicos complejos como el psicoanálisis, la sociología, la antropología y la economía (Greco & Stenner, 2013). Si atendemos a la labor del primer periodo de la Federación, se puede ver cómo ésta se dedicó a educar sobre las relaciones humanas, buscando la salud tanto de individuos como de grupos y naciones. Esta educación era tanto para un público general como para profesionales influyentes.

Como parte de los organismos afiliados a la ONU, la Federación creció convirtiéndose en referente y colaborador estrecho de otros organismos en materia de salud mental, y como organización no gubernamental independiente, pudo tomar posición respecto de algunos aspectos con libertad. Así por ejemplo, en 1971 fue la primera organización de salud mental en oponerse públicamente contra del totalitarismo de la psiquiatría, o a principio de los años 90, manifestó formalmente su desacuerdo con mecanismos estatales de control social que la ONU había respaldado respecto del manejo de la salud mental. A pesar de estas diferencias, la Federación mantuvo muchas preocupaciones en común con las Naciones Unidas. Entre ellas se destacan la salud mental de migrantes y refugiados políticos, el bienestar de los niños en conflictos armados, los Derechos Humanos en relación a las tecnologías biomédicas, y los derechos de la mujer y de otras minorías oprimidas. Entre 1981 y 1983, la Federación fue activa en promover la formación de un grupo de trabajo sobre salud mental en el seno de la ONU, lo que culmina con el reconocimiento en la Asamblea General en 1991, de los DDHH de pacientes psiquiátricos. A mediados de los años 90, desempeñó un rol importante en el desarrollo de Comité de Salud Mental de las Naciones Unidas, plataforma clave para trabajar con el Consejo Económico y Social de aquel organismo (ECOSOC). Así, la Federación es una organización que se ha mostrado comprometida con erradicar el estigma y promover el bienestar en personas diagnosticadas con problemas mentales.

En esta dirección, ha buscado reflejar esto no sólo suscribiendo la declaración de Salud Mental y Derechos Humanos de 1989, también incluyendo personas con diagnósticos psiquiátricos o sobrevivientes de hospitalizaciones psiquiátricas en las juntas directivas, en sus programas y entre sus afiliados (Brody, 2004).

La Salud Mental va adquiriendo así forma institucional. Los discursos que la sostienen comienzan a propagarse con agilidad por el mundo y a establecer diálogo con otros discursos y formas de entender estos asuntos. Evidentemente esto irá produciendo transformaciones y traducciones varias. Nótese cómo en el recorrido final de sus preocupaciones, la Federación retorna a los derechos y al bienestar de las personas psiquiatrizadas, un retorno que aproxima la noción a la enfermedad mental. Si lo hace no es para reconceptualizarse a partir de ésta sino para reafirmar el carácter político de sus prácticas. El nuevo orden mundial no es homogéneo y coexiste con formaciones institucionales de otras épocas y con lógicas que por momentos contradicen sus principios. Esta incidencia en red, transnacional, capaz de incidir de manera mundial, se erige como un modelo de gobernanza global que se irá ensayando a lo largo de todo el Siglo XX.

La Salud Mental del mundo

La constitución de la OMS entra en vigor el siete de abril de 1948. A diez años de su fundación, se elaboró un documento en el que se recogen los principales avances del organismo. En éste, el segundo director general, Marcolino Gomes Candau, señala que avanzan en dirección de la universalidad que se plantearon como primer ideal, pues sus fundadores buscaban que fuera "*verdaderamente mundial*" (World Health Organization, 1958). En el mismo documento, se presenta a la OMS como la primer organización internacional gubernamental que asume el desafío de impulsar actividades en materia de salud mental, por tanto su abordaje no es heredera de ninguna tradición previa. Por tal motivo, se remarca, el organismo debió buscar y encontrar métodos apropiados de acción internacional en un campo de especialización relativamente nuevo y con escaso personal disponible.

Es en esta dirección que me interesa tomar este documento para dar cuenta de los pasos de institucionalización que se fueron dando y, en alguna medida, para mostrar la distancia existente entre los principios fundantes de la Salud Mental y la pragmática de su institucionalización. Así, me centraré en los aportes de la organización Mundial de la Salud en materia de Salud Mental realizados en los primeros años. A continuación, quiero presentar estas contribuciones agrupadas de la manera que propone el documento:

- a) *Prevención*: El programa internacional se ha centrado en la "*aplicación preventiva y protectora de los conocimientos psiquiátricos*" (World Health Organization, 1958: 324), siguiendo la lógica de la salud física. Ya en 1949, el Comité de Expertos en Salud Mental, planteaba que con el objetivo a largo plazo de fomentar la higiene mental, su trabajo debía incentivar la inclusión del fomento de la salud mental, en los servicios de salud pública (nótese cómo coexisten los términos de salud e higiene mental). Para esto, se estudió cómo aplicar en las prácticas de salud pública, conceptos derivados de experiencias clínicas de psiquiatría, considerando que trabajadores de este sector tenían oportunidades favorables para intervenir en el estado de salud mental de sus comunidades. A modo de ejemplo, se decía, "*pueden enlazarse con la aplicación de ciertos principios de higiene mental*" (World Health Organization, 1958: 325) los servicios de maternidad, la atención a lactantes y niños, ancianos, cuidado de niños y personas "*lisiadas*" (sic), y la educación sanitaria popular. De la misma manera, los trabajadores de este sector, pueden colaborar con la protección de la salud mental, aplicando algunos principios a la educación y crianza de niños, mejorando métodos de asistencia médica para evitar complicaciones emotivas, investigar casos de trastornos mentales y facilitar el tratamiento precoz. La detección temprana y tratamiento oportuno, buscando disminución futura de enfermedades mentales, aparece como otro de los elementos de esta prevención. Así la OMS da especial atención a problemas de infancia y adolescencia, para lo cual se ha encargado de conocer y comprender el proceso normal de desarrollo, donde las relaciones afectivas, especialmente con la

madre, son significativas. En esta línea encontramos, por ejemplo, el trabajo de J. Bowlby (1954) *Los Cuidados Maternos y la Salud Mental*.

- b) *Tratamiento*: Si bien entre las prioridades de la OMS están la prevención y protección de la Salud Mental, no se ha dejado de lado a la psiquiatría terapéutica. A modo de ejemplo, se realizan estudios periódicos para saber el estado de los hospitales psiquiátricos en diferentes países, para tener claridad de con qué se cuenta y qué falta por mejorar. En esta dirección se recomienda que si un país contara con un servicio psiquiátrico organizado, éste debería ser regido por "*leyes sobre higiene mental (que) se inspiren en los principios de la psiquiatría moderna*" (World Health Organization, 1958: 327). En esta dirección se menciona, que eran muy pocos los países que contaban con esas leyes, por tal motivo, en 1954, se conformó un comité de expertos abocado a revisar las legislaciones vigentes en materia de asistencia psiquiátrica de varios países, alertando sobre sus principales deficiencias. Como ejemplo, muchas de estas normativas daban más importancia a cuestiones jurídicas, que a consideraciones médicas. El comité sugirió que las futuras leyes se preocuparan más en crear y desarrollar servicios de salud mental, dejando en un segundo plano los problemas ligados a la vigilancia y la reclusión.
- c) *Enseñanza y formación profesional*: En el documento se advierte de la importancia de formar personal especializado en salud mental, pero también educar a la población general, así como a sectores profesionales influyentes sobre estas materias. Una amplia comprensión de los principios y problemas de la higiene mental, influye "*en el estado de la salud mental de una colectividad*" (World Health Organization, 1958: 329), de manera que la educación popular en estas materia, se consideró una de las primeras obligaciones de los trabajadores de hospitales psiquiátricos, así como se intentó inculcar a dichos trabajadores, que el enfermo debía considerarse una *persona*, y no simplemente un *caso*.
- d) *Investigaciones*: Enfrentar las cuestiones que involucra la salud mental, necesita de investigaciones "*sobre los factores determinantes de la personalidad y sobre la*

etiología, la prevención y el tratamiento de sus trastornos" (World Health Organization, 1958: 330), de manera que la OMS estimula, fomenta y coordina investigaciones en este ámbito. Las áreas de interés *grosso modo* han sido, hasta este punto, el desarrollo psico-biológico del niño, los efectos de los cambios de las estructuras culturales en la salud mental, la influencia de factores sociales, económicos y culturales en afecciones psicósomáticas, la epidemiología de los trastornos mentales, las relaciones entre desórdenes mentales o estados psicológicos y procesos de infección, las deficiencias en nutrición y trastornos bioquímicos, y finalmente, el uso o abuso de determinados medicamentos.

- e) *Problemas especiales*: El documento comenta que se ha dedicado y prestado atención a aspectos de la salud mental vinculados con ciertos problemas especiales como manifestaciones psiquiátricas del alcoholismo, la toxicomanía, la criminalidad, la actividad profesional y la rehabilitación de personas "*físicamente impedidas*" (World Health Organization, 1958: 331). Esto no hace más que remarcar las múltiples conexiones del asunto con una infinidad de prácticas e identidades emergentes. Así, la atención dedicada reviste carácter disciplinador sobre este tipo de sujetos, en cierta medida, desadaptados de la norma. Pero a diferencias de las formas disciplinantes, aquí la cuestión es abordada como un problema que debe ser integrado y no marginalizado, excluido o recluso. Ésta será una de las tensiones permanentes al interior del campo de la salud mental, campo que debe lidiar con encargos de este tipo, con prácticas más próximas a la disciplina, y con lógicas epistémicas aún centradas en la enfermedad.
- f) *Colaboración con otros organismos internacionales*: Por último, el documento hace mención a una serie de organismos con los que la estrategia de la Salud Mental se vincula a diario. Si uno atiende la naturaleza de éstos, se dará cuenta que los asuntos a los que se convoca a participar a las instituciones de gobernanza de la salud mental son de lo más variopinto y cotidiano. *En la mención aparecen instituciones como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la*

Cultura (UNESCO), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y, por supuesto, la Federación Mundial para la Salud Mental. En la constitución de este nuevo orden, la comunicación entre estas organizaciones fue muy relevante y productiva.

La línea de prevención que plantea el documento se centra en un trabajo directo sobre la población. Si me mira con detenimiento, se tratan de acciones que buscan generar efectos en el conjunto de las personas, no centrándose en los individuos. Esto irá gradualmente junto el interés por estos asuntos y el desarrollo técnico y metodológico de la epidemiología. En cambio, si prestamos atención a los tratamientos que se sugieren, el documento se centra sobre todo en cómo reducir o paliar los efectos negativos de las lógicas de institucionalización de la enfermedad mental aun por entonces vigentes. El nuevo paradigma de la Salud Mental busca alejarse de éstas, pero su presencia es innegable. Las formas de incidencia que se encuentran procuran introducir modificaciones en el medio apelando a los principios de la higiene mental. Se trata de la presencia de una institución de otra época (el asilo o manicomio) en el desarrollo de un nuevo paradigma. Esta va a hacer que, por momentos, la atención de las instituciones de Salud Mental se dirija hacia la atención de estos problemas asociados con la invención y el tratamiento de la enfermedad mental. No hay que olvidar la presencia de fuerzas sanitaristas que intentaban forzar estos nuevos paradigmas hacia interpretaciones ligadas con la medicalización. Por su parte, en el apartado enseñanza y formación profesional, ambas lógicas consisten. Se trata de educar a la población general para *incidir en la salud mental de una colectividad*. Esto no hace más que subrayar que la salud mental se coloca en el medio de esas formas, es decir entre las formas de regulación y las formas de disciplina. Considerar al enfermo persona y no caso, va en la dirección de entenderle como sujeto de derecho. Es en este tipo de afirmaciones que retorna la idea primogénita de la ciudadanía mundial. Cuando se menciona qué se hace en materia de investigación, el documento dice literalmente que se ha investigado *"sobre los factores determinantes de la personalidad y sobre la etiología, la prevención y el tratamiento de sus trastornos"*. Nuevamente la oscilación entre los problemas de los individuos y de las poblaciones está frente a nuestros ojos. Como mostré, los problemas especiales, remiten a un conjunto de seres que quedan por

fuera de los patrones de normalidad y que en lugar de excluirse como antaño, se los busca integrar. La tendencia a abandonar el modelo asilar a pesar de la insistencia de sus instituciones de permanecer, no hace más que confirmar que la salud mental opera en otro plano muy distinto: ya no disciplinador y excluyente sino regulador e integrador.

Por último, al reducirse e invisibilizarse el componente ciudadano de la definición, debido en parte a las distintas transacciones, diálogos y negociaciones con otras formas de abordaje, la salud mental deviene en un estado de realidad del mismo modo que le pasó a la economía en el siglo anterior (Foucault, 1977). Esta cosificación al reducirse su componente político y al proliferar la dimensión técnica e institucional de la cuestión, hace que la salud mental devenga en un objeto de gobierno, pero un objeto ya no nacional sino internacional.

Regionalización de la Salud Mental

Más arriba vimos como Chisholm había cedido ante ciertas presiones de sectores nacionalistas y entre ellas mencioné la regionalización de la institucionalidad mundial. A modo de ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es una organización internacional especializada en salud pública que opera como la oficina regional para las Américas de la OMS (PAHO/WHO, s. f.). Si bien la Organización Panamericana de la Salud funciona desde 1902, año en que fue fundada con el nombre de Oficina Sanitaria Internacional para las Américas, y su inclusión a la OMS se da desde temprano, adquiriendo el nombre de OPS, es recién en 1961 que la salud mental pasa a ser un área de experiencia técnica en este organismo.

Para esto, se designa al Dr. Jorge Velasco Alzaga, especialista que asume como Asesor Regional en esta materia, cargo que ejerce por tres años. Su dirección se centró en hacer un diagnóstico de la situación de la salud mental en la región. Durante su mandato además, se formalizaron vínculos de cooperación con la Federación Mundial para la Salud Mental, la Asociación Psiquiátrica de América Latina, la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos, y con el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (Cayon, s. f.). Fueron tareas de ese inicio, la recolección de leyes relacionadas con la psiquiatría y

la salud mental de los países de la Región, el impulso de dos seminarios sub-regionales sobre salud mental realizados en México y Argentina respectivamente. De estos encuentros surgió la recomendación de incorporar la atención psiquiátrica a los sistemas y actividades de la salud pública, y se planteó por primera vez, una crítica formal a la hospitalización en instituciones psiquiátricas.

Un segundo período entre 1964 y 1986, a cargo de un nuevo Asesor Regional, se centró en terminar el proceso de diagnóstico de la situación de salud mental en la región, y recabar información sobre las leyes concernientes. Un tercer y último seminario se hizo en Jamaica en 1966; ahí se enfatizó en la necesidad de trabajar con una mirada integral de la salud mental, más que con un enfoque centrado en la psiquiatrización del problema, confirmando una posición crítica respecto del hospital psiquiátrico como principal medio para el tratamiento de la salud mental. Se recomendó no continuar construyendo estos hospitales y ofrecer otro tipo de servicios desde los programas de salud pública para el tratamiento de las enfermedades mentales (Cayon, s. f.).

El trabajo sistematizado de los tres seminarios, fue la base para elaborar los programas nacionales de salud mental en el Continente en varios países. Este mismo año, la OPS convocó a un grupo de trabajo sobre administración de servicios psiquiátricos y de salud mental, para reunirse esta vez, en Chile. Se buscó acuerdos *"sobre los cambios necesarios para modernizar la atención psiquiátrica y promover acciones de salud mental más amplias e integrales"* (Cayon, s. f.), reiterándose recomendaciones anteriores como, por ejemplo, integrar los programas de salud mental en los sistemas de salud pública y apartarse de modelos manicomiales, promover la participación de la comunidad, los pacientes y sus familias en la planificación y prestación de servicios, y modificar las legislaciones vigentes sobre salud mental. Este encuentro fue el precursor de la Conferencia sobre la Reestructuración Psiquiátrica en América Latina de 1990, cuyo epílogo fue la Declaración de Caracas, documento que estableció las bases para la reforma en el continente, buscando fortalecer la atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva de asuntos vinculados con la salud y enfermedad mental.

En 1983 la OPS publica "Dimensiones sociales de la salud mental", "Ambiente, Nutrición y Salud Mental", y traduce "Trastornos depresivos en diferentes culturas". Del mismo modo, más adelante, entre los años 1987 y 1999, lanza la *Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica*. Estos temas de agenda dan cuenta de las generalidades internacionales pero también de las especificidades regionales.

En 2001, la OMS lanza un programa de iniciativas que buscaban poner a la salud mental en la agenda política global y darle mayor visibilidad en el mundo, para lo cual había producido instrumentos y programas. La OPS se suma a estos esfuerzos, trabajando para conseguir los objetivos, a través del desarrollo de políticas, planes y servicios de salud mental, así como de la actualización de leyes sobre salud mental y la promoción de los derechos humanos (Cayon, s. f.). Este tipo de acciones habla de los mecanismos y las formas de coordinación mundial, pero también de la autonomía que produce la regionalización.

Si menciono este apartado de la regionalización es para dar cuenta del grado de complejidad de la institucionalidad de gobierno que se propone. Asumiéndose que el sujeto debe gobernarse y que ese gobierno de sí ligado con ciertos ideales de lo que es un buen gobierno (estado de bienestar) debe ser promovido por fuera de los gobiernos nacionales, o dicho de otra forma, entre sus intersticios, es que es tipo de arquitecturas cobran sentido. La regionalización aparece como un proceso de singularización de los problemas del mundo, acotándose a realidades muy específicas, pero también es la posibilidad de lograr mayor incidencia de grupos regionales que quizá, si la organización fuera exclusivamente mundial, no la tendrían. Lo interesante de todo esto es la búsqueda de canales, vías y medios que conecten a los individuos y la gestión de sus capacidades con este tipo de instancias abocadas a construir permanentemente los significados de lo que es un buen gobierno, en definitiva de lo que significa gobernarse a uno mismo bien.

Ahora bien, vimos, sobre todo en el primer apartado de esta tesis, las condiciones de emergencia pero a la vez de universalización de la salud mental. En este apartado quise mostrar cómo para que esa universalización fuera efectiva debían construirse canales y autopistas mundiales que traspasaran los límites rígidos y burocráticos de los estados

nacionales. La internacionalización supuso además de una idea, la construcción de una serie de instituciones que le fueron dotando de una realidad muy específica. A través de ésta fueron circulando nuevas epistemes y prácticas, las cuales en su circulación o bien se conservaron como purificaciones o bien fueran alteradas en redes de traducción y negociación. Así la salud mental deviene mundial pero también abre las puertas para su globalización. Lo que quiero mostrar es que la universalización, la internacionalización y, como veremos enseguida, la globalización son tres formas de producción de una entidad que se presenta como tal en cualquier rincón del planeta.

Breves notas sobre la globalización de la Salud Mental

En julio de 1949, el editorial de la prestigiosa revista médica *The Lancet* comenta que en la Asamblea de Salud Mental celebrada en Roma se dijo que: “the notion that the mind and the body always act jointly is happily gaining ground”. Según los comentaristas, en esta asamblea, la importancia de la salud mental ha sido contemplada en el mismo nivel que la salud corporal [bodily health]. Lo mental aparece acá entonces, como un elemento más, como una sustancia, que así como el cuerpo, compone la experiencia de salud. Pero ¿de qué se trata? ¿A qué se adhiere, a qué se asocia? Lejos de responder estas cuestiones, el reporte habla de los recursos y fondos para este ámbito los cuales han mejorado como consecuencia del trabajo de la Federación Mundial para la Salud Mental. La mejora de la financiación se relaciona directamente con que la Federación comienza a hacer consultorías para organismos como la UNESCO y la OMS, así como también para gobiernos nacionales. Pero estos trabajos suponen la instalación de relaciones bilaterales: lo que se transfiere, en un canal de ida y vuelta, son informaciones y recursos económicos. De esta manera, la Federación a la vez que entrega información a los gobiernos, recibe de éstos otra cantidad de información expresada en encuestas, informes sanitarios o sobre el estado del arte en determinados tratamientos, entre otras.

Siguiendo con el informe de *The Lancet*, el reporte de la comisión preparatoria de la actividad celebrada en Roma, propuso estudios preliminares sobre métodos usados por diversos países en el tratamiento de la enfermedad mental, así como en el mantenimiento de la salud mental. En esta dirección, se menciona que la Federación trabaja también en colaboración con la UNESCO en la recolección de más datos sobre estudios comparativos culturales. Estos datos incluyen información sobre la existencia de agencias sociales para el cuidado, resultados de encuestas locales sobre la incidencia de enfermedades mentales en el amplio sentido de la palabra, las distintas propuestas de educación tanto de profesionales como trabajadores sociales como del público en general. Así en el reporte se afirma que: "*mental health and its prevention are both costly, but in the long run prevention as usual will prove the better bargain.*" («The Mental Health of the World», 1949: 112).

En el editorial de mayo del año 1951, se le dedica gran parte al asunto salud mental y maternidad. En esta oportunidad se presenta la investigación del Dr. John Bowlby, que en nombre de la OMS, realiza el reporte *Maternal Care and Mental Health*, como contribución al programa de la ONU para el cuidado de los niños sin hogar. Su investigación se centra en los efectos en los niños deprivados del cuidado de sus madres durante sus primeros años. Esta investigación incluye tres tipos de estudios: a) Estudios directos sobre la salud mental y el desarrollo de los niños en instituciones (hospitales, internados, etc.); b) Estudios retrospectivos sobre las historias tempranas de adolescentes y adultos que han mostrado un desarrollo psicológico patológico; y c) Estudios de seguimiento sobre grupos de niños deprivados de cuidado materno en sus primeros años de vida. A grandes rasgos los estudios concluyen que cuando los niños fueron deprivados del cuidado maternal, su desarrollo físico, intelectual y social, se retardaba. Frente a esta situación, Bowlby propone medidas preventivas y más investigación en el tema sobre cuidado de niños, remarcando que la personalidad del niño en crecimiento depende de la interacción entre el niño y las personas a su cargo, especialmente la madre, y reitera que necesitamos más estudios sobre este proceso. Bowlby agrega al respecto, que es preferible "*A rather grubby child playing boisterously in the home of its loving but feckless parents may be growing into a more mentally healthy citizen than a docile and physically cherished child in a clean bare ward.*" (1166),

haciendo alusión a que en la época había un extendido interés en el cuidado institucional de los niños, y jugando con la suposición de que si estaban limpios, estaban felices («Mental Health and the Mother», 1951).

Por su parte en el informe de junio 1951, se hace hincapié en el rol del trabajo social en los servicios de salud mental, afirmándose que: “the cornerstone of social care in the mental health services must be the psychiatric social worker”. Se discute, a su vez, sobre cómo formarlos y trabajar con ellos, mencionando la relación que deben tener con la psiquiatría y las universidades donde se forman («Social Work in the Mental Health Services», 1951). En esta dirección, el editorial de marzo de 1952 aborda el asunto de la investigación en salud mental. El artículo se pregunta cómo se debe promover la investigación en este campo. De esta forma la importancia de estos problemas comienza a ser reconocida e importantes organizaciones como la Fundación Rockefeller, o los Fondos de la Commonwealth, comienzan a financiar investigación y capacitación o entrenamiento, “in this branch of medicine...”, como si la salud mental fuera parte de la medicina. Es en este sentido que se dice: “*The methods and concepts that emerge in anatomy, biochemistry, physiology, psychology, and the biological and social sciences generally, are those on which the investigator in mental health must depend*”. Esta afirmación plantea una discusión central y que cruzará a lo largo de todo el desarrollo de la salud mental y sus instituciones, una discusión que al día de hoy, incluso, no se ha zanjado, es decir la cuestión de si el progreso de la salud mental, va por incentivar más investigación en neuroanatomía, neurofisiología, psicología, genética y sociología, que no tienen un vínculo directo con los desordenes mentales, o insistir en la investigación en psiquiatría. Esta tensión no hace más que mostrar cómo la salud mental es algo que tiende a alejarse cada vez más de la enfermedad mental. Frente a este dilema se dice: “the conference gave recognition to this in its recurring emphasis upon research into the normal -a synonym for what is studied in all university departments concerned with the biological sciences”. Esto reafirma que lo que compete a la salud mental es algo más amplio que el campo que ocupa a la psiquiatría y lo patológico y, aun más, que el centro de interés parece ser ahora el funcionamiento normal («Research on Mental Health», 1952).

Como comenté, estas distintas situaciones fueron extraídas de la revista *The Lancet*. Se trata de un medio de publicación científico que aún se mantiene en la actualidad y que ha sido un foro permanente de referencia para posiciones progresistas dentro de la medicina. Si tomo los discursos de *Lancet* es porque ellas de alguna forma dan cuenta de los intereses y las expectativas que giraron en torno al desarrollo de la noción de salud mental. Bien podría haber traído otros comentarios o tópicos pero escogí estos para ilustrar algunas cuestiones que considero clave para lo que será el proceso de globalización de la salud mental.

La universalización, la internacionalización y la globalización son tres aspectos distintos que funcionan en conjunto para instituir la salud mental como la entidad que es hoy día. La aceptación de que el cuerpo y la mente funcionan juntos es el puntapié inicial de la universalización de la Salud Mental. También la idea de su presencia en las relaciones presentes en todas las culturas como la maternidad. En el capítulo anterior, intenté mostrar cómo la salud mental emergía como una entidad distinta a la enfermedad mental o la locura y que en su emergencia se presentaba como una característica propia de lo humano independientemente de su cultura, creencias y razas. Precisamente la universalización es ese movimiento de asumir algo, en este caso la salud mental, como una verdad inmanente cuya veracidad trasciende el tiempo (momento histórico) y el espacio (geografía). Por su parte, a lo largo de este capítulo he mostrado los inmensos esfuerzos por internacionalizar la salud mental, lo que suponía, en ocasiones, lidiar contra tendencias de nacionalización. Así la internacionalización se constituye en el diseño de una arquitectura política capaz de rebasar los límites y las formas de los gobiernos nacionales inspirada en la utopía de una federación mundial. En este sentido, la institucionalidad que se construye en torno a la salud mental busca generar una red de instituciones que pongan en circulación diferentes prácticas y saberes y que incidan directamente en el interior de las sociedades sin necesidad de mediar con los gobiernos. Pero esta institucionalidad no se reduce a la salud mental sino que está ligada a una más amplia referida a la salud. La no reducción al nivel gubernamental no quita que luego los gobiernos participen, es más esto será algo querido y buscado, pero el logro de la internacionalización reside en construir esas nuevas relaciones que posibilitan instituir una forma de gobierno que trasvase las formas nacionales de gobierno. En el

ejemplo de *Lancet* podemos ver cómo la Federación es capaz de aumentar los fondos que se destina a la Salud Mental logrando interesar a distintos actores gubernamentales y no gubernamentales. Esto supone la construcción de una red por donde circulará el discurso de la salud mental y con ello todas aquellas nuevas prácticas que se van instituyendo en torno a tal (pero también el dinero). Lo interesante es que estas vías son de ida y vuelta lo que posibilita que ciertas experiencias locales comiencen a circular internacionalizándose. Pero hay algo más que nos enseñan las notas de *Lancet*. En estos procesos de universalización e internacionalización comienza a ocurrir algo. De repente se mencionan vinculados con la formación de algunas profesiones (en el caso particular sobre la importancia del trabajo social) y también se habla de la presencia de otras disciplinas para aportar al estudio de este campo emergente, la salud mental. Inter-profesionalidad e interdisciplina aparecen como dos características de sus formas de abordaje que la distinguen de otras formaciones previas. Como se ve claramente, el foco apunta a descentrar la salud mental de la psiquiatría y la enfermedad mental, posicionándola como un objeto positivo. Pero nuevamente, estos movimientos sólo se logran instituyendo una nueva forma de entender las relaciones humanas pero, sobre todo, instituyendo nuevas formas de formación y de ciencia. Esto supone la generación de una red cada vez más intensa que logra conectar puntos muy distantes, al punto que producirá como resultado la interdependencia, posibilitando que cosas muy distantes entre sí se afecten. Éste es el movimiento incipiente de globalización que comienza a tomar forma de manera temprana (las notas de *The Lancet* son de 1951 y 1952). En el siguiente apartado quiero continuar con esta idea. Para ello me centraré en algunos gestos globalizadores que van constituyendo a la salud y a la salud mental como prácticas cotidianas. La razones son varias y las explicaré a medida que vaya desarrollando las ideas.

Salud para todos:

La propagación de la Salud y la Salud Mental

Pese a las diferencias ideológicas, sexuales, raciales y de género, sin olvidar a las de clase, seguía prevaleciendo la idea de que una única humanidad era posible. Quizá ese

ímpetu fue lo que condujo a la Unión Soviética a organizar la convención de Alma-Ata. Los motivos de su mención son los siguientes: por un lado, significa un paso más en la construcción de una salud universal globalizable, es allí donde se establecen las metas de "Salud para todos en el año 2000"; por otro, la irrupción de una estrategia que hace que la salud pase a tener más presencia en la vida cotidiana, estableciéndose como parte indisoluble de la gestión y el gobierno de uno mismo. Pueden haber más razones con menor o mayor importancia. En principio, quiero centrarme en éstas que mencioné y eventualmente, si lo ameritase, desplegar otras que apuntalen a las antes mencionadas.

Brevemente, me gustaría presentar Alma-Ata y comentar con más detalle las razones por las cuales creo cumple un rol importante en la consolidación de un proyecto de ciudadanía que intenta desdibujar las fronteras. Como insinué más arriba, la ciudadanía mundial en tanto que idea, se fue dejando paulatinamente de lado hasta su completo desuso. No obstante, los principios y las fuerzas que posibilitaron su enunciación en 1948, continuaron operando en la conformación de una nueva manera de ser ciudadanos. Alma-Ata tiene que ver directamente con aquella modalidad que buscó dar sentido y gobierno no sólo a los individuos sino a la especie misma. Lo que posibilita Alma-Ata es que aquella incipiente red institucional e internacional que comenzó a configurarse alrededor de 1950 devenga en una estrategia que compromete a todas las naciones, interpelando a las respectivas sociedades. Salud para todos, eslogan del encuentro, vuelve a dar fuerzas a la noción de ciudadanía y humanidad como un todo armonioso.

¿Qué fue Alma-Ata? Hay quienes sostienen que se trata del evento de salud internacional más importante de la década del 70. En concreto, fue celebrado entre los días seis y doce de septiembre de 1978, en Alma-Ata, Kasajistán, que por aquel entonces pertenecía a la Unión Soviética. Esta conferencia organizada por la OMS y UNICEF, fue la primera conferencia internacional sobre atención primaria de salud (APS). En este evento participaron ciento treinta y cuatro países y sesenta y siete organizaciones internacionales (una ausencia notoria fue la de China). Su declaración final, que expresa una síntesis de las intenciones proyectadas, subraya la importancia de la atención

primaria de salud, como estrategia para alcanzar el mejor nivel de salud. Esto se evidencia claramente en su lema que opera como una meta concreta: "Salud para todos en el año 2000". Esta declaración manifiesta la necesidad urgente de tomar acciones por parte de todo gobierno, trabajadores de la salud y comunidad internacional, para proteger y promover el modelo APS. Si traigo a colación este episodio es porque revistió de gran importancia para el desarrollo de la salud mental, a la vez que fue clave para la propagación de la salud como un ideal constitutivo del sujeto, aspecto que mostraré en el próximo capítulo. Como vimos anteriormente, la definición de salud mental le aporta integralidad al concepto de salud y le permite liberarse de las ataduras del cuerpo y la enfermedad, a la vez que propagarse en la vida cotidiana de las personas. APS como estrategia recoge esta posibilidad y hace de la salud una práctica cotidiana (y esto incluye a la salud mental).

La declaración de Alma-Ata, de 1978, es un claro ejemplo de la existencia de un esfuerzo internacional mancomunado que va en la dirección de cotidianizar la salud y hacer visible la responsabilidad no sólo de los gobiernos sino también de los individuos y sus comunidades. La mayoría de los países del mundo, en el contexto de la Guerra Fría, reafirman no sólo la noción integral de las OMS, sino además la necesidad de trabajar en la igualdad en el acceso a servicios sanitarios y en la promoción de la salud como un derecho. Lo interesante de esta declaración es que el derecho a la salud aparece como un aspecto central para la construcción de la humanidad, a la vez que se constituye en un pilar básico para el desarrollo social y económico. Es así que uno de sus puntos aborda la salud como un asunto socioeconómico. En éste se establece que para lograr el libre acceso a la salud y la reducción de la brecha entre países y al interior de estos, es necesario un desarrollo social y económico basado en el Nuevo Orden Económico Internacional. En esta dirección, se afirma que para que exista tal desarrollo, así como para lograr la mejora de la calidad de vida, la reducción de la violencia y la obtención de la paz mundial, la promoción y protección de la salud es esencial. Pero no se trata sólo de un acto declarativo ya que se define como una estrategia que, partiendo del problema del acceso a la salud, aborda una inmensidad de dimensiones del quehacer humano.

La idea de que la salud ya no tiene que ver exclusivamente con el cuerpo, sino que lo desborda, es reafirmada en Alma-Ata, operando en la constitución y cohesión del cuerpo social, del mismo modo como opera el concepto de ciudadanía mundial que se desprende del tratamiento de la emergencia de la salud mental. Dada su complejidad, la estrategia APS implica además del sector salud, otros sectores relacionados al desarrollo de los países y las comunidades. Política y educación, industria y agricultura, entre otros, aparecen como ámbitos de la vida que incumben a los problemas de la salud. Si la salud mental desborda el campo de la enfermedad mental para inmiscuirse en las relaciones del individuo con sí y con los otros (como vimos en los capítulos anteriores), la noción de salud y su estrategia de universalización la integra, redistribuyéndose en todas las prácticas productivas y reproductivas del quehacer humano. Por lo dicho anteriormente, APS se constituye en una de las principales estrategias institucionales de propagación de la salud a la mayor cantidad de ámbitos que atañen a la vida cotidiana de las personas. La mayoría de los gobiernos han desarrollado en menor o mayor medida sus preceptos, homogeneizando su tratamiento a la vez que posibilitando un acceso masivo de la población mundial a esta red institucional, local sí, pero cada vez más conectados a los principios y medios de una red informal global.

Pero la idea de salud para todos no se reduce a la Declaración de Alma-Ata. Quise mostrar cómo la ampliación de la red internacional posibilita que comiencen a circular, independientemente de la voluntad de los gobiernos nacionales y locales, una serie de entidades que en su andar van estableciendo relaciones con todo lo que este tipo de encuentros implica. Esas entidades que circulan son saberes, procedimientos, estándares que comienzan a construir una suerte de meta-práctica que trasciende a las prácticas singulares locales. No obstante, cualquier práctica local puede circular por esa misma red e influenciar o directamente generar efectos en lugares distantes. Como la red institucional que se monta es de ida y vuelta, produce la posibilidad de que haya mutua incidencia de procesos. Pero como vimos, lo que circula es un universal o varios universales que fueron estabilizados de ese modo y que proceden explícitamente de Occidente. Así, lo que marca esa circulación, si bien pueden circular entidades de diferentes puntos del planeta, es la primacía de los productos y procesos occidentales.

Este proceso de circulación de prácticas, epistemes, estándares es lo que denomino como globalización. Se trata de un efecto de la universalización y la internacionalización que tendrá consecuencias significativas en el devenir de la salud mental. La globalización no será exclusiva de la salud mental, pero se expresará de un modo particular (en cierta medida, la globalización no es tan global sino que siempre es parcial: lo que hay son distintos modos de globalización que se actualizan).

Pero comienza a producirse una paradoja. La globalización se inicia como un efecto de universalizar e internacionalizar prácticas que se dan de manera parcial. Esas distintas parcialidades que se globalizan comienzan a encontrarse e incidirse mutuamente. De ahí que aquello que era un efecto se sustancialice y sea llamado globalización. De esta manera, la globalización deviene en una entidad en sí misma que generará efectos en aquellas prácticas que la generaron (¡otro urúboro!). En nuestro caso, la salud mental, entidad compleja y múltiple, como veremos en el capítulo siguiente, que contribuye a producir la globalización será afectada directamente por ésta. Así, los procesos sociales que suelen asociársele a la globalización –presiones laborales, migración, pobreza, cultura y cambio social- serán factores de riesgo o promotores de buenas prácticas para los problemas de salud mental. Esto será a tal punto que se ha instituido un campo o saber disciplinar llamado Salud Mental Global. Me gustaría brevemente mostrar cómo se instituye una salud mental cuyo foco es global y que asume la universalidad de base y los medios de internacionalización existentes para garantizar la salud mental para todos.

Salud Mental Global es, según Patel y Prince (2010), la aplicación de la Salud Global al ámbito de la Salud Mental, esto es, el estudio, la investigación y la práctica que prioriza mejorar la salud y conseguir la equidad en salud para todas las personas alrededor del mundo. Las inequidades más claras están en relación a la provisión de cuidado y respeto de los Derechos Humanos de las personas que viven con *problemas de salud mental*, en los países más pobres y ricos (la cursiva refiere a una suerte de eufemismo que evita mencionar la enfermedad y alude a problemas en la gestión de la salud mental). Según estos autores, tres cuestiones dan cuenta de la aparición del campo de la Salud Mental Global: 1) la inmensa cantidad de investigaciones interculturales, así como las diversas

narrativas de trabajadores de salud y *personas que viven con problemas de salud mental*, han mostrado que los trastornos mentales no se tratan de un producto de la "imaginación occidental", ni la imposición de estos conceptos como un *neocolonialismo*; 2) el incremento cada vez mayor de las investigaciones epidemiológicas que dan testimonio de la carga de las enfermedades mentales en todo el mundo; 3) la evidencia de la eficacia del tratamiento farmacológico y psicológico disponibles. A estos tres puntos hay que sumar, la puesta en marcha de programas donde trabajadores de salud no especializados en salud mental han podido ofrecer tratamiento psicológico o de múltiples intervenciones escalonadas en dicho ámbito o campo de acción (en relación, por ejemplo, a trastornos mentales y neurológicos o problemas asociados al uso de sustancias en los entornos de atención en salud rutinarios). El movimiento para la Salud Mental Global se define como una coalición de individuos e instituciones comprometidos con acciones que disminuyan la brecha en los tratamientos. Este movimiento está inspirado en la experiencia que el *Treatment Action Campaign* tuvo para transformar la vida de las personas que vivían con VIH, gracias al acceso a medicinas. Entre sus metas aparece la ampliación de servicios, la cual puede tener dos vías, por un lado la integración de la atención en Salud Mental en programas ya existentes para otras condiciones de salud, lo que significa la reducción de recursos necesarios y la aceptación de un enfoque pragmático y, por otro, la necesidad de desinstitucionalización de personas con trastornos graves y su derecho de recibir atención comunitaria (Patel & Prince, 2010)

Tomemos las observaciones de Patel y Prince que acabamos de presentar. Su posición es una aproximación realista a la Salud Mental e, incluso, carente de historia. Afirmar la existencia universal e innegable de los problemas mentales en sí mismo, parece una evidencia irrefutable. No es mi intención, en este momento, desmontar este argumento pero sí llamar la atención sobre cómo la universalización de la Salud Mental opera como un hecho en su globalización. Lo segundo es el papel central que adquiere la enfermedad mental. Es como que en su globalización la propia Salud Mental haya perdido generalidad y ganado especificidad, quedando reducida a un ámbito específico o si se quiere a un estado de realidad determinado. Esto hace que se la asocie directamente con la enfermedad mental. La alusión al *Treatment Action Campaign*, no

hace más que poner de relieve la importancia que se le da en su globalización a lo negativo. Esta quizá sea una mutación de la Salud Mental al globalizarse, pero también puede dar cuenta de la coexistencia de lógicas distintas. Lo que hay de político en el Movimiento de Salud Mental Global son una serie de derechos en el tratamiento para las *personas que viven con problemas de salud mental*. Lo que está en juego, es la necesidad de expandir a todo el mundo el cambio del modelo asilar por el modelo comunitario. Pero lo que llama la atención es que al hacerlo, esencializa a la Salud Mental como un estado de realidad, cuando en todo momento no ha dejado de ser algo en constante desestabilización. Lo interesante de este ejemplo, es la tensión entre no darle un trato especial a los problemas de salud mental (tratamiento en los hospitales generales, atención por parte de cualquier profesional, etc.) pero a su vez el reconocimiento como problemas universales que requieren de un trato específico (acceso al sistema de salud y mediación específica). El movimiento de Salud Mental levanta dos principios: evidencia científica y derechos humanos (Patel & Prince, 2010), por un lado estandarizando, y por otro, constituyendo ciudadanía y promoviendo la integración.

La globalización según Giddens (1996) tiene relación con la intensificación de las relaciones sociales a nivel mundial, uniendo localidades distantes, de manera que acontecimientos locales son moldeados por eventos que ocurren en otros lados, incluso muy distantes, y viceversa. El objetivo principal de la Salud Global y la Salud Mental Global, es la erradicación de las desigualdades en términos de acceso a cuidado, calidad de vida y bienestar en todo el globo. La Salud Global es definida de la siguiente manera:

"...an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasizes transnational health issues, determinants, and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes interdisciplinary collaboration; and is a synthesis of population-based prevention with individual-level clinical care" (Koplan et al, 2009).

De esta manera, la Salud Mental Global aparece como esa rama de la Salud Global que se encarga de los problemas específicos de la salud mental en la globalización.

Siguiendo nuevamente a Okpaku & Biswas (2014) ésta presenta cuatro dimensiones relevantes para la Salud Global y la Salud Mental Global: i) dimensión histórica: puede ser descrita como neocolonialismo, donde globalización y sus procesos consecuentes, pueden considerarse como la continuación de una dominación colonial (hecho que Patel y Prince, minimizaban); ii) dimensión económica: las naciones ricas tienen más influencia que otras más pobres, con riesgo de una mayor marginación científica y política en sus definiciones; iii) dimensión política: este dominio se asocia con la salud, el desarrollo y la seguridad, considerando la prevención de pandemias y el acceso a medicamentos de bajo costo; y iv) dimensión sociocultural: proceso de mixturas culturales e hibridaciones cruzando locaciones e identidades. Hay críticas al movimiento de Salud Mental Global que se focalizan en la falta de atención a instituciones, tradiciones y culturas locales, así como la escasa referencia al capitalismo, por ejemplo, críticas y oposición que sirven de contraparte para debates fecundos.

Como vimos las posturas de Patel y Prince difieren de las de Okpaku y Biswas quienes sugieren otro camino para entender este asunto de la Salud Mental Global. Por su parte, además, proponen una serie de criterios que definen las prácticas que se encauzan en este concepto y que definen, de alguna medida, su objeto:

- 1) Criterio universal o transnacional, se trata de asuntos que tienen una presencia universal o transnacional, por ejemplo, la influencia de la pobreza en la enfermedad mental, o el estigma;
- 2) Criterio de Salud Pública, esto es, el asunto debe tener una base poblacional, debe ser un problema público, por ejemplo, violencia;
- 3) Criterio de grupos de interés, que deben ser internacionales, bi o multilaterales;
- 4) Criterio de propiedad del problema, es decir, un problema debe ser asumido por alguna organización, institución o país receptor;
- 5) Criterio de equipo, tiene que hacer un equipo comprometido con el proyecto y éste debe ser multidisciplinario.

Estos criterios deberían ayudar a diferenciar y distinguir la Salud Mental Global de salud mental comunitaria, por ejemplo, pues ambos movimientos se fundan a partir de diferentes antecedentes filosóficos (Okpaku & Biswas, 2014).

Esta globalización de la salud mental indica un nivel de gobierno global que se liga directamente con las acciones locales pero también con la propia gestión que deben realizar los individuos. A modo de ejemplo, en el año 2002, la OMS lanza un Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP), lo que producirá un cambio radical en las políticas para la salud mental (Manning & Patel, 2008). Movimientos como los de la salud mental global son los que permiten afirmar la existencia de la depresión independientemente de cualquier situación geográfica y cultural, a la vez que afirmar que esa experiencia es semejante en cualquier punto. Precisamente, éste es uno de los aspectos que me interesa resaltar, el carácter estandarizado y de sustancia que se le atribuye a la salud mental y sus problemas, pero también su carácter político inmanente.

Me gustaría traer brevemente a colación un ejemplo. A mediados del 2016, aparece en el portal de noticias de la BBC un artículo sobre la historia de cómo Japón ha llegado a aceptar la existencia de la depresión⁷. Lo primero que llama mi atención de la noticia es la aseveración sobre la existencia de dicha enfermedad. En el artículo se explica cómo en Japón hasta finales de 1990 el término depresión no era conocido fuera de circuitos psiquiátricos, hasta que a fines del Siglo XX una fuerte campaña de marketing de una conocida farmacéutica japonesa, logra introducir la depresión como "*un resfriado de alma*", algo que "*podía pasarle a cualquiera y se podía tratar con medicamentos*" creando el neologismo *kokoro no kaze*. A partir de esto, en Japón el diagnóstico se dispara, y las ventas del medicamento suben como efecto de la popularización del este *nuevo resfrío*. Así, tanto el *kokoro no kaze* como el antidepresivo Paxil, se instalan en el imaginario de la sociedad japonesa (Ihara, 2012). La idea de *resfrío del alma* lo introduce en Japón la industria farmacéutica para explicar la depresión a un pueblo que, hasta ese momento, no la había contemplado y que reservaba el término depresión para manifestaciones

⁷ <http://www.bbc.com/mundo/noticias-36845427>

más graves. La aparición del nuevo concepto hizo que muchos comenzaran a pensar en la depresión, disponiendo con el concepto, su cura: el medicamento.

En el siguiente capítulo, retomaré algunas de las cosas trabajadas en éste para abordar el proceso de constitución de una ciudadanía global en torno a la salud mental. Esta ciudadanía no es total sino parcial, activándose o actualizándose en prácticas y acciones a través de lo que Ong denomina agenciamientos globales (Ong, 2006). Partiendo de la idea que la salud mental es una práctica presentaré las múltiples formas en que se define teniendo en cuentas los tipos particulares de relaciones que moviliza. Asimismo, mostraré las estrategias de articulación, indistinción y propagación que permiten que la salud mental devenga en una presencia cotidiana en la producción del sujeto y los otros.

TERCERA PARTE

UNA PROBLEMATIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL

He intentado dar cuenta de cómo la salud mental emerge como un entidad novedosa, con un objeto distinto al de la psiquiatría: la enfermedad mental. Por el contrario, su objeto, un estado de bienestar que posibilita la conciencia de los individuos sobre ciertas capacidades psicológicas, productivas y sociales que les son propias, aparece como uno positivo y de naturaleza multidisciplinar. A su vez, he buscado mostrar cuál era la relación de la definición de salud mental con la categoría ciudadanía mundial, una categoría que intentaba dar cuenta de un cambio en las nuevas formas de ordenar el gobierno de mundo. Ésta funcionaba por un lado como utopía, en tanto se inscribía a cierto ideal de gobierno de la humanidad sin necesidad de fronteras nacionales, pero también como condición para la emergencia de un nueva forma por aquel momento inexistente. Esa forma que comienza a aparecer es posibilitada por la universalización de una serie de atributos de lo humano, de clara inspiración occidental, y su internacionalización mediante la construcción de una red de instituciones que operan conectando intereses gubernamentales, pero a la vez entre los intersticios de los gobiernos. Centrándonos en el ejemplo de la salud y la salud mental, mostré cómo se iba dando a estas formas que comenzaban a tejer una conciencia mundial en los individuos. En la primera operación, la universalización, era necesario unir biología y derecho; mientras que en la internacionalización, se debían generar una red de organismos que pudieran reunir y armonizar los intereses privados y públicos, gubernamentales y no-gubernamentales. El resultado de esos procesos trajo como efecto lo que se denomina globalización. Así la salud mental deviene uno de esos medios que hicieron posible su emergencia. De una forma paradójica, ese efecto, sustancializado bajo el estatuto de globalización, produjo efectos sobre las formas que venía tomando la salud mental hasta entonces. La condición fue condicionada por lo que antes había sido su condicionante.

Finalmente en el capítulo anterior, he pretendido mostrar cómo esa ciudadanía mundial, concepto que comienza rápidamente a ser dejado de lado, deviene en la condición primera para la conformación de lo que luego se llamará ciudadanía global. Un ejemplo de este cambio de gobernanza lo pudimos ver, brevemente, con el caso de la Salud Mental Global. La arquitectura de este movimiento funciona bajo el esquema de la universalización y la internacionalización. La Salud Mental Global supone entre otras cosas poner la ciencia y la “evidencia” al servicio de todos los ciudadanos del globo, atendiendo especialmente las inequidades en cuanto al acceso a los servicios de salud, los tratamientos y los medicamentos. Esta forma de entender la salud mental, retorna a la lógica de la negatividad a través de una fórmula que altera el orden de los términos trayendo como resultado la proposición *problemas de salud mental*. Será ésta la que producirá un sujeto particular, *las personas que viven con problemas de salud mental*, personas que son sujetos de derechos y ciudadanos del mundo. Partiendo de la base que todos tenemos salud mental (se trata, así como se plantea, de una condición ontológica del ser humano) se asume que por inequidades sociales y económicas algunas personas se ven afectadas y, por ende, ven minimizadas sus capacidades psicológicas, productivas y sociales. Esto se traduce en una vulneración de sus derechos como ciudadanos globales.

En este apartado entonces, me interesa describir brevemente una noción de ciudadanía global que permita conectar a la salud mental en su proceso de gobernabilidad. Esto nos permitirá actualizar la vieja y fundante relación entre salud mental y ciudadanía mundial, para dar cuenta sobre el problema del gobierno de sí y de otros presente en su formulación. Si la enfermedad mental, la locura, la manía o cualquiera de esas categorías negativas definían a un ser marginal, pasible de ser expulsado o encerrado, los problemas de salud mental apuntarán a sujetos que no pueden ser hechos a un lado sino que deben ser integrados en tanto que miembros de la humanidad. Para profundizar en la relación entre salud mental y estos dispositivos de gobierno me interesa hablar de su ontología, es decir de su condición en tanto que ser. Inspirada en los aportes de Annemarie Mol quien define al cuerpo desde una ontología múltiple, presentaré a la salud mental como una multiplicidad hecha de distintos componentes y relaciones según la posición que éstos ocupen respecto a ciertos intereses, objetivos y

estrategias. En este capítulo abordaré la salud mental como dispositivo, siguiendo los aportes de Michel Foucault; la salud mental como régimen de productividad, tomando en cuenta el hincapié en la capacidad productiva de su definición; la salud mental como objeto frontera, un objeto que permite la cooperación de distintas comunidades de práctica sin necesidad de alcanzar consensos; y la salud mental como sustancia ética o dicho de otra forma, como una condición *sine qua non* que permite el advenimiento de la salud como nueva sustancia para la producción de uno mismo. Finalmente me interesará mostrar y profundizar en la idea de que no hay salud sin salud mental, haciendo hincapié en las cosas que aporta la segunda a la primera, para ser colocada ésta como ideal de gobierno de uno mismo y de los otros en nuestra contemporaneidad. Para ello me centraré en tres mecanismos que posibilitan este movimiento a los cuales he denominada como articulación entre salud y salud mental, indistinción entre salud y salud mental y propagación de la salud integral.

Salud Mental y los agenciamientos globales

Al finalizar el capítulo anterior vimos cómo se podría definir una trayectoria posible desde la ciudadanía mundial a la ciudadanía global y cómo en ese recorrido, la salud mental jugaba, si no un papel central, al menos uno relevante. Esto supone aceptar, en primer lugar, un cambio o mutación en las formas de ejercicio de la ciudadanía en un escenario donde los efectos de múltiples globalizaciones comienzan a incidir en nuestras prácticas de subjetivación o producción de nosotros mismos.

La ciudadanía es una categoría compleja que hace, no sólo a un cuerpo investido de ciertos atributos y derechos, sino también a un ideal de “humano” basado en la razón y el bien común que lo distingue de otros seres. Un ideal y un cuerpo que deben ser actualizados en prácticas concretas y que definen, de cierto modo, el grado de distribución de la soberanía al interior de una sociedad. Como vimos en los capítulos

previos, la emergencia de la salud mental es parte de un movimiento de aparición de nuevas instituciones que proponen otras formas de ordenar el mundo, donde el individuo en tanto que ciudadano adquiere un rol relevante. El nuevo orden mundial naciente, resultado de un cambio de las relaciones de fuerzas, instituye una nueva manera de ser ciudadano que se aleja, conceptualmente, de las naciones que legitiman su propia condición. Esta forma se presenta como una ciudadanía mundial que apela a la conciencia de los individuos como miembros de la especie humana.

La emergencia de esta categoría supone, no sólo un desplazamiento de los estado-nación como lógica estructurante (los cuales no desaparecerán, incluso en algunos casos se fortalecerán), sino además una reconfiguración de la relación entre biología y derecho previamente puestas en tensión hasta la finalización de la guerra. Entre la raza y la hegemonía del espíritu de la época, entre los impulsos de un racismo de base que proclamaba el imperio del cuerpo y los avances e incluso retrocesos de posturas más culturalistas y ambientalistas como el higienismo, emerge esta categoría como forma superadora de la disociación entre cuerpo y mente, o dicho de otra manera, como el nuevo paralelismo de época que viene a restituir los efectos negativos de la disociación. Es cierto que la universalidad de la ciudadanía ya había sido proclamada al finalizar el Siglo XVIII pero también es cierto la inmensa distancia existente entre el programa y lo efectivamente realizado: la incipiente democracia censitaria y el tardío ingreso de los pobres, las mujeres y los negros a esa universalidad. El fin de la guerra exigía retomar aquellos ideales y actualizarlos, a su vez aquel fin significaba el comienzo de la caída del colonialismo y la instauración de un nuevo modo de ordenar el mundo a partir de dos ideologías antagónicas con muchas cosas en común: ambas internacionalistas y ambas con verdades con pretensiones totalizantes, en fin, imperialistas. Es en este escenario que la ciudadanía mundial aparece como un ideal para la diagramación del nuevo mundo por crear y como aquella forma que se ajustará al nuevo modelo de gobernanza mundial.

Brevemente, quiero presentar una definición de ciudadanía que nos permita pensar la articulación con la noción de salud mental; una definición que dé cuenta de la globalización como modo de organización. Para llevar a cabo esta tarea, me basaré en

algunos autores y autoras que vienen pensando el problema de la ciudadanía en la contemporaneidad. Su elección y la omisión de los clásicos, se debe a que me interesa priorizar aquellas conexiones entre la emergencia de la salud mental y los nuevos modos de ejercicio de ciudadanía, en lugar de un debate en profundidad sobre los principios fundantes de la segunda.

Hace diez o veinte años atrás, la globalización era un problema que preocupaba a gran parte de la academia. En su problematización estaba en juego el definirla ya sea como un ser en sí mismo producto de un cambio de época, o como una nueva forma de funcionar de las relaciones mundiales, lo que traía consigo distintas consecuencias. En el siguiente fragmento Colliers y Ong resumen cuál era el conjunto de esas preocupaciones:

"A range of analytic responses to this situation can be identified. One has been a turn to more or less grand statements about a new order of things or shifting macro-processes: from modernization to globalization, for instance, or the emergence of global cities, or a network society. A second has examined "localities", however defined, as articulations with, effects of, or dynamic responses and resistances to, global forces. A third has sought to reconstitute the categories of the social sciences in new forms. One thinks, for example, of "global culture," or the more specified concept of technological, cultural or media "scapes"
(Collier y Ong, 2008: 3)

Sin desconocer la importancia de esta agenda, Collier y Ong proponen otra forma de abordaje que no examine los cambios asociados a la globalización en términos de grandes transformaciones estructurales o nuevas configuraciones de sociedad o cultura. En lugar de eso, se proponen analizar un rango de fenómenos que articulan dichos cambios tales como el papel de la tecnociencia, los circuitos legales e ilegales de intercambio, los sistemas de administración y gobierno que se montan, así como los nuevos regímenes éticos y de valores. Todos estos fenómenos, dicen, se distinguen por una cualidad que denominan como global. ¿Qué significa eso? Que éstos son abstraíbles, móviles y dinámicos y que, en su hacer, se mueven a través, a la vez que constituyen, la "sociedad", la "cultura" y la "economía". Un aspecto muy importante de

este enfoque es que las formas globales se articulan en situaciones específicas estableciendo nuevas relaciones materiales, colectivas y discursivas. A estas singularidades les llamarán "*agenciamientos globales*", las cuales son sitios para la formación y reformulación de, lo que Paul Rabinow denomina, *problemas antropológicos*. Éstos son dominios en los cuales las formas y los valores de la existencia individual y colectiva son problematizadas o puestos en juego, en el sentido que éstos están sujetos a intervenciones y reflexiones tecnológicas, políticas y éticas. Más adelante los definirán como el interés por la constitución de la existencia social y biológica de los seres humanos como objetos de conocimiento, intervención técnica y discusión ética y política (Collier y Ong, 2008: 4 y 6).

Un ejemplo de cómo abordar estas cuestiones, lo podemos encontrar en el trabajo de Sara Franklin (2004) presente en el libro que Collier y Ong compilan. En su estudio, la autora analiza la investigación sobre células madre como un elemento más de lo que ella denomina "*biología global*". El atributo de *global* tendrá dos sentidos distintos. En primer lugar, refiere a que el aparato de investigación científica y la producción tecnocientífica asociados al estudio de células madre, se organizan en un espacio transnacional (que no significa necesariamente global). Este aparato transnacional se vincula a lo que se denomina generalmente como capital global, aunque sus flujos aún continúen concentrados social, institucional y tecnológicamente de un modo importante en determinados circuitos. De cierta manera, esto se relaciona a lo que, en el capítulo anterior, definí como la internacionalización de la salud mental: la construcción de un soporte institucional que traspasa la jurisdicción política y territorial de los estado-nación. El segundo sentido de global utilizado por Franklin, reside en que la importancia y relevancia de este tipo de investigación, no se limita por determinaciones sociales, culturales o económicas. "Potencialmente" (con el entrecorillado pretendo respetar el sentido ambiguo, especulativo y no realizado de la acción que la autora quiere adjudicar a este término) este tipo de investigación podría ser organizada en cualquier contexto y sus hallazgos podrían ser válidos en cualquier sitio. Esta afirmación tendrá implicaciones directas en los modos en los que comprendemos e intervenimos la vida humana como vida biológica. Al igual que con el primer significado, es posible relacionarlo a lo que denominé como universalización:

concebir que un fenómeno ocurre independientemente de sus coordenadas históricas y geográficas. La distinción de estos dos significados distintos de global que hace Franklin, alienta mi hipótesis de la globalización como un efecto de dos procesos previos irreductibles entre sí: la internacionalización (o transnacionalización, como la autora sugiere) y la universalización o descontextualización, en aquel caso de la biología, o en éste, de la salud mental.

Pero ahora bien, estos procesos se hacen y actualizan en prácticas específicas y localizadas, se trata de acciones situadas que poseen un enorme potencial de conectividad con otras situaciones. Estas prácticas en su descripción, lejos de ser comprendidas como arquetipos de lo global o de la globalización, son consideradas como un ensamble de relaciones heterogéneas. Así, esta perspectiva supone comprender la globalización, no como un proceso de transformación secular en sí, sino como un espacio-problema donde las cuestiones antropológicas cotidianas se enmarcan (Collier y Ong, 2008: 5). Pero antes de proseguir me gustaría ofrecer una definición más elaborada de estos agenciamientos globales para luego dar paso a su relación con el problema de la ciudadanía. Para ello volveremos nuevamente a la definición de global que nos proponen Collier y Ong:

"Global phenomena are not unrelated to social and cultural problems. But they have a distinctive capacity for decontextualization and recontextualization, abstractability and movement, across diverse social and cultural situations and spheres of life. Global forms are able to assimilate themselves to new environments, to code heterogeneous contexts and objects in terms that are amenable to control and valuation. At the same time, the conditions of possibility of this movement are complex. Global forms are limited or delimited by specific technical infrastructures, administrative apparatuses, or value regimes, not by the vagaries of a social or cultural field" (Collier y Ong, 2008: 11).

Analicemos algunos elementos de esta definición. En primer lugar global es un adjetivo, es un atributo de un conjunto de relaciones. Estos procesos o fenómenos que se caracterizan por ser globales deben, para serlo, tener la capacidad de descontextualizar y recontextualizar, así como de abstraer y producir movimiento situaciones que son

diversas. Es decir, su objeto son situaciones, conjunto de relaciones dadas en ciertos lugares y en ciertos tiempos. Un fenómeno global, nos dicen, poseen la capacidad de asimilarse a los nuevos ambientes, lo que requiere poder parecerse parcialmente a algunos elementos de la situación; esta asimilación supone la capacidad de codificar contextos y objetos que son heterogéneos, dada la diversidad de los elementos que los componen, y al hacerlo dan cuenta de su docilidad para ser controlados y evaluados. Pero, y esto es muy relevante, las formas globales estarán delimitadas por una serie de artefactos sociotécnicos (infraestructuras, aparatos, regímenes) y no por los caprichos de una cultura y sociedad de determinadas. Esto establece una tensión entre una forma que tiene la potencialidad de homogeneizar relaciones adaptándose a las particularidades de cada situación. Esta paradoja es lo que caracteriza a los fenómenos globales y lo que hace que no puedan ser encerradas en una conceptualización general como lo es “la” globalización. Se trata de situaciones en las que se producen conexiones parciales de elementos heterogéneos cuya naturaleza es diversa, social, cultural, económica, tecnológica, política, ética.

Pero esta contextualización y recontextualización, esta capacidad de controlar y evaluar adaptándose a situaciones muy diversas es posible a través de un régimen de estandarización. Ong y Collier lo comparan con los “móviles inmutables” de Bruno Latour (1999), aquellas formas tecnocientíficas que pueden ser contextualizadas y recontextualizadas, abstraídas y transportadas que son diseñadas para producir resultados funcionalmente comparables en los más diversos sitios del mundo. En el capítulo 2 de *La esperanza de Pandora*, Latour explica cómo un pedazo de selva amazónica es transportada desde Brasil a París y todo el trabajo que hay que hacer para que esa realidad pueda ser movida sin perder su forma o esencia (de ahí su cualidad de inmutable). Aunque distinto, esta idea también guarda relación con el concepto de zona tecnológica de Andrew Barry (2006), se trata de un espacio geográfico que es construido a partir de una serie de acuerdos que posibilitan la movilidad no sólo de mercancías y de personas, sino también de regímenes de saber y valores. Un ejemplo que trabaja bastante, es el de la Unión Europea, donde la unión es el resultado del diseño, puesta en marcha y monitoreo de una serie de estándares dirigidos a atender diferentes aspectos de la vida, como por ejemplo los concernientes a la calidad de las

aguas de las playas o al empaquetamiento de carne (Barry, 2001). Tanto esta categoría como la anteriormente mencionada, dan cuenta de dos aspectos centrales para entender los agenciamientos globales: el papel de las infraestructuras y de la experticia. Pero éstos, como veremos a la brevedad, no se agotan en estas relaciones sino que se ligan a otros elementos también contingentes, dificultosos, en cierta medida inestables. En definitiva esa contingencia en la situación, esta actualización de lo global en un conjunto de prácticas, es lo que define al agenciamiento como global.

"In relationship to "the global", the assemblage is not a "locality" to which broader forces are counterposed. Nor is the structural effect of such forces. An assemblage is the product of multiple determinations that are not reducible to a single logic. The temporality of an assemblage is emergent. It does not always involve new forms, but forms that are shifting, in formation, or at stake. As a composite concept, the term "global assemblage" suggests inherent tensions: global implies broadly encompassing, seamless, and mobile; assemblage implies heterogeneous, contingent, unstable, partial and situated" (Collier y Ong, 2008: 12)

Esta tensión entre lo abarcativo, lo móvil y lo homogéneo, por un lado, y lo heterogéneo, contingente, parcial, inestable y situado, por otro, es lo que caracteriza a este tipo de formaciones, las cuales nos sirven para pensar el fenómeno de la salud mental. Si traigo a colación los agenciamientos globales es para sostener que ésta no es una esencia, tampoco una sustancia definida de una vez por todas; la salud mental es una forma de globalización, en el sentido que Collier y Ong le quieren dar al término, que se practica y que, en tanto que práctica, supone un conjunto heterogéneo de ellas en cuyo interior se producen una serie de estabilizaciones que definen ciertos parámetros que se moverán a través de ciertos circuitos que conectarán puntos espaciales y temporales distantes.

Ahora bien, todo lo anterior tenía sentido para repensar el papel de la ciudadanía mundial inmanente al nacimiento de la salud mental y las formas globales que tanto la primera como la segunda adquieren. Anteriormente había comentado acerca de cómo la noción de ciudadanía mundial había dejado de ser usada, no obstante había jugado un papel importante para la rediagramación de una serie de organismos e instituciones

internacionales. Esta red internacional devendría en una red transnacional, superando en algunos casos y bajo ciertas circunstancias las potestades de los estados nación. Por su parte, la universalización había sido parcialmente posibilitada por un nuevo contrato entre lo biológico y lo jurídico que ligó la especie, la humanidad, al derecho, asumiendo que todo ser humano es por definición un sujeto de derecho, por ende, un ciudadano. Esta universalidad de la ciudadanía se extiende a toda la vida humana, no obstante para que eso sea posible debe ser articulada por un conjunto de institutos y mecanismos. Precisamente será en aquellas pequeñas acciones donde estas categorías se pondrán a prueba y se actualizarán. El sentido primero de la salud mental es lograr ciudadanos conscientes y comprometidos con el bienestar de la humanidad, por tanto sujetos capaces de gobernarse a sí mismos teniendo en cuenta a los otros. No es necesario recordar las capacidades que estaban en juego (psicológicas, económicas y sociales) pero sí volver a subrayar la dimensión política que implica y que es introducida en el corazón de los procesos biológicos a través de la salud mental, y por medio de ésta a la salud en general. Son estas conexiones parciales, las que dan sentido para pensar la producción de la salud mental y de la ciudadanía en el contexto de una serie de agenciamientos. Pero la ciudadanía mundial inmediata a la postguerra y la salud mental de entonces, distan mucho de las formas actuales de producción de lo social (entendiendo lo social como un resultado de múltiples relaciones). Aihwa Ong (2006) reintroduce la noción de ciudadanía a la luz de los agenciamientos globales. Ella sostiene que una serie de cambios y mutaciones en la ciudadanía están cristalizados en un paisaje siempre cambiante conformado por flujos de mercados, tecnologías y poblaciones. Su punto de partida es que nos estamos moviendo más allá de la vieja tensión entre estado versus ciudadanía, tensión que —agrego— fue relevante para el proceso de des-nacionalización que la entonces nueva configuración mundial requería. Según Ong, los elementos de la ciudadanía basados principalmente en derechos están deviniendo cada vez más desarticulados entre sí y están siendo rearticulados con un criterio neoliberal y de derechos humanos universalizantes. Estos agenciamientos globales definen nuevas zonas de reclamos y derechos políticos. En lugar del terreno nacional, el espacio del agenciamiento será el sitio para la movilización política de distintos grupos. Este nuevo estado fragmentado pero a su vez conectivo, requiere el desarrollo de ciertas capacidades de adaptación a las nuevas circunstancias signadas

por la movilidad, la variación y la inestabilidad. La importancia de estos flujos económicos y políticos en la vida cultural y biológica de los individuos es cada vez mayor, requiriendo la adaptación de ciertas capacidades y resistencias a las formas singulares de la movilización global de esos flujos en la situación específica. En tanto el gobierno supone un nuevo orden de singularidad signado por los agenciamientos globales, el gobernarse a sí mismo se redimensiona, cambia su relación con respecto a los viejos dispositivos de gobierno, por ejemplo, en lugar de estar el sujeto conectado a la serie cuerpo-disciplina-institución, lo hará a otra serie marcada por otras lógicas.

A continuación, quiero proseguir con esta idea trabajando la noción de dispositivo de Michel Foucault. El sentido de este esfuerzo de conceptualizar la salud mental de múltiples maneras —o dicho de otra forma, la salud mental como un conjunto abierto, no definido de antemano, hecho de una multiplicidad de prácticas articuladas en diversas instituciones y situaciones—, es para dar cuenta de su singularidad considerando tanto su razón de ser como sus funcionalidades.

Salud Mental como Dispositivo

Esta primera definición de salud mental será clave para el resto de la tesis, ya que retoma lo trabajado hasta el momento, a la vez que genera elementos conceptuales de utilidad para lo que luego sigue, sobre todo en la cuarta parte. Que la salud mental sea un dispositivo introduce, inevitablemente, su compleja relación entre saber-poder así como pone en suspenso cualquier pretensión esencialista pero también sustancialista, introduciendo la idea de composición (Deleuze, 2007) y la idea de multiplicidad que resitúa el problema de la heterogeneidad y sus relaciones. Por tal motivo, me permitiré ser más extensa que en las otras definiciones que ofreceré considerando que una buena explicación de este <<atributo>> o *forma de hacer* de la salud mental permitirá un mejor entendimiento para el resto.

¿Cómo es un dispositivo?

En la obra de Foucault encontramos dos ejemplos por excelencia que definen la noción de dispositivo: el dispositivo disciplinario y el dispositivo sexualidad. Esta noción aparece en su obra *Vigilar y Castigar. El nacimiento de las prisiones* (1975) y luego un año más tarde en *La voluntad de saber* (1976), donde se abordarán, respectivamente, los dispositivos que he mencionado. Este concepto viene a reformular la noción de *épistémè* desarrollada 10 años antes, la cual había tenido una utilidad clave para explicar las relaciones de saber en *Las palabras y las cosas* (1966), tal es así que la propia *épistémè* será considerada luego el único dispositivo compuesto sólo de lo dicho, prescindiendo de lo no dicho (Deleuze, 2013). Este concepto que al principio tenía aires de familia con el estructuralismo francés, poco a poco irá mutando, alejándose de la idea primogénita de aquel <<*pensamiento anterior al pensamiento*>>. Brevemente, sin querer ahondar en este aspecto, Foucault definía su arqueología de las ciencias humanas como la tarea de “poner al día este pensamiento anterior al pensamiento, ese sistema anterior a todo sistema... Él es el fondo sobre el cual nuestro pensamiento libre emerge y centellea durante un instante” (Foucault, 1966: 543). Dicho en otras palabras, Foucault asume la *épistémè* como la condición de posibilidad del pensamiento. Al respecto dice: “En una cultura y en un momento dado, siempre existe sólo una *épistémè* que define las condiciones de posibilidad de todo saber” (Foucault, 1967: 179). De esta manera el pensar aparece como algo a posteriori posibilitado por una serie de condiciones del pensamiento. En *Las palabras y las cosas* nos habla de tres epistemes sucedidas a partir del Siglo XV: el Renacimiento al cual atribuye a la semejanza el papel de ordenar y regular todo conocimiento posible; la Edad Clásica donde emergen la representación y la ciencia de la medida como sus ordenadores; y, finalmente, la Modernidad donde emerge la figura hombre como sujeto a la vez que objeto del Saber (de ahí su famosa frase con la que culmina su libro: *el hombre es un desgarrón de la historia*).

Más arriba comenté el alejamiento de esta definición de toda intención estructuralista, es decir de la consideración de una estructura o sistema previo que determina la acción

y la voluntad del sujeto. Este cambio o matiz puede apreciarse en su obra *La arqueología del saber* (1969). Allí define la *épistémè* como “el conjunto de relaciones que se pueden descubrir, para una época dada, entre las ciencias cuando se las analiza al nivel de sus regularidades discursivas” (Foucault, 1969: 250). ¿Qué diferencia a esta definición de la otra? En primer lugar, ya no son condiciones sino un conjunto de relaciones que requieren de un esfuerzo activo para su descubrimiento. En segundo lugar la aparición explícita de la historia -no es que no haya sido considerada anteriormente por Foucault, pero ésta no había sido lo suficientemente explicitada-, esto supone introducir al interior de esas relaciones el cambio permanente, es decir la historia como fundamento ontológico de cuanto es. En tercer lugar, un método, el estudio de las regularidades, lo que supone inevitablemente la presencia de irregularidades, que se dan entre distintas formas de conocimiento. Como afirma Oscar Moro Abadía (2003), como el propio Foucault se encargó de aclarar, cuando habla de *épistémè* no se refiere ni a una mentalidad de la época, ni a un estilo general de investigación en un período concreto, tampoco a una visión determinada del mundo; se trata por el contrario de un conjunto de relaciones, es decir de una dispersión. Y por tratarse de una dispersión, precisamente, tendrá que ver con una diversidad de elementos, distancias y relaciones incapaces de producir un conjunto unitario. Es de esta manera que la noción de *épistémè* comienza a aproximarse a la, por aquel entonces futura, noción de dispositivo sobre todo en dos cuestiones, ambas remiten a un espacio topológico, espacio que es definido por la posición y la función que ocupan los componentes en él distribuidos, y ambas son compuestas por una multiplicidad de elementos.

Como mencioné más arriba, la propia *épistémè* quedará subsumida en la noción de dispositivo definiéndose como uno compuesto solamente de lo dicho, cuando por lo general los dispositivos se componen tanto de lo dicho, las enunciaciones, como de lo no dicho, las visibilidades (Foucault, dicho y escritos), lo que equivale a decir de relaciones de formas y relaciones de fuerza (Deleuze, 2013). Esta transición que coloca a la *épistémè* como un dispositivo, corresponderá al cambio de método de la obra de Foucault de la arqueología a la genealogía. Al respecto de esta última profundicé su desarrollo en los primeros capítulos. Esta subsunción plantea un elemento clave para entender la noción de dispositivo: las relaciones de saber quedarán integradas y serán

posibles al interior de los dispositivos de poder. Antes de dar una definición operativa de este concepto para poder vincularlo directamente con el de salud mental, me gustaría dar brevemente una definición de la noción de saber en Foucault.

Es en *La arqueología del Saber* (1969) donde Michel Foucault precisa con más exactitud qué entiende por Saber. Para ello, y como preámbulo de la noción de *épistémè*, introducirá las nociones de lo previo (*le préalable*) y de región intermedia (*région intermédiaire*) (Moro Abadía, 2003). Lo previo es definido en los siguientes términos:

"Se trata de los elementos que deben de haber sido formados por una práctica discursiva para que eventualmente un discurso científico se constituya, especificado no solamente por su forma y por su rigor, sino también por los objetos con los cuales tiene relación, los tipos de enunciación que pone en juego, los conceptos que manipula y las estrategias que utiliza" (Foucault, 1969: 237)

Por su parte, la región intermedia, que se deduce de *Las palabras y las cosas*, hace referencia directa a los límites del pensamiento: qué es posible o imposible de pensar. Como afirma Moro Abadía (2003: 34) se trata de un espacio compuesto de dos extremos, por un lado, los códigos fundamentales de una cultura, entre ellos, el lenguaje y los esquemas perceptivos, y por otro, el aparato reflexivo que explica la existencia de un orden, es decir las ciencias y la filosofía. Estos dos extremos marcarán esa zona donde el pensamiento es posible dado que esa zona es el propio saber. El saber no es una sustancia, no es una esencia, no es una capacidad, es un espacio pero uno hecho de códigos, de lenguaje pero también de artefactos que justifican y legitiman ese orden. Como vimos, lo previo tiene que ver con formas, es decir con prácticas discursivas que formalizan ciertos objetos, pero también guarda relación con esos objetos y con ciertas relaciones estratégicas, prácticas de uso y de manipulación. Así Foucault nos muestra la estrecha relación entre las formas del saber y las fuerzas del poder, dominios irreductibles entre sí, pero que aún así logran relacionarse por medio de una no-relación (Deleuze, Foucault Poder). De esta manera, una vez que la *épistémè* deviene dispositivo (uno muy particular), las relaciones de saber quedan estrechamente ligadas a las relaciones de fuerza. Será precisamente esta relación entre saber y poder y los sujetos y objetos que producen lo que definirá un dispositivo.

Ahora bien, atendiendo a que la noción de dispositivo es de uso corriente en las ciencias sociales, la complejidad de su conceptualización sin embargo, ha permitido también un uso laxo y muchas veces, con escasa precisión teórica (Moro, 2003). Por esto, mi intención es esclarecer ciertas coordenadas conceptuales que permitan problematizar nuestro objeto de trabajo, la salud mental, más que establecer una definición normativa. Para ello apelaré a la clásica definición que aparece en *Dits et écrits*. Dice Foucault:

"Lo que trato de situar bajo ese nombre es, en primer lugar, un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen, los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos"

Y más adelante agrega:

"En segundo lugar, lo que querría situar en el dispositivo es precisamente la naturaleza del vínculo que puede existir entre esos elementos heterogéneos. Así pues ese discurso puede aparecer bien como programa de una institución, bien por el contrario como un elemento que permite justificar y ocultar una práctica, darle acceso a un campo nuevo de racionalidad. Resumiendo, entre esos elementos, discursivos o no, existe como un juego, de los cambios de posición, de las modificaciones de funciones que pueden, éstas también, ser muy diferentes".

Para acabar diciendo:

"En tercer lugar, por dispositivo entiendo una especie —digamos— de formación que, en un momento histórico dado, tuvo como función mayor la de responder ante una urgencia. El dispositivo tiene pues una posición estratégica dominante. Esta pudo ser, por ejemplo, la reabsorción de una masa de población flotante que a una sociedad con una economía de tipo esencialmente mercantilista le resultaba embarazosa: hubo ahí un imperativo estratégico, jugando como matriz de un

dispositivo, que se fue convirtiendo poco a poco en el mecanismo de control-sujeción de la locura, de la enfermedad mental, de la neurosis" (Foucault, 2002)

Tomando en cuenta esta definición, quiero subrayar tres rasgos que sirvan como coordenadas para pensar la salud mental como dispositivo, a saber:

- 1) la primera, tiene relación con la red que se establece entre una heterogeneidad de elementos que constituyen al dispositivo. Si nos abstenemos a la primera parte de la definición, el dispositivo es el resultado de un conjunto heterogéneo de elementos discursivos y no discursivos, de enunciaciones y visibilidades. Así, para que éste opere, *"discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas (...), lo dicho como (...) lo no dicho"* tienen que articularse de manera de constituir esa red que funda un cierto tipo de relación, y es desde este punto que se desprende una segunda idea;
- 2) importa aquí la naturaleza del vínculo que emerge de la red, no se trata sólo del acoplamiento de elementos, sino que principalmente de una relación que pueda establecerse entre sus componentes heterogeneos, relación que no es fija, su cualidad puede variar. De esta manera, esos elementos se relacionan de formas particulares, por ejemplo los discursos o bien pueden definir y ordenar la acción dentro de una institución (prácticas de poder) o bien pueden dar legitimidad y visibilidad a una nueva racionalidad (prácticas de saber). Pero estas relaciones se dan siempre en un juego, una acción reglada, acordada, que permiten y posibilitan ciertas posiciones y desplazamientos así como la aparición de ciertas funciones (esto se relaciona directamente con la dimensión topológica que mencioné más arriba);
- 3) por último, esta formación corresponde a un momento histórico determinado, teniendo una posición estratégica dominante. Si prestamos atención a la tercera parte, el dispositivo es una formación histórica cuyo principal atención era atender una urgencia (o emergencia, en un sentido nietzscheano). Así, todo dispositivo tiene una razón de ser dominante, una posición estratégica

dominante que será la que guiará al conjunto y dispondrá sus posiciones. El ejemplo de urgencia habla por sí solo. Será esta relación estratégica dominante lo que se constituirá en el diagrama del dispositivo, es decir, aquella fuerza abstracta que posibilita dar forma a las relaciones que acontecen (Foucault XXX, Deleuze).

Continuando esta construcción de coordenadas, de manera complementaria a esta definición, me interesa presentar el modo en que lo trabaja Deleuze, relacionando los dominios del saber, el poder y la subjetividad. En esta dirección, el autor de *Lógica del Sentido*, retoma un aspecto central en la definición de dispositivo de Foucault, la producción de sujetos particulares como el loco, el delincuente, el niño. Esto lo hace señalando que los tres dominios, *"no poseen en modo alguno contornos definidos"* (Deleuze, 1989: 155). A partir del concepto foucaultiano de dispositivo, formula una lectura que resulta bastante ilustrativa y reordena la "composición" de este tal y como hemos revisado, proponiendo para pensarlo, la imagen de múltiples líneas que formarían parte de una especie de ovillo, siguiendo direcciones diferentes, formando procesos siempre en desequilibrio, y quebrándose y variando de dirección. El trabajo entonces respecto de un dispositivo, consistiría en distinguir estos trazos, "desenmarañarlos" para cartografiar su actualidad.

Deleuze distingue cuatro líneas principales, de visibilidad, enunciación, fuerza y subjetivación, cada una de las cuales no presentan ni siquiera coordenadas constantes. Vamos ahora a desplegarlas brevemente:

- i) *Líneas de visibilidad*: Forman figuras del dispositivo, y su función es hacer ver estas figuras. *"Cada dispositivo tiene su régimen de luz (...) al distribuir lo visible y lo invisible, al hacer nacer o desaparecer el objeto que no existe sin ella"* (Deleuze, 1989: 155). Se trata acá de la arquitectura, es decir el trabajo de proyección de un espacio que se dispone a la vez que se hace mediante un juego de luces y sombras.
- ii) *Líneas de enunciación*: Determinan el espacio de lo enunciable, de lo que puede o no, ser dicho en un dispositivo determinado. Su función es hacer

hablar a un régimen de enunciación establecido y concreto. Es lo que se dice, independientemente del sujeto de la enunciación.

- iii) *Líneas de fuerza*: A diferencia de las anteriores, son invisibles e indecibles, sin embargo actúan de manera mezclada con ellas. "*Esta dimensión se compone, como el poder, con el saber*" (Deleuze, 1989: 156), regula el tipo de relaciones que se puede producir, trazando tangentes y trayectos.
- iv) *Líneas de subjetivación*: Refieren a la producción de subjetividad en un dispositivo, producción que es ante todo, un proceso. "*Cuando la fuerza, en lugar de entrar en relación lineal con otra fuerza, se vuelve sobre sí misma, se ejerce sobre sí misma o se afecta ella misma*" (Deleuze, 1989: 156), entendiendo que este sí mismo no es preexistente, así como tampoco un saber o un poder, sino que "*un proceso de individuación que tiene que ver con grupos o personas y que se sustrae a las relaciones de fuerza establecidas como saberes constituidos: es una especie de plusvalía*" (Deleuze, 1989: 157)

Lo que me interesa de esta formulación, es ver cómo se insinúa un modo diferente de pensar el dispositivo en relación a eso que produce, que hace aparecer. En Foucault, el acento está puesto en otra dirección (al menos en gran parte de su obra). A partir del papel de la norma en el funcionamiento de los dispositivos, éstos tienen como efecto construir cuerpos normalizados en instituciones muy específicas como la fábrica o la escuela, pero a la par que se produce esos cuerpos dóciles, la disciplina hace emerger una serie de individualidades abyectas que quedan fuera de la medida de la norma, los anormales; pero Deleuze pone el acento en otro sitio, desde esta propuesta no sólo esclarecer algunos puntos de la teoría en Foucault sino reubicar el problema en otro sitio, resaltando el carácter transformador de las tecnologías de subjetivación. En relación con lo anterior, un dispositivo se define para Deleuze:

"(...) por su tenor de novedad y creatividad, el cual marca al mismo tiempo su capacidad de transformarse o de figurarse y en provecho de un dispositivo futuro. En la medida en que se escapan de las dimensiones de saber y de poder, las líneas de subjetivación, parecen especialmente capaces de trazar caminos de creación

que no cesan de abortar, pero tampoco de ser reanudados, modificados, hasta llegar a la ruptura del antiguo dispositivo" (Deleuze, 1989: 159)

Nos encontramos de esta manera, con una formulación novedosa y sugerente respecto de la subjetividad, y que toma distancia de Foucault, en la medida que para él ésta siempre está tomada, capturada, y donde lo que se busca es pensar experiencias de desubjetivación (si bien al final de su obra sus esfuerzos iban en esa dirección de escapar de la sobredeterminación del poder en la conformación de los sujetos). Deleuze nos propone pensar este problema ya no sólo en relación a esa "captura", sino que por el contrario, como un proceso de creación, atendiendo a las posibilidades de esta cualidad.

Disciplina y sexualidad: apuntes para pensar la Salud Mental como Dispositivo

Si este preámbulo tiene sentido, es para poder explicar la salud mental como un dispositivo relevante en la contemporaneidad. Para mostrar esto, me gustaría detenerme en algunos dispositivos mencionados previamente que pueden dar pistas para pensar la singularidad del caso.

A continuación, quiero prestar atención a los dos dispositivos por excelencia presentes en la obra de Michel Foucault, el dispositivo disciplinario y el dispositivo de sexualidad. El primero de ellos es importante no sólo porque inaugura la utilización del concepto sino además por cómo describe el trabajo directo del poder sobre el cuerpo siendo su objetivo principal producir un alma. Traerlo a colación me permitirá ampliar las coordenadas para pensar y fundamentar la salud mental como dispositivo y dilucidar las mutaciones de sus propios objetos. Por su parte, el dispositivo de sexualidad es definido como un dispositivo particular que se ubica entre las tecnologías biopolíticas y las anatomopolíticas, a su vez entre las tecnologías de gobierno y las de subjetivación, cumpliendo un papel clave en la producción del sujeto. Mi intención no es profundizar en los límites y alcances de ambos, sino poder esbozar sus principales características para situar a la salud mental como dispositivo atendiendo su urgencia y su función.

En *Vigilar y Castigar*, Foucault dice que “*el poder disciplinario se convierte en un <<sistema integrado>>, ligado desde el interior a la economía y a los fines del dispositivo donde se ejerce*” (Foucault, 1975: 179). De esta medida, la anatomopolítica, tecnología del biopoder sobre el cuerpo-individuo, requiere de un dispositivo que conecte el sentido estratégico de la economía, lograr *la reabsorción de una masa de población flotante* que le resulta molesta, con los objetivos y fines del propio dispositivo, por ejemplo, reeducar a los criminales, educar a los niños, organizar el trabajo, etc. Este <<sistema integrado>> hace que este tipo de poder, a través de sus dispositivos, se ejerza de cierta manera similar (he ahí su funcionamiento y metas) en diversas instituciones, a través del empleo de distintas técnicas y estrategias extendiéndose en toda la sociedad. Este dispositivo, nacido en torno al Siglo XIX, y que estará presente en las escuelas, las cárceles, las fábricas, los cuarteles, tendrá como cometido principal hacer cuerpos dóciles, cuerpos de individuos capaces de obedecer y funcionar como uno. Pero para que este dispositivo funcione se requieren de ciertas técnicas específicas que hacen a su singularidad. Estas son la vigilancia, el castigo y el examen. Lo curioso, es que si bien, éstas conforman tres técnicas del dispositivo disciplinario, Foucault las llame dispositivos (1975: 187). O bien esto se trata de un descuido que no creo, o bien cualquier dispositivo es una multiplicidad de ahí que tengamos que hablar de dispositivos disciplinarios. El argumento del propio Foucault decantará hacia esta última opción.

Para ejemplificar este punto, me detendré en el análisis que hace de uno de estos dispositivos Óscar Moro Abadía. Se trata de uno muy particular ya que logra integrar en sí a otros dos, me refiero al examen, el cual articula y une la vigilancia y la disciplina. Al respecto Moro Abadía (2003: 36-37) sostiene que al integrarles, este dispositivo logra regular en su interior un tipo particular de relación entre saber y poder. Así, esta forma de saber-poder dará lugar a la formación de ciertas ciencias humanas tales como la psicología, la psiquiatría y la sociología las cuales nacen desde el interior del dispositivo examen. De esta forma, el dispositivo aparece como algo más grande y abarcativo que cualquier práctica, apareciendo como una forma que gestiona y produce determinadas prácticas, en este caso, prácticas científicas nacidas para vigilar, para clasificar y determinar la posición exacta de un individuo en la sociedad (por ejemplo, si cierto sujeto es peligroso o no lo es). Esta ligazón entre saber y poder definida por el examen,

en tanto dispositivo, supone tres rasgos principales los cuales mencionaré dado que hablan de la singularidad de los dispositivos de disciplina:

- 1) *Inversión de la economía de visibilidad en el ejercicio del poder*: El primero de ellos, está presente a lo largo de *Vigilar y castigar*, consiste en invertir el papel de la mirada. La escena de la ejecución de Demien es un ejemplo de cómo el poder hasta el Siglo XVIII posee un rasgo particularmente exhibicionista. El poder coloca las miradas sobre la posición dominante, por ejemplo la figura del Rey, y deja a la mayoría conformando una masa de espectadores anónimos. En cambio, a partir del XIX, las formas del poder cambian al punto que se invierte la relación. El panóptico de Betham es el gran ejemplo que da Foucault. Nos dice Moro Abadía: "*Su mirada no será otra que el examen, entendido como el conjunto de técnicas encaminadas a objetivar al individuo definiéndolo a partir de una serie de parámetros. La disciplina ofrece su propia ceremonia, a través de la cual los sujetos son ofertados como objetos a la observación de un poder que no se manifiesta más que en su sola mirada*" (2003: 37).
- 2) *Ingreso del individuo a un campo documental*: el sujeto ingresa a un complejo sistema de documentos que hablan de sí, el examen habilita el despliegue de toda una serie documental que se manifiesta de múltiples formas desde las calificaciones académicas y las conductas en la escuela, pasando por los informes médicos en los hospitales hasta los informes de los superiores en el ejército. Mediante estas técnicas de documentación, el examen posibilita la constitución del individuo como objeto descriptible dentro de un campo de relaciones mucho más amplio.
- 3) *El caso concreto*: Así como el examen objetiva, singulariza, hace de cada individuo un caso concreto. No obstante esto no significa que busque subjetivarlo como agente de sus propias acciones, como dice Foucault, esta individualidad remite a tomar al individuo, describirle y compararle a otros, y es precisamente en esa comparación, en tanto que objeto que se compara, donde reside su individualidad (Foucault, 1975: 193). Nos dice Moro al respecto, con la disciplina, la biografía que antes era un objeto de privilegio, adquiere la forma de informe así la descripción de la individualidad deviene un mecanismo de control.

Este caso concreto, producto de la objetivación, produce una figura hasta entonces inexistente, el individuo. Dice Foucault:

"En un régimen disciplinario, la individualización en revancha es descendente: a medida que el poder deviene más anónimo y más funcional, aquellos sobre los que se ejerce tienden a ser más fuertemente individualizados; y por la vigilancia más que por las ceremonias, por las conmemoraciones más que por los relatos conmemorativos, por las medidas comparativas que tienen la <<norma>> por referencia" (Foucault, 1975: 195)

De lo anterior podemos tomar una serie de enseñanzas que complejizan aún más la definición de dispositivo. Como vimos anteriormente, en un dispositivo las relaciones de saber-poder se estrechan a tal punto de, por momentos, no diferenciarse. Tomando el ejemplo del examen, es éste a la vez una forma de saber y un ejercicio de poder. Pero también como intenté remarcar antes, más que hablar de un dispositivo de poder tenemos que referirnos a una diversidad de ellos, un dispositivo siempre opera en conjunción con otros dispositivos (en el caso del examen es clara la participación del castigo y la vigilancia). Pero hay otra cosa central, también mencionada al pasar más arriba cuando me referí al aporte de Deleuze, que es precisamente la preocupación que rodeó la última parte de la obra de Foucault por el carácter subjetivante de los dispositivos. Los dispositivos en su hacer producen sujetos. Precisamente esta última idea será central en su próximo libro, *La voluntad de saber*, cuando desarrolle el dispositivo de sexualidad. ¿Qué tiene en particular este dispositivo?

En el volumen I de *Historia de la sexualidad*, Foucault hace referencia a una serie de prácticas, instituciones, saberes que hicieron de la sexualidad un dominio coherente a la vez que una dimensión fundante y fundamental para la constitución de los individuos a partir del Siglo XVIII en la época victoriana. A ese conjunto de relaciones complejas lo concibió como un dispositivo, un dispositivo que produce un objeto particular: el sexo. Al respecto, me interesa traer este diálogo entre Michel Foucault, Alain Grosrichard, Gerard Miller y Jacques-Alain Miller:

"Alain Grosrichard: Lo que llamas "el sexo", ¿cómo lo defines en relación con ese dispositivo de sexualidad? ¿Es un objeto imaginario, un fenómeno, una ilusión?"

Michel Foucault: Bueno, voy a decirte cómo ocurrieron las cosas. Hubo varias redacciones sucesivas. Al principio, el sexo era un dato previo, y la sexualidad aparecía como una especie de formación a la vez discursiva e institucional, que llegaba a encaramarse sobre el sexo, a recubrirlo, y por último a ocultarlo. Ese era el primer hilo. Luego enseñé el manuscrito a algunas personas y me di cuenta de que aquello no era satisfactorio. Así que hice lo contrario. Era un juego, pues no estaba del todo seguro... Pero me decía: en el fondo del sexo que parece una instancia con sus propias leyes, sus limitaciones, a partir de las cuales se definen tanto el sexo masculino como el femenino, ¿no será por el contrario algo que habría sido producido por el dispositivo de sexualidad? A lo que en un principio se ha aplicado el discurso de sexualidad, no era el sexo, era el cuerpo, los órganos sexuales, los placeres, las relaciones de alianza, las relaciones individuales, etc...

Jacques-Alain Miller: Un conjunto heterogéneo...

Michel Foucault: Sí, un conjunto heterogéneo, que fue finalmente descubierto por el dispositivo de sexualidad, el cual produjo, en un momento dado, como clave de bóveda de su propio discurso y quizá de su propio funcionamiento la idea de sexo.

Gerard Miller: ¿Esta idea del sexo no es contemporánea a la aparición del dispositivo de sexualidad?"

Michel Foucault: ¡No, no! El sexo lo vemos aparecer, me parece, durante el Siglo XIX.

Gerard Miller: ¿Se tiene un sexo desde el Siglo XIX?"

Michel Foucault: Se tiene una sexualidad desde el Siglo XVIII, un sexo desde el Siglo XIX. Antes, sin duda se tenía una carne. Tertuliano es la persona fundamental."

El dispositivo es histórico y como tal produce sus propios objetos, sus propias sujetos y relaciones. El sexo es el ejemplo de cómo algo tan ligado, al cuerpo —en la cita queda claro lo que lo distingue de éste—, tan “natural” en cierto sentido, es un producto de las relaciones de saber-poder que se ponen en juego al interior de la sexualidad. Aspectos tan clave para la constitución de un individuo como el ser hombre o el ser mujer, por ejemplo, se juegan en las relaciones entre ese <<conjunto heterogéneo>> —como subraya Miller, quien hacía esfuerzos para entender la noción de dispositivo en el contexto de la conversación—. Existe otra cosa interesante a subrayar en el diálogo, para Foucault los dispositivos operan sobre el cuerpo, como él mismo dice, la sexualidad no operaba sobre el sexo, su objetivo “*era el cuerpo, los órganos sexuales, los placeres, las relaciones de alianza, las relaciones individuales, etc.*”. Al igual que en la disciplina, el cuerpo es el material en el que el poder se inscribe, sobre el que ejerce fuerzas, aquello que se moldea y se le da forma. Pero vale notar que no es un cuerpo anatómicamente constituido (eventualmente la anatomía será un discurso de saber sobre ese cuerpo), sino un cuerpo hecho de múltiples relaciones. Nuevamente, un conjunto heterogéneo.

La artificialidad del sexo y el lugar central que ocupa en la sexualidad en tanto dispositivo, lo podemos ver en la siguiente cita que ilustra con claridad el lugar que ocupa este dispositivo entre las tecnologías disciplinarias, o anatomopolíticas, y las tecnologías de regulación, o biopolíticas. Así en relación al sexo dice:

“Está en el cruce de dos ejes, a lo largo de los cuales se desarrolló toda la tecnología política de la vida. Por un lado, depende de las disciplinas del cuerpo: adiestramiento, intensificación y distribución de las fuerzas, ajuste y economía de las energías. Por el otro, participa de la regulación de las poblaciones, por todos los efectos globales que induce. Se inserta simultáneamente en ambos registros; da lugar a vigilancias infinitesimales, a controles de todos los instantes, a arreglos espaciales de una meticulosidad extrema, a exámenes médicos o psicológicos indefinidos, a todo un micropoder sobre el cuerpo; pero también da lugar a medidas masivas, a estimaciones estadísticas, a intervenciones que apuntan al cuerpo social entero o a grupos tomados en conjunto. El sexo es, a un tiempo,

acceso a la vida del cuerpo y a la vida de la especie. Es usado como matriz de las disciplinas y principio de las regulaciones" (Foucault, 2000: 176).

Así lo que caracteriza a la sexualidad como dispositivo es la capacidad de producir un objeto que opera en el cruce entre las dos tecnologías del biopoder (Foucault, 1996: 203). Esto no quiere decir que estas tecnologías no hayan trabajado antes en conjunto. La disciplina de la fábrica guarda estrecha relación con la preocupación por la salud general de la población, ambas apuntan a generar un buen rendimiento económico y vital de la fuerza de trabajo. En las escuelas podemos ver campañas de salud o de buenos hábitos alimenticios, otro ejemplo donde en la práctica se entremezclan estas dos tecnologías. Pero lo que dice Foucault es en algún sentido más radical. El sexo es usado como matriz de las disciplinas y principio de las regulaciones, es decir, se trata de un dispositivo intenso e inmediato que opera permanentemente en la constitución del sujeto. Se trata de una tecnología de subjetivación fundante de la individuación moderna.

Pero los dispositivos no actúan solos, actúan acoplados sobre otros, cooperándose y disputándose dominios y estrategias, a veces sustituyéndose o contradiciéndose. En el caso del dispositivo de sexualidad, existe otro dispositivo que se entremezcla y se entrecruza en su disposición, el dispositivo de la alianza:

"El dispositivo de la alianza, con los mecanismos coercitivos que lo aseguran, con el saber que exige, a menudo complejo, perdió importancia a medida que los procesos económicos y las estructuras políticas dejaron de hallar en él un instrumento adecuado o un soporte suficiente. Las sociedades occidentales modernas inventaron y erigieron, sobre todo a partir del Siglo XVIII, un nuevo dispositivo que se le superpone y que se le atribuyó, aunque sin excluirlo, a reducir su importancia. Éste es el dispositivo de la sexualidad: como el de la alianza, está empalmado a los compañeros sexuales, pero de muy otra manera" (Foucault, 2000 :129).

Vale resaltar la relación de un dispositivo con los procesos económicos y las estructuras políticas; los dispositivos son estas instancias inmediatas donde estas dimensiones

globales se mezclan con las dimensiones locales de los cuerpos en un gran enredo práctico. De esta manera las relaciones globales y locales quedan reducidas a abstracciones de las redes de relaciones que se afectan en los dispositivos. Foucault advierte que la alianza en tanto tal, pierde fuerza y sentido en relación a los intereses económicos y políticos (con esto no hay que ver ningún tipo de maniqueísmo); ese cambio de correlaciones supone la emergencia de un nuevo tipo de relaciones de poder, por lo tanto de un nuevo conjunto de prácticas e interacciones. Para ejemplificar la especificidad de un dispositivo citaré nuevamente a Foucault quien muestra término a término la diferencia entre la alianza y la sexualidad. El contenido y la forma de expresión justifican el largo de la cita.

"El dispositivo de alianza se edifica en torno de un sistema de reglas que definen lo permitido y lo prohibido, lo prescrito y lo ilícito; el de sexualidad funciona según técnicas móviles, polimorfos y coyunturales de poder. El dispositivo de alianza tiene entre sus principales objetivos el de reproducir el juego de las relaciones y mantener la ley que las rige; el de sexualidad engendra en cambio una extensión permanente de los dominios y las formas de control. Para el primero, lo pertinente es el lazo entre dos personas de estatuto definido; para el segundo, lo pertinente son las sensaciones del cuerpo, la calidad de los placeres, la naturaleza de las impresiones, por tenues o imperceptibles que sean. Finalmente, si el dispositivo de alianza está fuertemente articulado con la economía a causa del papel que puede desempeñar en la transmisión o circulación de riquezas, el dispositivo de sexualidad está vinculado a la economía a través de mediaciones numerosas y sutiles, pero la principal es el cuerpo -cuerpo que produce y que consume. En una palabra, el dispositivo de alianza sin duda está orientado a una homeostasis del cuerpo social, que es su función mantener; de ahí su vínculo privilegiado con el derecho; de ahí también que para él, el tiempo fuerte sea el de la "reproducción". El dispositivo de sexualidad no tienen como razón de ser el hecho de reproducir, sino el de proliferar, innovar, anexar, inventar, penetrar los cuerpos de manera cada vez más detallada y controlar las poblaciones de manera cada vez más global" (Foucault, 2000: 129-130)

Como dice Foucault puede que un día el dispositivo de alianza sea sustituido por el dispositivo de sexualidad, pero no lo ha hecho. Por el contrario lo ha recubierto, no así eliminado. Fue a partir del primero que el segundo pudo emerger haciendo foco sobre una serie de prácticas como la penitencia, el examen de conciencia y la dirección espiritual (Foucault, 2000: 131). La discusión término a término de las diferencias entre uno u otro me permiten, mediante analogía, pensar las posibles relaciones entre salud mental y otros dispositivos, asumiendo que ésta efectivamente es un dispositivo. Pero primero, debo hacer el esfuerzo argumentativo de explicar por qué lo es y en qué medida; para ello me he propuesto, tomando elementos de lo antes mencionado, una serie de reglas de construcción de un dispositivo, la que erijo a modo de preguntas: ¿cuál es su urgencia que hace posible su aparición o su desgarramiento respecto de otros dispositivos?, ¿cuál es el conjunto heterogéneo que lo compone, de qué están hechos esos elementos y cómo se disponen sus relaciones? ¿cuáles son sus regularidades, es decir cuáles son aquellos enunciados y visibilidades que atraviesan sus relaciones de saber y poder y que dan cuenta de su forma de funcionar? ¿qué sujetos y objetos produce como efecto de su interjuego, sobre cuáles se apoya para poder disponer las relaciones de tal o cual manera? ¿cuáles son esas prácticas de saber-poder que lo hacen posible y lo diferencian de otros? ¿y cuáles son las estrategias que despliega considerando que un dispositivo no tiene una sola sino variadas de acuerdo a la singularidad ontológica de su objeto? Muchas de las respuestas a estas preguntas están contenidas en los capítulos anteriores. A continuación me detendré a precisar las características que hacen a la salud mental un dispositivo novedosa que forma parte de otros dispositivos de gobernabilidad global. Pero antes, no quería dejar pasar por alto un último comentario sobre la sexualidad. Dice Foucault:

“La extrema valorización médica de la sexualidad en el Siglo XIX, creo que tiene su principio en la posición privilegiada de ésta, que se encuentra entre organismo y población, entre cuerpo y fenómenos globales” (Foucault, 1996: 203)

¿Es esto algo propio de la sexualidad? ¿No es acaso la salud mental una forma novedosa de replantear los términos de aquella intersección? ¿Es posible colocar la

salud mental al mismo nivel donde Foucault coloca la sexualidad? ¿Es eso un exabrupto? Todo esto lo intentaré discutir y abordar a continuación.

El Dispositivo de Salud Mental y su articulación con otros dispositivos

La hipótesis o el punto de partida para mi indagación puede ser la siguiente: la salud mental en tanto dispositivo emerge en un momento donde se produce un cambio de las relaciones económicas, políticas y sociales a nivel mundial y con ello, un cambio en la gobernanza también mundial. Pero a su vez, significa una ruptura clara con un orden disciplinador, necesario para la formación precedente de capital, pero en crisis a partir de la reconfiguración de las instituciones post II Guerra Mundial. Esto no significa que las disciplinas hayan dejado de tener sentido o hayan desaparecido, pero sí que su crisis comienza a evidenciarse de diferentes maneras: crítica a la lógica manicomial, a través del auge y desarrollo del movimiento de la antipsiquiatría; crítica al encierro de la mujer en el hogar, expresado en el resurgir de mediados de los 70s del movimiento feminista; crítica a la segregación racial, como ruptura de una particular forma de disciplinamiento en la plantación colonial, crisis que se hace visible con el advenimiento de los movimientos por los derechos civiles; también podría mencionar el movimiento por los derechos gays que ponen en cuestión las formas disciplinarias asociadas al dispositivo sexualidad (movimiento que contribuye a separar aún más a éste de la alianza) o incluso el propio movimiento ecologista que cuestiona fuertemente a la fábrica, uno de los íconos institucionales del disciplinamiento. Todas estas luchas que Deleuze denomina como luchas cualitativas son ejemplos de un cambio de época que condice con los nuevos acontecimientos emergentes luego de la culminación de la Segunda Guerra Mundial. En este enredo, en este nuevo conjunto de relaciones siempre abiertas, que emerge la salud mental como dispositivo. ¿Cuál es su emergencia? Su emergencia tiene que ver con una nueva forma de entender la relación entre biología y derecho como vimos en los capítulos previos y con un cambio en la configuración de las

relaciones de gobierno que tendrá como forma de expresión máxima la denominada Guerra Fría.

En los primeros capítulos hice hincapié en que la Salud Mental se instaure en tanto que su emergencia significa una ruptura con respecto al poder psiquiátrico. Esto quiere decir que el nacimiento de este dispositivo sucede como una forma rupturista de la lógica de encierro y exclusión del tratamiento de la enfermedad psiquiátrica. Pero al igual que el dispositivo de sexualidad respecto al de la alianza, la salud mental no viene a sustituir a aquel de la psiquiatrización sino que viene a formar sobre éste (de ahí que la participación de psiquiatras en la conceptualización de la salud mental haya estado presente desde un comienzo) su campo de dominio. No es una continuidad sino una discontinuidad, y es en esta bifurcación donde logra su especificidad y su condición de ser. La psiquiatrización es un dispositivo que se apoyaba fuertemente en tecnologías y estrategias propias del poder disciplinario, basta para esto tener presente el tipo de institución donde se llevaban a cabo sus prácticas o el tiempo de técnicas y tecnologías empleadas. El examen, el castigo y la vigilancia formaban parte de su quehacer cotidiano. Sin entrar de lleno a esta cuestión, será la introducción del psicofármaco lo que le permitirá a la psiquiatrización ingresar a un nuevo campo de dominio y será lo que le permitirá dialogar con nuevos actores emergentes del cambio de las condiciones generales de ejercicio del poder. La pastilla traduce la práctica de sujetamiento, el chaleco pasa a ser un chaleco químico, pero también traduce la práctica de encierro, con la pastilla el paciente puede permanecer en su hogar. El psicofármaco será una de estas tecnologías que introducirán cambios en las formas del poder psiquiátrico. La enfermedad mental ya no será algo a ser curado sino a ser controlado. A esto podemos sumarle todo un conjunto de nuevas taxomizaciones que ya no verán los fenómenos psiquiátricos como enfermedades sino como trastornos, lo que supone estados fluctuantes de variaciones sobre las que se puede intervenir.

Pero más allá del cambio lento y paulatino de la psiquiatrización, que se da a lo largo de la segunda mitad del Siglo XX, la salud mental aparece como un dominio que rompe con la idea de la enfermedad mental. Un conjunto de manifestaciones como la manía, la histeria, entre otras, comienzan a ser catalogadas en la segunda mitad del Siglo XIX y

comienzan a convertir la locura en objeto de la experimentación científica. El acontecimiento que reúne esto es la liberación de las cadenas del loco por parte de Pinel (hoy día, frente a la puerta principal de la Salpêtrière, se puede ver una estatua que representa, no sin cierto aire de heroicismo, el momento en que el afamado médico libera a una de sus histéricas). Pero la salud mental deja a un lado la enfermedad como lo central, nace con la preocupación en torno a las condiciones en que se desarrolla esa enfermedad mental en los hospicios o manicomios. La higiene mental nace con la idea de que las enfermedades mentales tienen entre sus causas, las formas en que aquellas pacientes diagnosticados y encerrados son tratados, causas asociadas a los efectos iatrogénicos. La idea de enfermedad mental traerá a escena una definición negativa de mente, una mente disfuncional que hay que separar, atender e investigar. En cambio el higienismo ampliará su significado mostrando el conjunto de interacciones ambientales requeridas para que una mente funcione en un sentido positivo. La salud mental será el resultado del choque de estas dos formas de entender el problema de lo mental lo cual resurgirá como la nueva manera de entender el significado de humano así como una explicación superadora a la distinción entre cuerpo y alma.

¿Por qué se habla de salud mental y no de salud psiquiátrica o de salud psicológica? Quizá la respuesta se encuentra en la característica instrumental que adquiere el concepto mente a finales del Siglo XIX y principios del XX en tanto que mediador entre el cuerpo de la medicina (soma) y el alma de la psicología y la psiquiatría (psique). Lo mental se presenta como un concepto epocal; si bien no es ajeno a siglos anteriores, el uso dado en el Siglo XX es presentado como una alternativa a la disociación moderna, una suerte de nuevo paralelismo que intenta superar la distinción entre cuerpo y espíritu, entre lo material y lo ideal.

Como mencionamos, la presencia de la mente como una entidad claramente definible no es nueva. Podemos encontrar una sólida discusión en torno a ella ya en tiempos de Descartes; es en ese entonces que la mente aparece como una serie o conjunto de acciones no mecánicas de orden superior que se diferencian radicalmente de los cuerpos (Meditaciones Metafísicas). La mente reaparece como problema en el pensamiento y en el discurso intelectual de mediados del Siglo XIX, en parte como crisis de la dicotomía

razón-sin razón. Paradójicamente, el momento de la separación de los locos de la sociedad por razones de cordura, caracterizando a estos seres como representantes del territorio de la no razón, inaugura la ruptura de esta distinción y su dilución en el conjunto de la sociedad. La liberación de los locos por parte de Pinel es el puntapié inicial para la objetivación, a través de métodos científicos, del desvío de algunos como parte del potencial desvío de todos. De esta forma, la sanitarización de la experiencia loca convierte a los manicomios en un gran laboratorio para el entendimiento y la producción de la naturaleza humana (Foucault, 1967). El Siglo XIX es el siglo del romanticismo, caracterizado por una exaltación de los atributos de la naturaleza y un intento de restitución de ésta en la humanidad. El impulso, los instintos y otras clases de fuerzas aparecen como entidades y efectos reconocibles que, de alguna manera, disputan el primado de la razón. No es casual entonces que sea en esa época, donde emerge la noción de inconsciente presente en la obra de autores como Schelling, Schopenhauer y Nietzsche. Más adelante, Freud retomará este concepto y lo redimensionará del modo en que es conocido en la actualidad.

En 1949 aparecerá una obra fundamental en la filosofía del Siglo XX que da cuenta de la importancia creciente del problema de lo mental. Nos referimos específicamente a 'The concept of Mind' de Gilbert Ryle (2009 [1949]). Esta obra parte abordando lo que el autor denomina el mito de Descartes para proponer una concepción de mente integrada al organismo (esto sumado a la definición dada un año antes por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre SM, refuerza la revitalización epocal de este concepto). Este movimiento que instaura un nuevo paralelismo ya se podía ver con anterioridad en la década del 30 en el clásico libro de George H. Mead (1934) 'Mind, selves and society'. Dice Mead:

"What I have referred to in the matter of the emotions seemed to present a physiological counterpart for what takes place in consciousness, a field that seemed to belong peculiarly to the mental side of life. Hate, love, anger-these are seemingly states of mind. How could they be stated in physiological terms? The study of the acts themselves from an evolutionary standpoint, and also the study of the changes that take place in the organism itself when it is under the

influence of what we call an emotion, present analogues to these emotional states. One could find something there that definitely answered to the emotions” (Mead, 1934:19).

Alma, espíritu, psiquis, son conceptos que se relacionan; no queremos hacer acá una definición o delimitación conceptual, pero sí intentar vislumbrar qué es lo que se juega en su aparición, popularización y uso. En la obra de Mead aparece una clara distinción entre la mente (mind) y el sí mismo (self). Esta diferencia no es arbitraria, lo mental viene a resituar el problema del alma en un plano materialista donde la articulación con el organismo es indisociable. Así, el sí mismo emerge como el efecto de la interacción que se produce en ese nuevo paralelismo, una mediación entre la mente y el cuerpo. Recordemos, que en tiempos de Descartes correspondía a la mente la actividad inteligente mientras que al cuerpo la sensible: ahora las emociones emergen como aquello facilitado y traducido por los procesos mentales, siendo el sí mismo el gobierno de estos afectos y la mente aquello que facilita su inteligibilidad. Por eso no es casual que más adelante en este mismo libro, Mead dedique unas cuantas páginas a la meditación acerca de la relación entre el sí mismo (o la persona, como la traducción más habitual lo sugiere) y la democracia (ver página 130 en adelante).

Por si quedan dudas, la presencia de la mente que nos ocupa no se reduce a una cuestión de orden filosófico sino que hace hincapié en su orden funcional y relacional ¿Cuál es el papel que históricamente ha jugado este concepto? ¿A qué usos se le ha reservado? Estas podrían ser algunas preguntas adecuadas para esbozar una historia de la mente pero mi objetivo aquí es más humilde y de menor alcance. Mi interés radica en mostrar cómo lo mental aparece a finales del Siglo XIX y principios del XX como un instrumento que permite desplazar el eje de subjetivación del cuerpo como ideal biológico a la salud como sustancia ética para pensar nuestras identidades y nuestras conductas. Es en esta dirección que creo oportuno subrayar la importancia creciente de este concepto para la constitución de un nuevo paralelismo tendiente a la integración. A diferencia de la época anterior, basada en el eje inclusión-exclusión propio del disciplinamiento, el cambio de época ubica su producción en el de la integración-desintegración, siendo necesario para ello poner en el mismo plano, y en un correlato de

funcionalidad conjunta y directa, al cuerpo y al alma mediante la relevancia de la mente.

Muchos posfoucaultianos advierten que las tecnologías biosociales se han convertido en una suerte de guía para comprender la vida en general debido a su resonancia con ciertas racionalidades políticas y mercantiles que condicen con nuevos regímenes de salud y de vitalidad (Rabinow y Rose, 2006; Gibbon y Novas, 2007). Estas tecnologías aportan un aspecto no menor para el devenir de la mente como integrador del cuerpo y el alma. Tomaré aquí un planteo de Katz (2012) como propio para hacer visible esta nueva relación. El autor sostiene que las tecnologías de escaneo y de imagen vienen jugando un papel relevante en la exposición del cerebro a la experimentación biosocial y a la atención pública. Mientras que en el Siglo XIX los científicos basaban sus modelos de localización cerebral en lesiones estáticas y patologías del cerebro, las tecnologías de escaneo en el XX y el XXI lo hacen posible iluminando la actividad del cerebro, demostrando así el funcionamiento neuronal de la mente humana en tiempo real. En otras palabras, la tecnología de escaneo cerebral hace visible la mente y la conciencia como funciones cerebrales, haciéndolas aparecer como si los cerebros normales representaran personalidades normales (Dumit, 2004). Ante esta situación, Katz sostiene que la tecnología no explica necesariamente la mente y la conciencia, sino que las correlaciona, y al hacerlo, fusiona varios campos científicos, incluyendo la psicología, la psiquiatría y la farmacología, en una especie de neuro "metaciencia". En su hacer las tecnologías enactan, en términos de Annemarie Mol (2002), esta nueva entidad que emerge casi como un nuevo contrato socio-natural entre el cuerpo y el alma reconfigurando la identidad de estos términos. La mente es algo visible que guarda un correlato con la personalidad, he ahí la nueva verdad.

Una suerte de neo o post mecanicismo aparece cuando la mente deja ser algo diferente al cuerpo y pasa a ser la constatación del funcionamiento del cerebro. Como afirma Nikolas Rose (2007: 198) 'cuando la mente parece visible dentro del cerebro, el espacio entre la persona y el órgano se aplanan —la mente es lo que el cerebro hace' (traducción propia). Esto implica un cambio radical, la mente en tanto efecto de un cerebro que funciona, realiza una doble mediación entre la experiencia y la naturaleza, por un lado, y

la persona y el cuerpo, por otra. Bien podría sugerir, sin forzar demasiado las cosas, que este corrimiento de eje de la mente y su nuevo rol en el Siglo XX se inscribe dentro de lo que Paul Rabinow define como biosocialidad. En palabras del autor ésta consiste en un proyecto que hará que la naturaleza sea 'rehecha a través de la técnica y finalmente se torne artificial, de la misma manera que la cultura se vuelve natural' (Rabinow, 1996: 99, traducción propia). Como vimos previamente cuando se apela a la noción de humanidad por parte del Congreso de Salud Mental, el cuerpo deviene una materia maleable, tan maleable como la personalidad. Parafraseando a Rothman y Rothman (2003:3), la biología ya no tendrá fronteras fijas sino oportunidades que —agrego— hay que conocer para gestionar.

En definitiva, la mente aparece como el funcionamiento y la adaptación del cerebro al mundo, siendo el reflejo del buen funcionamiento del sí mismo. Así la actividad cerebral logra un correlato con la actividad personal, ambas expresadas a partir de su buena adaptación al mundo. Qué es estar bien adaptado, o qué define qué es bien en esa adaptación, será el componente político de la instalación de la SM como dispositivo. Como vimos, el concepto de mente implica una superación no sólo conceptual sino epocal que inaugura una nueva forma de comprender el sí mismo y, por ende, el cuerpo. La mente descentra el saber de las disciplinas psi y lo resitúa en un entramado transdisciplinar, marcando un punto de quiebre respecto a la disciplinarización previa que intentaba situar los problemas del alma en el cuerpo.

Como dispositivo, la salud mental emerge en una nueva configuración de poder, un salto o quiebre respecto al poder disciplinario, no obstante se inscribe sobre éste para funcionar. En ese aparecer produce un objeto particular tomando elementos previos y lo presenta como una respuesta a un problema político y de poder: cómo resarcir la relación biológica, los problemas del cuerpo y sus avatares, de la política luego del macabro desenlace del régimen nazi. Se trata de un objeto que no es disciplinar sino que es transdisciplinar inaugurando con ello un nuevo régimen de saber. Lo mental no es propiedad ni de la psicología, ni de la psiquiatría, quizá por eso no se hable de salud psicológica, psiquiátrica o psíquica y sí se apele a lo mental. No obstante, será este objeto y todas las relaciones que significa, lo que posibilitará la consolidación de las

ciencias psicológicas y la renovación de la práctica psiquiátrica sobre todo a partir de la segunda mitad del Siglo XX.

Como dispositivo, la salud mental se coloca en el medio entre el cuerpo y el gobierno de sus funciones, a la vez que entre las tecnologías disciplinarias del cuerpo y la regulación biopolítica de las conductas. De manera similar al dispositivo sexualidad, ocupa una posición estratégica clave. El dispositivo funciona articulando el gobierno de la multiplicidad de almas que componen la humanidad y las singularidades de individuos que conforman el conjunto de la población. Esto es lo que posibilita que pueda ser definida como la conciencia de un estado de bienestar, donde el ser consciente es clave delegando responsabilidades en el sujeto para su propio cuidado: cuidándose a sí mismo cuidará al conjunto. Y la conciencia es sobre un conjunto de capacidades que atienden las tensiones de la vida cotidiana (una vida industrializada donde el trabajo adquiere cada vez más centralidad), una dedicación particular al ser productivo (donde el sujeto asume la productividad como un sentido vital) y una atención permanente por el bien común que supone no excederse de los intereses individuales, casi un principio de medida opuesto a la transgresión. Esta conciencia que opera al interior del sujeto, funciona de manera inmanente a nivel de la escala global: un sujeto que se gobierne a sí mismo de este modo, participará del autogobierno de la muchedumbre. Al igual que la sexualidad, el dispositivo salud mental contará con *técnicas móviles, polimorfas y coyunturales de poder*. Al igual que ésta, será también clave para los procesos de subjetivación: la definición de uno mismo pasará por el modo en que estas capacidades son resueltas y reflexionadas en las experiencias vitales de los sujetos

Por todo lo anterior, resulta pertinente pensar la salud mental como un dispositivo, red que compone y articula una serie de elementos que van desde nociones de salud y enfermedad, que produce sus propios conceptos y jergas, que establece jerarquías entre saberes de diferentes esferas y disciplinas, que organiza y conecta instituciones propias y ajenas como hospitales, consultorios, empresas farmacéuticas, puestos de trabajo, pero también, las contingencias políticas y los proyectos ideológicos que sostienen, así como el uso de recursos publicitarios como campañas preventivas, entre otras acciones. Todo esto nos habla sobre la evidente existencia de relaciones de fuerza que inscriben y

reescriben un juego entre los saberes que circulan, se generan y resisten, con el poder que puede desprenderse de ellos, pero que al mismo tiempo, lo sostiene (Foucault, 1977). Esta investigación viene pensando la salud mental como un dispositivo que si bien se inscribe en el sistema sanitario, opera y existe más allá de él, en una red compuesta de diversos discursos -psiquiátrico, psicológico, neurológico, económico, político, de salud pública, farmacológico, epidemiológico, legal, educacional, entre otros-, donde las posiciones que produce no están fijas en las interconexiones alcanzadas, respondiendo a su vez, a ciertas contingencias históricas 'urgentes' (Foucault, 1985). De esta manera, la salud mental refiere no sólo al estado de los objetos que nombra (pacientes, profesionales, sanos, enfermos, síntomas, diagnósticos, trastornos, lo deseable, medicamentos, terapias, etc.), sino que estos asuntos existen en unos discursos, son implicados en determinadas prácticas, comprendiendo elementos heterogéneos discursivos y no discursivos que están siempre inscritos en juegos de poder y bordes del saber (Foucault, 1985). Y es mediante esta heterogeneidad, que la salud mental provee de modos para nombrar y configurar la experiencia -más allá de la enfermedad- (Deleuze, 1990; Foucault, 1985), donde la noción de salud se erige como una especie de meta-valor y poderosa herramienta retórica (Greco, 2004). Así, valorar si una relación es sana o no, evaluar situaciones laborales a través de conceptos como acoso laboral o enfoque de género, reconocer la publicidad que han alcanzado los saberes de la sexología en las maneras de vivir y pensar nuestra experiencia sexual, asumir la popularización del uso de 'estabilizadores de ánimo', antidepresivos, ansiolíticos o de terapias llamadas alternativas, por mencionar sólo algunos ejemplos, muestran cómo nuestras existencias hoy, han adquirido ciertas formas y vías, donde la noción de salud ligada a la experiencia, cobra un peso fundamental que podemos asociar al surgimiento y desarrollo de la salud mental como tecnología contemporánea (Foucault, 1991). La salud mental como dispositivo despliega una *red* constituida de elementos heterogéneos que exceden el problema de la patología mental, y de la cual emerge un *vínculo cuya naturaleza* se define por los juegos posibles entre las posiciones y funciones que puedan tomar dichos elementos dentro de la trama. Así, discursos biomédicos coexisten con planificaciones sanitarias, definición de problemas sociales y nociones sobre la salud y enfermedad, malestar y bienestar, por nombrar sólo algunos. Finalmente en tanto dispositivo, la salud mental asume una posición estratégica

dominante en un momento histórico determinado, que es difícil pasar por alto. Esta forma de entender las prácticas y productos derivados de este dispositivo, se enmarca en la perspectiva de la *gubernamentalidad*, la cual provee de herramientas para pensar la salud mental como una forma de gestión sobre la población, a través de la producción de conocimientos de y sobre esta población, la objetivación de este conocimiento en formas de regímenes de verdad, y una modalidad de control social nueva que comienza a aplicarse como un ejercicio sobre las personas con efectos individualizantes, gestionando así la producción de cierto tipo de sujetos (Foucault, 1978).

Salud Mental como Régimen de Productividad

Como vimos, la economía es una de las caras sobre las que se apoyan los dispositivos. El Siglo XIX tuvo como una de sus principales características convertir a la economía en una dimensión de la realidad (Foucault, 1991). Esto supuso afirmar como verdadero y dado que toda realidad posee una dimensión económica sobre la que se estructuran otras actividades. Las consecuencias de esto: el entendimiento que toda vida para ser posible requiere esfuerzos que vayan en la dirección de atender las constricciones y las posibilidades que ofrece la economía. O lo que es lo mismo: toda vida se justifica por su capacidad de producir y dar valor a lo que hace en un sentido económico. El nacimiento del biopoder supone un cambio del lugar que ocupa la vida en la política, pasando a ocupar un rol central, expresado en el pasaje del derecho de espada del poder soberano, "*hacer morir, dejar vivir*", al derecho de vida del biopoder, "*hacer vivir, dejar morir*" (Foucault, 1986¿?). Pero este nuevo hacer vivir, este cambio en el equilibrio entre la vida y la muerte, lleva implícito un mandato: producir vida. La producción de la vida supondrá intervenir sobre el nivel de los cuerpos (anatomopolítica) forjándolos para ser cada vez más dóciles y productivos pero también sobre el nivel de las poblaciones (biopolítica) actuando sobre las regularidades estadísticas que definen el

comportamiento biológico de una población, esto ligado a evitar los altos costos y las consecuencias económicas de aquellas amenazas endémicas que reducen la vitalidad del cuerpo social. El hacer vivir se liga a hacer de aquellos cuerpos y poblaciones, de aquellas multiplicidades vivientes, sean individuos o colectivos, fuerza viva de trabajo, algo más duradero. Visto así, la economía es inherente a los dispositivos del biopoder.

Si la salud mental aquí es presentada como un régimen de productividad, es para subrayar uno de los aspectos clave de su funcionamiento que tiene que ver, como es explícito en su definición, con el fomento de las capacidades productivas del sujeto relacionadas directamente con el trabajo. Trabajar, producir, requiere sofisticar ciertas capacidades y aptitudes, demandando en el sujeto una atención precisa pero a su vez una dedicación integral que compromete a todo su ser en la acción que desarrolla. Si miramos detenidamente, la definición de salud mental habla de fomentar las capacidades de un individuo las que resume en tres: afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y hacer una contribución a su comunidad; en esta definición la capacidad de actuar e intercambiar con otros es la condición primera para poder desenvolverse en actividades productivas. El sentido último lo aporta la capacidad de contribuir a su comunidad. Sin que podamos reducir la economía a ninguna de las tres, la capacidad económica, que grosso modo podemos ligar directamente a la segunda —si bien puede estar presente y necesita de la acción coordinada de las demás—, queda en el medio de la dimensión psicológica e individual del sujeto (*la capacidad de afrontar las tensiones normales de la vida*) y de su dimensión social (*hacer una contribución a su comunidad*). Pareciera que el *bienestar* de todos se logra a partir del trabajo que realizan sujetos bien adaptados a las exigencias *normales* de la vida cotidiana.

Este último aspecto presente en la definición de salud mental opera como un sentido del dispositivo: procurar individuos adaptados a las tensiones cotidianas que puedan afrontar, una actividad tensa y compleja como el trabajo (que es básicamente la actividad que ocupa la mayor cantidad del tiempo diario). Obviamente la acción del dispositivo y sus estrategias no se reducen a lo económico. Es precisamente por esto que me interesa presentar como una forma de ser/hacer particular de la salud mental,

esta dimensión que llamo régimen de productividad. El régimen de productividad es el sentido que encauza las acciones del sujeto a un máximo de productividad asociado a una serie de acciones y prácticas económicas que tuercen al dispositivo de salud mental hacia otras formas y modalidades de ejercicio de poder u otros dispositivos (como por ejemplo, la empresa) con el fin de lograr su adaptación a la vez económica y social. Un sujeto que de alguna manera no tolere las tensiones de la vida cotidiana, las cuales se darán mayoritariamente en el trabajo, será soportado por una serie de dispositivos que tenderán a su integración. No es intención de mi tesis avanzar en la dirección de mostrar las relaciones precisas que dan cuenta de este aspecto. Bien podría nombrar el desarrollo y la atención a las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT), las cuales devienen un campo de estudio y una confluencia de disciplinas y profesiones que procuran abordar no sólo al individuo sino al ambiente como un todo. Otras acciones, como las nuevas políticas de recursos humanos o el cambio de modelos basados en competencias, apuntan en esta dirección.

El trece y catorce de abril de 2016, se llevó a cabo una reunión organizada por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud titulada "*Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Priority*". Como su nombre lo sugiere, el objetivo de la reunión era quitarle cualquier vestigio de tabú a los problemas asociados a la salud mental y poniendo a ésta en el centro de una agenda de características globales. Lo que intentaba la actividad era colocar a la salud mental como un asunto de interés económico que debe ser atendido globalmente ya que sus efectos también lo son. Entre los acuerdos de la reunión se planteó aumentar la inversión en salud mental, y fortalecer su integración en atención primaria y contextos comunitarios, con miras a una cobertura universal («*Out of the Shadows*», s. f.). Si se lee la presentación de su página web, enseguida uno podrá encontrarse con el sentido de este encuentro: los problemas de salud mental, dice, imponen una enorme carga de morbilidad a las sociedades de todo el mundo. La depresión, por ejemplo, afecta a trecientos cincuenta millones de personas a nivel mundial y es la principal causa de discapacidad en todo el mundo. En esta dirección afirma que a pesar de su enorme carga social, los trastornos mentales continúan siendo expulsados a las sombras por el estigma, el prejuicio y el miedo. Atender este tipo de asuntos se hace cada vez más urgente, más teniendo en cuenta fenómenos globales

como la migración forzada y las situaciones de guerra y conflicto sostenido que estamos viendo en muchos países del mundo. Así esta jornada, dicen, que involucra a la OMS, al Banco Mundial y también al Fondo Monetario Internacional, por si quedaban dudas de la orientación económica del asunto, tiene como objetivo sacar a la salud mental de los márgenes y colocarla en el centro de la agenda global de desarrollo. Los eventos que le componen involucran a ministros de Finanzas, a organizaciones multilaterales y bilaterales, a la comunidad empresarial, innovadores tecnológicos y la sociedad civil y enfatizan las urgentes y necesarias acciones que hay que realizar en los servicios de salud mental con sus consiguientes retornos esperados en términos de salud, beneficios sociales y económicos.

Pero la preocupación del Banco Mundial sobre estos asuntos, no se reduce a esta actividad. En su página web le dedica un apartado a la salud mental. Allí se puede encontrar un video donde retóricamente se la convierte en un problema económico, asimismo, una descripción que va también en esa dirección. El video no dura más de dos minutos, y mediante gráficos y datos va objetivando cómo los problemas asociados a la salud mental suponen grandes pérdidas económicas tanto para los países como para los individuos. Quiero prestar atención al texto que le acompaña. En éste se dice que los trastornos mentales imponen una enorme carga de enfermedad a las sociedades de todo el mundo. Nuevamente ejemplifican con la depresión, y agregan a los trastornos mentales, los cuales se ven empeorados por los bajos niveles de cobertura y por la baja inversión en tratamientos, también tienen graves consecuencias económicas. Dicen: "*se calcula que la depresión ocasionó pérdidas en la producción económica de al menos 800.000 millones de dólares en 2010, cifra que se duplicará para el año 2030*". La página continúa afirmando que los países no están preparados para hacer frente a este desafío a menudo "*invisible*" y a menudo ignorado (lo cual justifica este tipo de acciones coordinadas por organismos transnacionales). A pesar de su enorme carga social, los trastornos mentales continúan siendo víctimas de estigma y prejuicio, y aún existe el miedo a revelar una aflicción de este tipo ya que esto puede ser causa de pérdida del empleo, a la vez que puede arruinar la posición social. Además afirman, esto se agrava porque los servicios de salud y de apoyo social no están disponibles o están fuera del alcance de las personas afligidas y de sus familias. El texto hace hincapié en que a pesar

de esta panorama, existe una creciente preocupación por trasladar la salud mental de la periferia al centro de la agenda mundial de salud y desarrollo —cosa en la que se insiste mucho en el discurso institucional. En esta dirección señalan y comparten la estrategia expresada en el Plan de Acción de Salud Mental de la OMS 2013-2020, en el que se plantea que la puesta en juego de varias estrategias intersectoriales basadas en la evidencia han sido eficaces para promover, proteger y restaurar la salud mental, mucho más allá de los enfoques de institucionalización del pasado. Correctamente implementadas, estas intervenciones representan "*las mejores inversiones*" para cualquier sociedad, con retornos significativos en términos de salud y ganancias económicas. En esta dirección continúan afirmando que para lograr plenamente la meta de cobertura de salud universal en todo el mundo, es fundamental integrar los servicios de prevención, tratamiento y atención de los trastornos de salud mental, junto con los mecanismos de apoyo psicosocial, en programas de prestación de servicios accesibles y protección financiera. Los objetivos de la reunión del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud se resumen en los siguientes puntos: 1) presentar el caso de la inversión en salud mental, incluyendo la identificación de intervenciones efectivas, asequibles y viables, su integración dentro de la atención primaria y los entornos comunitarios como parte de la realización progresiva de una cobertura universal de salud con el retorno esperado de la inversión de salud en términos de beneficios sociales y económicos; 2) identificar los puntos de entrada que posibiliten acciones renovadas y mejora de inversiones a nivel nacional, regional y mundial, incluyendo la consideración de mecanismos de financiación que promuevan y optimicen la protección financiera y social, así como la ampliación del acceso a los servicios; y 3) movilizar una coalición mundial para la implementación de una escalada.

Es con este tipo de declaraciones e intereses institucionales que la salud mental va adquiriendo una dimensión económica. El economista británico, Lord Richard Layard, ha estimado que los problemas de salud mental tienen un costo para la economía mayor que el de la pobreza (Manning & Patel, 2008). Este economista, quien es director del Programa de Bienestar del Centre for Economic Performance, se ha dedicado a estudiar la felicidad, el bienestar y la salud mental. A partir de sus indagaciones plantea que entre los beneficios de proveer servicios de salud mental como terapias psicológicas, se

encuentran el aumento de las posibilidades de obtener empleo y la disminución general del costo de asistencia sanitaria («Professor Richard LAYARD», s. f.). Trabajar al nivel de la salud mental no sólo produciría sujetos más propensos a los requerimientos del mundo del trabajo sino a su vez sujetos más baratos para todo el sistema de atención. Más allá de los intereses corporativos de instituciones como el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional, una verdad sobre el papel económico de la salud mental se instala lo que posibilita la emergencia de nuevas relaciones. Cierto es que desde sus comienzos esta dimensión estaba presente en tanto capacidad que posibilita el bienestar personal y colectivo. Lo interesante es cómo estas conceptualizaciones que se van alejando del primado de la enfermedad mental y del tratamiento de las diferencias asociadas a ésta a través del encierro van mutando y adquiriendo nuevos aliados. Aquella acciones en cierta medida progresistas, comienzan a articularse con los intereses productivos.

Otro ejemplo lo encontramos en el diseño de una tecnología que espera salir a la venta al mercado en los próximos años. Recientemente, el Centro Cambridge Cognition presentó un dispositivo portátil diseñado para monitorear el estado de salud mental de las personas, el cual fue llamado por la prensa internacional como un *"fitbit del alma"*. El aparato analiza los signos vitales y mediante su lectura, lleva a cabo el seguimiento de los estados de ánimo, la memoria e incluso la felicidad de los usuarios. Entre las utilidades que se le proyecta, se encuentra su eventual aplicación para prevenir bajas laborales por depresión, mediante el control permanente del estado psicológico de trabajadores, o el monitoreo de tratamientos psiquiátricos (Ward, 1 de marzo de 2016). El artefacto, que según un reporte de prensa (Hunter, 7 de mayo de 2016), tendría la forma de un reloj, podría mandar un e-mail al usuario para levantarle el ánimo en caso de detectar mal humor, o comunicar a los gerentes fallas en la memoria de trabajadores para sugerir posteriores chequeos de demencia. Este dispositivo podrá ser adquirido en el mercado, dado que es una tecnología pensada tanto para la autorregulación, como para la gestión de grupos tales como empleados de una empresa, entre otros. Se trata de un dispositivo tecnológico ideado para monitorear de forma permanente y móvil el estado de salud mental de los individuos; es un dispositivo que también apunta a la línea de la desinstitucionalización que posibilita que el sujeto

regule por sí mismo su propia conducta. Lo interesante, al menos en lo que refiere al asunto que estoy abordando en este momento, es que el dispositivo está pensado para producir datos que puedan ser utilizados por los empleadores para mejorar el rendimiento productivos de sus empleados y por empresas químicas para poder evaluar y medir la eficacia de los tratamientos. De esta manera, esta tecnología de extitución (Tirado & Domenech, 2001; Vitores & Domènech, 2004) no sólo está ideada para que el sujeto se auto-examine, sino para que pueda ser conectado a otro tipo de dispositivos que posibiliten sacar un mejor rendimiento económico de esas situaciones.

A modo de síntesis, y sin ánimo de extenderme más en estos asuntos, me gustaría remarcar algunas cuestiones que se desprenden de estos ejemplos. En primer lugar, cómo la desinstitucionalización parece ir en sintonía con los intereses económicos, desde estos organismos se aplauden las estrategias y acciones que escapan del viejo modelo asilar y, como en el caso del 'fitbit', ciertos dispositivos técnicos lo hacen posible. En segundo lugar, estas perspectivas van en sintonía de aquellas campañas de la lucha contra el estigma, generalmente encabezadas por colectivos de usuarios de servicios de salud mental, el estigma en tanto efecto de los dispositivos de normalización aparece como algo que debe ser deconstruido para poder asumir la condición. Sólo así se podrá hacer frente a los problemas que pasan a ser una cuestión de gestión individual y colectiva. En tercer lugar me gustaría subrayar cómo una red de instituciones y organismos transnacionales aparecen como aquellos que sí pueden diseñar y proponer estrategias superadoras frente a la incapacidad o el desbordamiento de los países, asimismo, cómo ciertos agentes de mercado aparecen como otro tanto de aquellos que pueden ofrecer soluciones. Estas redes institucionales y de empresas con la capacidad de trascender el espacio nacional, son las nuevas formas que adquiere la circulación de este nuevo tipo de bienes. Esto de alguna manera se conecta con el propio nacimiento de la salud mental: un gobierno transnacional funciona a pesar de las resistencias nacionales que persisten como modo de gobierno de las poblaciones pero que, cada vez más, con el pasado del tiempo van perdiendo injerencia sobre éstas a medida que devienen en fenómenos globales. Las amenazas y la regularidades biológicas ya no se reducen a la jurisdicción territorial sino que son problemas de todo el globo y, en esa composición, las instituciones del libre mercado juegan un rol crucial. En

cuarto lugar, un aspecto relevante es cómo estos discursos explicitan la dimensión económica constitutiva de la salud mental, la cual no sólo se reduce a un bienestar individual sino que se articula con el bienestar de una economía global. Esta relación ata, liga y articula, la salud individual ya no con la salud de las naciones y, por ende con su buena salud económica, sino con la salud global. Por último, si bien se vincula con el primer aspecto mencionado, es llamativo cómo estos discursos conectan con facilidad con la atención comunitaria y con las estrategias de atención primaria. Esto se ve claramente con el ejemplo de la actividad del Banco Mundial, pero también, en el caso del fitbit se puede ver cómo la salud ocupacional pasa a ser el ámbito donde la salud mental es puesta a jugar en tanto que estado del sujeto productivo. Este tipo de relaciones hacen aún más compleja la red que moviliza y por donde se mueven los objetos y los sujetos de la salud mental, posiciones cambiantes de su propio dispositivo.

Salud Mental como Objeto Frontera

Brevemente me interesa poner a jugar la idea de que la salud mental también es un objeto. El dispositivo aglomera y hace confluír una serie de prácticas y entidades que pueden formalizar y hacer emerger un objeto particular, en este caso la salud mental. Que la salud mental sea un objeto supone considerar toda una serie de prácticas y sus comunidades alrededor de sí, manipulándole o bien para su propio mantenimiento y conservación, o bien para hacer otras cosas con él. Así o bien la salud mental puede ser un dispositivo que posibilite la movilización de una serie de entidades heterogéneas o bien puede ser un objeto que se presente de manera estabilizada o, incluso, de forma conflictiva en torno a ciertas prácticas. Estas dos dimensiones de su ser no son contradictorias: el dispositivo de salud mental es posible porque se produjo el objeto salud mental y, viceversa, el objeto es posible porque hubo toda una disposición de relaciones que lo permitieron. En este pequeño apartado, que tiene como objetivo mostrar el carácter móvil y aglutinador de colectivos y prácticas que posee la salud

mental, me gustaría trabajar brevemente el concepto de objeto frontera (*boundary object*), acuñado por Susan Leigh Star en un trabajo conjunto con James Griesemer (1989). Si la salud mental es un objeto, es uno que permite que varias comunidades de prácticas hagan cosas.

Un objeto frontera es un objeto tan sencillo como un archivador. Imaginemos un mueble de este tipo colocado en una sala y dentro de éste una serie de archivos que son de utilidad tanto para estudiosos de las aves como para amateurs que practican su avistamiento. Dos comunidades de prácticas que movidas por intereses distintos pero en algún sentido por cuestiones en común, hacen uso de un mismo objeto que les posibilita trabajar en conjunto a pesar de no haber acordado nunca hacerlo de ese modo. Precisamente, Susan Leigh Star (2010) definirá al objeto frontera como aquel objeto que posibilita el trabajo cooperativo sin necesidad de un consenso. Las distintas comunidades de prácticas que lo integran en su hacer comparten su uso con otras con las cuales no es necesario llegar a grandes acuerdos. El consenso no es una condición, la simple presencia del objeto posibilita que estas comunidades con metas y acciones distintas cooperen entre sí sin la necesidad de llegar a grandes acuerdos de cooperación. He aquí el carácter fronterizo de este tipo de objetos que posibilita la movilización de intereses tan diversos. De manera topológica, el objeto traza dos planos distintos de acción y pone en intersección dos cursos de acción diferentes, esto supone la construcción de dos topologías que no se superponen pero que, pese a eso, se complementan. Para funcionar, este tipo de objetos debe mantener cierta estabilidad y debe preservar ciertos rasgos funcionales que posibiliten que las comunidades agrupadas en torno a éste sigan funcionando. Es así que en esa cooperación sin consenso, las comunidades de prácticas sostienen y mantienen el objeto para que este funcione. Su alteración, el cambio de función o el devenir inútil para cualquiera de estas comunidades, significará el cambio de cualidad del objeto y, consecuentemente, el nacimiento de otras prácticas y colectivos.

Al igual que la noción de dispositivo, la ontología del objeto frontera depende del lugar que ocupa dentro de la red, de su capacidad de poder ocupar esa posición bisagra, esa posición frontera, que le permite articular cursos de acción tan diferentes y que tienen

en común el uso de sí. Si traigo este concepto es precisamente para complementar la idea de dispositivo y cómo el dispositivo dispone de objetos para otros. En su relación con otros dispositivos, la salud mental tiene para ofrecer un objeto en particular que pondrá en diálogo con otras lógicas. Esta es la razón por la que un objeto tan novedoso como la salud mental puede funcionar y hacer cosas en los viejos dispositivos de psiquiatrización o la causa de por qué en éstos puede funcionar un dispositivo como el psicofármaco que muy poco tienen que ver con el disciplinamiento y más con el control (Deleuze, 2006). La salud mental será un objeto que rediagramará el trabajo de diversas disciplinas, las pondrá a trabajar en cooperación sin necesidad de llegar a acuerdos. Pero estos colectivos movilizados no se reducen exclusivamente a disciplinas de saber asociadas a la ciencia y a la tecnología, sino también incluye agentes políticos y económicos colectivos e individuales. Como vimos, grupos de usuarios que luchan contra el estigma en Barcelona (tomemos como ejemplo la campaña Obertament) encuentran en el Banco Mundial un aliado en esa batalla; pero evidentemente no hace falta que ambos se pongan de acuerdo, ni siquiera es necesario que se diga que están de acuerdo —seguramente ni uno ni el otro buscarán una cooperación explícita, incluso por cuestiones de principios.

Esta cualidad de frontera, es lo que permite que distintas disciplinas psicológicas, psiquiátricas, económicas, por mencionar tan sólo algunas, puedan ver en la salud mental el *leit motiv* de sus acciones, sientan como propio un objeto que se define como el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Esa definición o estabilización que no es más que la purificación de una serie de procesos, es lo que posibilita en el juego de su determinación e indeterminación que diferentes colectivos puedan trabajar con ella. Pero también será su carácter fronterizo lo que le permitirá en ocasiones articularse y en otras indiferenciarse con la salud posibilitando su propagación en el conjunto de las prácticas sociales hasta constituirse en un metavalor para la producción del sí mismo en escenarios de gubernamentalidad. La salud como objeto frontera pondrá a trabajar en cooperación los intereses corporativos empresariales y las prácticas de subjetivación.

Salud Mental como Sustancia Ética

¿Por qué es tan importante la salud mental en la constitución de uno mismo? O dicho de otra manera ¿cuál es la contribución y de qué manera contribuye la salud mental al proceso de gobierno de sí de los sujetos modernos? Lo que a continuación intentaré explicar es un aspecto clave de mi tesis y que se desprende de todo lo que he venido discutiendo. De cierta manera, es la explicitación del papel subjetivante que posee la salud mental y la explicación de cómo logra operar en el centro mismo de la producción de uno mismo.

Para Foucault, el sujeto es resultado de prácticas históricas, negando así toda posibilidad de esencialismos en su formación. Que el sujeto sea histórico significa que tiene una génesis, en definitiva no es originario (Foucault, 1978: 169). La investigación sobre la constitución de éste ha sido, sin duda, un aspecto central en la obra de este pensador. Precisamente, el propio Foucault va a describir su trabajo del siguiente modo:

"Me gustaría decir, ante todo, cuál ha sido la meta de mi trabajo durante los últimos veinte años. No he estado analizando el fenómeno del poder, ni elaborando los fundamentos de este tipo de análisis. Mi objetivo, en cambio, ha sido crear una historia de los diferentes modos a través de los cuales, en nuestra cultura, los seres humanos se han convertido en sujetos" (Foucault, 2001: 241).

De su trabajo se desprende que la formación del sujeto tiene que ver con modos de pensar y con modos de obrar. Estos modos ponen en marcha un doble juego de objetivación y subjetivación. Se trata de dos procesos complementarios y concurrentes, es decir, toda subjetivación es posible en la medida que el sujeto se objetiva en relaciones de saber-poder. De ahí que Foucault insista en que conocer la historia de la subjetividad implica prestar atención a *"la manera en que el sujeto hace la experiencia de sí mismo en un juego de verdad en el que tiene relación consigo"* (Foucault, 1984: 365). Como bien resume Marcela Zangaro (2011), los modos de objetivación implican que establezcamos relación con una verdad que nos constituye como sujetos de conocimiento, a la vez que establezcamos relaciones de poder que nos hagan sujetos

actuando sobre los demás y relaciones de gobierno que nos constituyen como sujetos en la medida que actuemos sobre nosotros mismos. Siguiendo estas distinciones quiero explicar brevemente estas tres formas de objetivación de sí. Foucault va a definir tres modos posibles de objetivación. El primero de ellos se encuentra en su obra *Las palabras y las cosas*, en un intento por explicar lo humano, describe la emergencia de la lingüística, la economía y la biología como tres disciplinas que responden qué es el hombre (sic) mediante el lenguaje, el trabajo y la vida. En este sentido, esta primera objetivación tiene que ver con aquellos modos de investigación que buscan acceder a la categoría de ciencia para objetivar determinadas formas de sujeto, por ejemplo el sujeto que trabaja es objetivado por la economía y el análisis de la riqueza. Se trata de juegos de verdad que posibilitan que el sujeto devenga en objeto de conocimiento. El segundo modo de objetivación tiene que ver con el efecto que producen los dispositivos de normalización los cuales dividen al sujeto en dos, tales como el loco o el cuerdo. Esa desviación deviene objeto de conocimiento el cual reviste utilidad para producir conocimiento en torno al sujeto normal. La obra más significativa al respecto es *Vigilar y Castigar*. Como ha notado quien lee, cada uno de estos modos de objetivación se relacionan directamente con los dominios del saber, del poder y del sujeto. Precisamente, el tercer modo de objetivación reúne las prácticas que el sujeto ejerce sobre sí para convertirse en objeto para sí mismo. Mediante éstas, el sujeto es conducido a observarse, a analizarse y a reconocerse como un dominio de saber posible (Foucault, 1984: 365). Este tipo de relación con uno mismo trae como consecuencia la constitución de un *ethos* que define un particular modo de ser. Evidentemente la materia de producción no es exclusiva del individuo sino que es parte del conjunto de valores y reglas de comportamiento donde la situación es producida. Se trata, en definitiva, de prácticas de gobierno de sí a través de la constitución de lo que Foucault denominará tecnologías del yo. Éstas pueden definirse grosso modo como "*la reflexión acerca de los modos de vida, las elecciones de existencia, el modo de regular su conducta y fijarse uno mismo fines y medios*" (Foucault, 2005). Éstas permiten a los individuos efectuar por sus propios medios cierto número de operaciones sobre sus cuerpos, almas, pensamientos y conductas, induciendo en ellos transformaciones dirigidas a alcanzar cierto grado de perfeccionamiento y felicidad (Foucault, 1999: 227).

Para contextualizar las tecnologías del yo, no hay que perder de vista que Foucault conceptualiza cuatro tipos de tecnologías, a saber: tecnologías de producción, tecnologías de significación, tecnologías de poder y tecnologías del yo. Las tres primeras operan sobre el cuerpo del individuo para su producción siendo de carácter exterior, actuando de manera heterónoma sobre la conducta del sujeto; en cambio, la última, se trata de las acciones auto-impuestas por el propio sujeto que suponen un dirigir la propia conducta en un interjuego que no desatiende las otras relaciones gobernadas. Dice Foucault:

“A modo de contextualización, debemos comprender que existen cuatro tipos principales de estas <<tecnologías>>, y que cada una de ellas representa una matriz de la razón práctica: 1) tecnologías de producción, que nos permiten producir, transformar o manipular cosas; 2) tecnologías de sistemas de signos, que nos permiten utilizar signos, sentidos, símbolos o significaciones; 3) tecnologías de poder, que determinan la conducta de los individuos, los someten a cierto tipo de fines o de dominación; 4) tecnologías del yo, que permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad” (Foucault, 1991: 48, Las tecnologías del yo).

En la última parte de su obra, Foucault ha descrito diferentes formas de desarrollar dichas tecnologías a lo largo de la historia y en diferentes culturas: particularmente, la de la Grecia Clásica, la greco-romana de los siglos II y III y el cristianismo primitivo (Historia de la sexualidad, conferencias estados unidos).

“La sustancia ética para los griegos eran los placeres (afrodisia); para los cristianos la sustancia ética era el deseo concupiscente como estigma de la carne; las representaciones (phantasma) para los estoicos; y, según Foucault, los sentimientos para los modernos. Esta sustancia es la materia prima a trabajar cuyo producto es la subjetividad señalada por la dimensión teleológica. Un uso correcto de los placeres nos da el ciudadano libre de la república ateniense cuyo

ideal máximo es el filósofo-rey. Una justa apreciación de las representaciones y un examen minucioso de nuestras actitudes nos dan al perfecto patricio romano cuyo ideal máximo es la figura del sabio. Una vigilancia sin pausas, una auscultación de los más secretos rincones del deseo, nos da al cristiano, cuyo ideal es el santo" (Abraham, 2000, 373).

En breve, retomaré el asunto de las *sustancias éticas*. Para desarrollar esta idea, su análisis se ha centrado preponderantemente en dos ejes: uno vinculado con el acto de conocerse uno mismo, tomando como elemento histórico la sentencia del Oráculo de Delfos "*Gnothi seautou*" ("know thyself"); y otro referido a las prácticas de cuidado de sí, vinculados con la forma griega *epimeleia heatou* (take care of your self). Precisamente Foucault advierte que una de las cuestiones que distingue al cristianismo primitivo de las formaciones precedentes es el llevar a segundo plano el cuidado de sí (vinculado con el cuerpo) y poner el conocimiento de uno por encima. Las bases prácticas del cristianismo, dirá el autor, han sido trasladadas a nuestra modernidad. Mol y Law (2004) observan cómo *En el nacimiento de la clínica*, Foucault distingue entre un cuerpo sujeto, el cuerpo que se es, de un cuerpo objeto, el cuerpo que se tiene, este último redimido al saber experto de la medicina. Una de las características de nuestra modernidad es precisamente la reducción del conocimiento del cuerpo a una serie estandarizada de saberes emanados del conocimiento experto. Bien podríamos plantear que, con el auge de la salud mental y el desarrollo de una noción integral de salud, *el cuerpo que se es* ha pasado a ser también escrutinio de la experticia (vale la pena destacar el papel histórico que ha jugado el Psicoanálisis en este proceso en *Historia de la sexualidad Vol I*). Esto implicaría un corrimiento del eje del conocimiento de sí que pasaría a nuevas coordenadas basadas en el conocimiento de la norma de comportamiento de la especie humana supeditada al saber experto. En esta hipótesis cabría la posibilidad de afirmar que el ocuparse de sí ha adquirido un nuevo protagonismo, tratándose ahora del esfuerzo que hace el individuo por conocer lo que es normal en la especie humana en relación al tipo de comportamiento que es interpelado. Como afirma Deleuze, quizá ya no se trate de un individuo en el sentido íntegro del término sino de un dividido, un ser capaz de modificar su forma en función

de los sitios por los que circula, ya no basado en el modelo (como en las sociedades disciplinarias) sino en la modulación, actuando sobre todo por conexión (Deleuze, Post)

De esta manera, en la obra de Foucault se puede advertir el estudio de la producción de sujeto en una doble vertiente. Por un lado, la instalación de dispositivos que transforman a los individuos dentro de ciertas redes de sujeción (estos incluyen los procesos de objetivación relacionados al saber y el poder), y por otro, el estudio de aquellas técnicas de subjetivación que éstos se aplican sobre sí. Cuando analicé la salud mental como dispositivo, tomando como modelo la sexualidad, mostré cómo este tipo de redes colocan al sujeto en ciertos regímenes de gubernamentalidad donde su posición bisagra gravita entre el gobierno de uno y el gobierno de los otros. Es esta posición intermedia sobre la que me quiero concentrar, para ubicar el interjuego del dispositivo de salud mental en la conformación de una sustancia ética particular que permite a los individuos hacerse a sí mismos. Foucault definía gubernamentalidad del siguiente modo:

"si se entiende por gubernamentalidad un campo estratégico de relaciones de poder, en lo que tienen de móviles, transformables, reversibles, creo que la reflexión sobre esta noción de gubernamentalidad no puede dejar pasar, teórica y prácticamente, por el elemento de un sujeto que se definiría por la relación de sí consigo (...) me parece que el análisis de la gubernamentalidad -es decir: el análisis del poder como conjunto de relaciones reversibles- debe referirse a una ética del sujeto definido por la relación de sí consigo (...) relaciones de poder-gubernamentalidad-gobierno de sí y de los otros-relación de sí consigo, constituyen una cadena, una trama" (Foucault, 2006d: 247)

Nótese cómo esta noción conlleva la reversibilidad como uno de sus atributos lo que indica el camino de doble vía del ejercicio del poder. Este aspecto del gobierno se ubica en el cruce de dos tecnologías específicas. Dice Foucault al respecto:

"Han sido (...) las tecnologías del dominio y del sujeto, las que más han requerido mi atención. He intentado elaborar una historia de la organización del saber respecto a la dominación y el sujeto. Estudié la locura no con los términos del

criterio de las ciencias formales, sino para mostrar cómo, mediante este extraño discurso, era posible un cierto tipo de control de los individuos dentro y fuera de los asilos. Este contacto entre las tecnologías de dominación de los demás y las referidas a uno mismo es lo que llamo gobernabilidad" (Foucault, 1991: 48, Las tecnologías del yo)

Es en el cruce de estas dos tecnologías donde reside o es producida la sustancia ética con la que el sujeto se hará a sí mismo. La carne para los cristianos o los placeres para los griegos son ejemplos que dan cuenta de la constitución de esta materialidad que será puesta en juego durante la subjetivación. Dice Deleuze que "*La idea fundamental de Foucault es la de una dimensión de la subjetividad que deriva del poder y del saber, pero que no depende de ellos*" (Deleuze, 1986: 133-134), en la subjetivación hay un orden de cosas que queda liberado del influjo de las relaciones de saber-poder aunque requiera de éstas para su conformación. La carne es el cuerpo que forma el pecado pero también el sacrificio del martirio, es lo que posibilita la condena del sujeto pero también su liberación. Es en esa relación donde las fuerzas, que siempre son del afuera, se pliegan para constituir el sujeto. Dicho en otros términos, es en esa confrontación y su resonado efecto ya sea como interpelación, cuestionamiento, rebeldía o lo que sea, que emerge la interioridad como un orden de confrontación al propio poder que lo hará entrar nuevamente en relación con ese afuera. De esta manera, dice Deleuze:

"la relación consigo mismo será incluida en las relaciones de poder, en las relaciones de saber. Se reintegrará en esos sistemas de los que inicialmente había derivado. El individuo interior es codificado, recodificado en una saber <<moral>>, y sobre todo deviene lo que está en juego en el poder, es diagramatizado. El pliegue es algo así como desplegado, la subjetivación del hombre libre se transforma en sujeción: por un lado, la <<sumisión al otro mediante el control y la dependencia>>, con todos los procedimientos de individuación y de modulación que el poder instaure, apoyándose en la vida cotidiana y en la interioridad de lo que él llamará sus sujetos; por otro lado, <<el apego (de cada uno) a su propia identidad mediante la conciencia y el conocimiento de sí>>, con todas las técnicas

de las ciencias morales y de las ciencias humanas que constituirán un saber del sujeto" (Deleuze, 1986:135).

Ese ida y vuelta facilitado por este camino de doble vía que forma el instante donde se enfrentan las tecnologías de dominación con las del yo, producirá lo que Deleuze denominará el pliegue de la subjetivación:

"Ahora bien, existen cuatro plegamientos, cuatro pliegues de subjetivación, como el caso de los ríos del infierno. El primero concierne a la parte material de nosotros mismos que va a ser envuelta, incluida en el pliegue: entre los griegos era el cuerpo y sus placeres, los aphrodisia; pero, entre los cristianos, será la carne y sus deseos, el deseo, una modalidad sustancial totalmente distinta. El segundo es el pliegue de la relación de fuerzas, en sentido estricto; pues la relación de fuerzas siempre se pliega según una regla singular a fin de devenir relación consigo mismo; no es lo mismo cuando la regla eficiente es natural, o bien divina, o racional, o estética... El tercero es el pliegue del saber, o pliegue de verdad, en la medida en que constituye una relación de lo verdadero con nuestro ser, y de nuestro ser con la verdad, que servirá de condición formal a todo saber, a todo conocimiento: subjetivación del saber que no se realiza en modo alguno de la misma manera entre los griegos que entre los cristianos en Platón, en Descartes o en Kant. El cuarto es el pliegue del afuera, el último; constituye lo que Blanchot llamaba una <<interioridad de espera>>, de él el sujeto espera, de modos muy diversos, la inmortalidad, o bien la eternidad, la salud, la libertad, la muerte, la renuncia... Los cuatro pliegues son como la causa final, la causa formal, la causa eficiente, la causa material de la subjetividad o de la interioridad como relación consigo mismo" (Deleuze 1986: 137).

Deleuze es cuidadoso al insistir en que cada uno de estos plegamientos posee un orden de singularidad. En el primero, por ejemplo, que tiene que ver con la parte material de nosotros que se pliega, no será lo mismo el cuerpo y sus placeres que la carne y sus deseos, o en el segundo que la regla de plegado sea natural, divina, racional o estética. Esta descripción que hace Deleuze da pistas sobre cómo pensar y constituir un artefacto conceptual que posibilite identificar el modo de producción del sujeto dominante.

Tomando este modelo de construcción, podemos decir que en la actualidad la sustancia ética parece que tiene que ver con los sentimientos y el bienestar, y que dicha materialidad, expresada en el equilibrio bio-psico-social, se inscribe en una forma particular de auto-gobierno que exige ciertos resultados para el bien de toda la humanidad y no sólo del sujeto y de su comunidad inmediata. Todo esto asociado con un plegamiento del saber signado por el papel de una medicina que ha ido abandonando el cuerpo y sus tejidos para centrarse en el cuerpo y sus relaciones. Si tomamos al pie de la letra los modos de plegamiento que propone Deleuze, se podría perfectamente afirmar que aquel último plegado, que tiene que ver con el pliegue del afuera y que produce en su ser una situación de espera en el sujeto, ocasiona que el fin sea la optimización de una idea muy específica, la idea de ser humano. Lo que se espera, en última medida, es ser humano y serlo, o al menos su imagen, supone la construcción de un forma exterior que opera como modelo. Esta imagen de humano que, como vimos, se ofrece como una nueva interpretación del paralelismo posterior a la crisis jurídico-biológica del Siglo XX, reanuda el contrato entre derecho y biología con la emergencia de la humanidad como sujeto político. En esta dirección, la regla eficiente de este plegado es tecnopolítica. La salud mental adviene como aquel dispositivo que administra, distribuye y ordena las capacidades de los sujetos para soportar el equilibrio del bienestar que posibilita que éste sea consciente de sus capacidades psicológicas, productivas y sociales. Así, tener buena salud mental equivale a poseer este tipo de materiales para la constitución armoniosa de nosotros mismos. Pero a diferencia de otras épocas, el destino no es la eternidad, ni la salud (esto de cierta manera ha sido logrado bajo el influjo de la construcción del antropoceno) sino el poder cada uno de nosotros seguir formando parte de ese nosotros, léase, seguir siendo humanos.

Considerando las especificidades de nuestra época y sociedades ¿qué alteraciones, cambios y transformaciones se dan al nivel de las tecnologías del yo? ¿es posible describir nuevas tecnologías acorde a los tiempos que corren? ¿podemos hablar de una forma yo como forma dominante en la configuración del sujeto? Mi hipótesis es precisamente que la salud mental ocupa en nuestros tiempos el lugar de aquellas tecnologías del yo descritas por Foucault, constituyéndose en tecnologías gubernamentales que mediante procedimientos técnicos y estadísticos inciden en la

conformación del individuo y su pertenencia a la humanidad como especie (recordemos cómo el ser humano es definido como un ser maleable con ciertos rasgos que trascienden las diferencias culturales y geográficas, por tanto universal). Pero su particularidad es que no se circunscribe únicamente al plano médico, si aborda otros espacios de socialización, en parte es debido a su integración al concepto de salud y la ampliación y dispersión de éste como valor que regula la experiencia cotidiana, más allá de los espacios institucionalizados.

CUARTA PARTE

SALUD MENTAL: CAPTURA, TRADUCCIÓN Y COMPOSICIÓN DE LA EXPERIENCIA

Hasta ahora, he propuesto cómo la salud mental se ha constituido en un ámbito de reflexión e intervención específico y original, distinto al orden planteado por la psiquiatría y su objeto, la enfermedad mental. Un acercamiento genealógico nos ha permitido explorar cómo la salud mental ha ido tomando posición en las sociedades occidentales, emergiendo como una entidad singular, múltiple y heterogénea con dinámicas y lógicas propias, que opera a la par del concepto de ciudadanía.

En este apartado buscaré dar cuenta de cómo los procesos analizados hasta el momento, operan en la actualidad y en la vida cotidiana de las personas. Más específicamente lo que interesa es comprender cómo es que algo llamado salud mental adquiere forma en el día a día, y del mismo modo, cómo la salud mental participa en la composición y modulación de la experiencia y el comportamiento de los sujetos, y de sus relaciones. Para aproximarme a estos asuntos, he optado por ubicarme dentro del sistema sanitario ya que se trata de una cuestión engarzada a prácticas y discursos de salud, sin embargo y al mismo tiempo, busco tomar distancia de aquellos servicios y prácticas que organizan sus esfuerzos en relación a la salud mental⁸, pues éstos suelen ocuparse del tratamiento y/o seguimiento de enfermedades o problemas mentales, y como he venido delineando, me interesa prestar atención a aquello que ha quedado desatendido y que la diferencia de regímenes organizados en torno a la enfermedad, definiéndola como una cuestión de salud. Por esto y partiendo de la premisa *la salud mental es una cuestión que involucra algo más que la enfermedad mental*, el lugar para observar mi problema debía ser uno donde la salud mental no estuviera ya definida ni fuera siempre atendida y contemplada, de manera que pudiera, por un lado, tener acceso a los modos en que se negocia su existencia y significados en espacios sanitarios no enfocados en problemas específicos de salud mental, y por otro, aproximarme a cómo ésta aparece en el contexto sanitario ligado a la vida diaria de las personas. Es por

8 Centros de Salud Mental, Atención hospitalaria en Salud Mental, Servicios de Psiquiatría Comunitaria, por nombrar algunos.

todo lo anterior, que he escogido la consulta de medicina familiar de un centro de atención primaria o CAP, para a través de un enfoque de corte etnográfico y la técnica de la observación participante, indagar *cómo se produce y practica la salud mental en una consulta médica de atención primaria*, esto es, cómo las prácticas de atención y consulta en una situación médico-paciente, hacen emerger una entidad como la salud mental.

Puntualizaciones Metodológicas

Para especificar y circunscribir el problema que nos convoca: *la relación entre salud mental y vida cotidiana, y cómo esta articulación da forma a la experiencia contemporánea*, me he propuesto prestar atención no a las teorías que justifican las definiciones de aspectos tales como la salud mental, o el inconsciente, por ejemplo, sino a las cosas que hacen aquellos que la practican que, a fin de cuentas, acaban por constituir sus universos conceptuales. Así, si queremos observar a la salud mental en un contexto cotidiano, deberemos atender a qué se hace en su nombre, qué hacen aquellos que la invocan, cómo se practica bajo su signo o a la luz de éste, e incluso más allá de sí.

Y es en relación con estos intereses, que una aproximación antropológica resulta una forma de conocimiento que posibilita reflexionar sobre las interacciones y los significados emergentes. Pero esto no es sólo una cuestión de métodos, como dice Geertz:

"Desde cierto punto de vista (...) hacer etnografía es establecer relaciones, seleccionar a los informantes, transcribir textos, establecer genealogías, trazar mapas del área, llevar un diario, etc. Pero no son estas actividades, estas técnicas y procedimientos lo que definen la empresa. Lo que la define es cierto tipo de esfuerzo intelectual: una especulación elaborada en términos de, para emplear el concepto de Gilbert Ryle, "descripción densa"". (Geertz, 1992:21)

De esta manera, es la diferencia entre descripción superficial y descripción densa lo que define el objeto de la etnografía para Geertz, y donde la descripción antropológica de lo observado no se ocuparía de indicar lo que se está haciendo, sino buscaría describir "*una jerarquía estratificada de estructuras significativas atendiendo a las cuales se producen, se perciben y se interpretan [los actos que se describen], y sin las cuales no existirían (...), independientemente de lo que alguien hiciera o no [esos actos]*" (Geertz, 1992: 22). Así y utilizando el famoso ejemplo del guiño que expone Ryle, el autor plantea un modo de aproximación y entendimiento específico.

En la misma línea, para Clifford Geertz el concepto de cultura es esencialmente un concepto semiótico, esto es, la cultura es una "*urdimbre y el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones*". Siguiendo a Max Weber, dirá que "*el hombre (sic) es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido*", y ese tejido será precisamente lo que hay que explicar. Así, para Geertz la investigación antropológica es una actividad de interpretación, y su análisis consistiría en "*desentrañar las estructuras de significación*" determinando su campo social y su alcance. Se trata, en definitiva, de distinguir estructuras de interpretación que intervienen dando sentido a la situación, para luego, mostrar cómo es que operan en determinada situación para producirla tal como aparece y se entiende. Por ejemplo, como un problema de salud mental aparece como tal en ciertas circunstancias.

En la investigación etnográfica se procura conversar con aquellos que se observa. Una de las aristas de su trabajo consiste en poder alcanzar el estatuto de miembro competente, lo cual significa en un sentido clásico, devenir en una persona capaz de entender fluidamente aquello que está ocurriendo en la situación. De algún modo supone abandonar una posición de otredad y de cierta distancia, con el fin de desentrañar los significados de la acción. Como dice Rosana Guber (2001), una técnica como la observación participante encarna esa tensión. Por un lado, la observación, como lo propio de toda ciencia, exige la construcción de una posición desde donde mirar y contemplar lo que está ocurriendo en que la vista pueda ser resguardada de la arbitrariedad. Esto implica construir ciertos referentes que ofician de parámetros de la

observación y puedan validar, aunque sea circunstancialmente, el testimonio de lo visto. Por otro lado, la participación que supone implicar el cuerpo en la acción. Participar requiere abandonar una posición fija y disponerse a discurrir por distintos espacios según la interacción lo indique. Esto entraña tener la posibilidad de transitar por distintas posiciones, por ende, por distintos sitios y perspectivas desde donde observar. También, intensificar el compromiso y la posibilidad de ampliar los afectos en cada uno de los encuentros. Observación participante, el ser o no ser de la investigación etnográfica, he ahí la cuestión. Cuando Guber marca esta tensión lo hace para destacar este carácter paradójico de la etnografía, en cierta medida ésta se constituye en una técnica de la distancia y la cercanía. Es esta oscilación lo que posibilita elegir un punto de vista privilegiado, lo que permite comprender los sentidos y significados que se desenvuelven y construyen en las prácticas en juego.

Pero este movimiento que tensa las posiciones y las incita a producir, no es suficiente de por sí para construir sentidos. Para ello se requiere un tercer movimiento que consiste en contraponer lo mismo con lo diferente, la competencia con la extrañeza. La tirantez entre el punto de vista de la observación referenciada y el punto de vista de la observación concernida forma parte de la vida diaria de cualquiera de nosotros. Lo que hace un método como la etnografía, es poner en suspenso las posiciones desde donde se producen estas miradas para descontextualizarlas. Este primer movimiento de descontextualización debe ser seguido de otro de recontextualización, pero para que eso sea posible antes debe promoverse otro proceso. Algunos autores le llaman reflexividad. Se trata precisamente de la suspensión entre un punto de vista inicial y un punto de vista provisoriamente final, o entre dos extremos distintos de una participación con el fin de contraponer los propios límites del sujeto de la indagación. Así, el sujeto puede ser concebido como una posición dentro de un conjunto de relaciones de fuerzas (Foucault, 1975) y como tal, comprenderse como un trayecto. Si esto ocurre, el sujeto en lugar de ser pensado como algo dado y definido, puede ser concebido como un intervalo entre una identidad y otra, casi del mismo modo como Rancière (2006) define qué es un sujeto político. Entenderé la reflexividad entonces, como aquel momento en que el sujeto logra plegar las posiciones que lo producen y puede tomarse para sí como sujeto de pensamiento o, literalmente, de reflexión.

Para Bárbara Babcock (1980) la reflexividad es la capacidad de lenguaje y pensamiento de cualquier sistema de significación para plegarse sobre sí mismo y devenir un objeto para sí. Esto supone apuntar la mirada a la propia experiencia, lo que hace posible considerarse a sí mismo como "otro". Por otro lado y como afirma Douglas E. Foley (2002), a través de un reflejo constante del yo uno se vuelve reflexivo sobre la naturaleza socialmente construida y situada del yo, y por extensión, del otro. En esta formulación, el yo es un yo múltiple, construido, siempre convirtiéndose y nunca está absolutamente fijo. Así las producciones etnográficas de tal yo y del "otro cultural", son siempre histórica y culturalmente contingentes.

Si traigo este problema de la posición y de la reflexividad del sujeto no es sólo por una cuestión de orden estrictamente metodológico. De cierta forma, el propio objeto de indagación está hecho de estos procesos que se instituyen, no en un contexto de investigación, sino en las prácticas cotidianas de las personas. A medida que me propuse hacer este ejercicio etnográfico, en el que me comprometí a mí misma a cambiar de posición en un sentido figurado y literal como intentaré mostrar más adelante, aquello que observaba y que se convirtió en objeto de mis preguntas comenzaba a transitar por mecanismos similares. Lo que estaba de fondo en mi observación era, en definitiva, cómo alguien podía devenir sujeto de conocimiento, sujeto de prácticas, sujeto de sí tomando formas reflexivas que en ocasiones eran producidas de manera heterónomas. Este paralelismo entre lo metodológico y lo epistemológico guió gran parte de mi trabajo, en ocasiones implícitamente, en otras, como irrupciones explícitas que me enseñaban que algo estaba pasando.

En lo que sigue, abordaré mi participación en una consulta de medicina familiar en un contexto de atención primaria, donde por aproximadamente nueve meses indagué como ya introduje, en cómo la salud mental se compone y practica en una situación sanitaria donde los problemas que se le asocian no están delimitados por lo que llamamos enfermedad mental. Lejos de ir en busca de lo patológico, me interesaba presenciar situaciones donde aquello que constituye lo que se denomina salud mental fuera desplegado sin la obligatoriedad de ser reconducido a clasificaciones, patologizaciones o definido diagnósticamente. De esta manera, parte de mi

preocupación se centró en ver cómo la experiencia de los sujetos era traducida en el encuentro clínico. Por eso busqué explorar interacciones cotidianas en este contexto específico, para observar y describir cómo se despliegan prácticas que podemos llamar de salud mental, a la vez que estudiar cómo la salud mental puede ser pensada como una matriz para dar sentido y significar las experiencias cotidianas.

Así, entre principios de Noviembre de 2013 y finales de Julio de 2014, acompañé a una médica de familia en su trabajo diario dentro de un CAP de una ciudad de la provincia de Barcelona. Ahí, de lunes a jueves me senté junto a ella en su escritorio, para recibir a los pacientes que ubicados frente a nosotras, asistían con sus consultas. Además, en un par de ocasiones me sumé a las visitas domiciliarias que ella realizaba los días viernes. En cada caso, mi propósito fue observar las interacciones que se producían entre ella y los pacientes.

Específicamente, un centro de atención primaria de salud, o CAP, es junto con los consultorios locales para zonas rurales, el lugar donde se ofrece atención primaria de salud en España («Centros sanitarios», s. f.). Ahí se provee de asistencia sanitaria y social, servicios de promoción de hábitos saludables, diagnóstico y tratamiento de los principales problemas de salud agudos y crónicos, prevención de enfermedades y rehabilitación. Sus equipos se componen por profesionales de medicina familiar, pediatría, enfermería, odontología, trabajo social y atención al ciudadano, tratándose del punto de acceso a la atención sanitaria⁹, y desde el cual se deriva al resto de prestaciones del sistema público de salud. En Cataluña específicamente, el Servei Català de Salut (CatSalut) establece para toda ciudadana y ciudadano un CAP de referencia según donde resida («Atención primaria y comunitaria», s. f.). Además, su funcionamiento está alineado con las orientaciones y recomendaciones que la OMS establece para la atención primaria, de manera que su actividad se rige tanto por una planificación gubernamental y por tanto nacional, como por otra de carácter y alcance global. Como ejemplo de lo anterior, en las últimas décadas la OMS ha explicitado la necesidad de integrar la asistencia y el tratamiento de salud mental en centros de salud no especializados, de manera que los CAP han comenzado a incluir la salud mental

⁹ Excepto cuando se trata de una urgencia.

entre sus servicios (OMS, 2013), convirtiéndose en una *“pieza clave en la detección precoz y la atención de los problemas de salud mental más leves”* («Atención a la salud mental y adicciones», s. f.). En esta línea, el 2013, mismo año que comienzo mi ejercicio etnográfico, la OMS lanza el Plan de Acción sobre Salud Mental (OMS, 2013) que establece gestiones hasta el 2020, para desarrollar y aplicar *“una estrategia de creación y fidelización de recursos humanos para dispensar servicios de salud mental y asistencia social en establecimientos de salud no especializados, como centros de atención primaria y hospitales generales”*. De modo que recientemente los centros de atención primaria de salud o CAP, comienzan a pensarse como lugares privilegiados para la atención de la salud mental de la población, deviniendo en *“la manera más viable de asegurar que la población acceda a los cuidados en salud mental que necesita”* («Integrando la Salud Mental a la Atención Primaria», s. f.).

Así, este espacio sanitario ofrece condiciones que resultan significativas para mi investigación. Por un lado el amplio alcance de su atención por lo inespecífico de sus intervenciones al no tratarse de consultas de especialidades médicas, así como por la alta demanda que recibe, me permitía acceder a cuestiones diversas planteadas por los consultantes. Por otro lado, encontraría ahí un ejemplo de la concreción de la articulación entre prácticas y discursos locales sobre salud mental, y otros de alcance global. Y finalmente, me permitiría observar cómo emerge y se aborda la salud mental cuando no está estrechamente referida a una patología mental; he planteado que la salud mental ha anclado una mirada sobre la vida cotidiana que tiene a la salud como rectora de los modos de entendimiento de las relaciones con uno mismo y los demás, y el llamado a ofrecer *servicios de salud mental* que se introduce recientemente entre las funciones de un CAP, me daría un acceso privilegiado para repensar mi hipótesis.

Y dentro del CAP, centré mi atención en la consulta de medicina familiar, una de las especialidades médicas efectoras por excelencia de la atención primaria (Abril-Collado & Cuba-Fuentes, 2013). El profesional de medicina de familia se caracteriza por abordar el tratamiento de individuos y familias con un enfoque biopsicosocial, integral y continuo, lo que se traduce en que maneja diferentes referentes disciplinares, trabaja con personas y grupos familiares a lo largo de distintos momentos vitales, sin

distinciones de sexo, género, edad, sistemas corporales u órganos involucrados, pudiendo atender la mayoría de las enfermedades, para no sólo resolver cuestiones específicas, sino también realizar derivaciones pertinentes dentro de la red asistencial (Abril-Collado & Cuba-Fuentes, 2013; León-Sanromà *et al.*, 2009). Otro elemento fundamental en la práctica de la medicina familiar que pesó al momento de proyectar la investigación, es el vínculo terapéutico que implica. Cada contacto con la persona o familia, se piensa no sólo como un medio para resolver cuestiones de salud específicas, también como una oportunidad para detectar y prevenir prontamente futuras enfermedades, así como promover y educar sobre hábitos o conductas, de manera que una relación de confianza médico-paciente se vuelve no sólo necesaria, también parte de la terapéutica (Abril-Collado & Cuba-Fuentes, 2013; Ramírez Parrondo *et al.*, 2016). Por todo esto, la medicina familiar y la alianza médico-paciente que implica, se presenta como una oportunidad para intervenir en el ámbito de la salud mental desde la atención primaria, cuyas características -atención personalizada, seguimiento de diferentes períodos vitales y su enfoque biopsicosocial entre otras-, favorecen un contexto de intimidad y contención donde poner en juego cuestiones que involucran diferentes esferas de la vida, y donde pueden circular consejos y opiniones, así como *"ayudar al paciente a pensar y encontrar sentido a su malestar a través de la escucha y la interlocución"* (León-Sanromà *et al.*, 2009). Por último, el profesional de la medicina familiar es pieza clave no sólo en el abordaje de problemas de salud mental, también en la derivación hacia servicios especializados en salud mental, lo que supondría diálogos y discusiones sobre los problemas que se abordan definiéndolos como salud mental.

Puede parecer evidente pero quiero volver sobre esto: la salud mental ha sido concebida desde siempre como un problema de salud, lo que nos obliga a pensar también, qué es un problema de salud, o cómo se produce un problema en problema de salud. Precisamente esta es una de las razones de porqué he escogido realizar mi trabajo de campo en la consulta de medicina familiar en un centro de atención primaria, pues es en esta organización donde se ve con mayor claridad la puesta en marcha de muchas de las definiciones estratégicas de atención primaria de salud (APS), donde los componentes de prevención y promoción, el abordaje comunitario e integral de los problemas de salud, así como su inserción territorial en la comunidad, son

fundamentales, y posibilitan un trato frecuente y constante con los consultantes, asumiendo y abordando temas cuyos límites respecto a la salud se desdibujan. Pero aún más importante, es en este tipo de espacios donde se puede observar la articulación de la salud mental y la salud y por momentos la indistinción entre ambas, así como la negociación donde se resuelve si un problema atañe o no a aquellas disciplinas especializadas en el tratamiento de problemas específicos de salud mental.

Acabo esta breve introducción mencionando que para preservar la identidad de todas aquellas personas que participaron, profesionales y usuarias, he decidido mantener el anonimato, por lo que los nombres que aparezcan serán ficticios, y su elección fue arbitraria, no respondiendo a ningún sistema de decodificación que pudiera ser deducido.

Construyendo el campo

Me he encontrado con muchos trabajos que hablan del ingreso al campo como si éste fuera algo en el que se puede entrar y salir, sin embargo mi experiencia ha sido diferente. Por esto, en la investigación que presento el campo será pensado como una construcción que supone un hilar y componer relaciones dispersas, fragmentarias, que son enlazadas por el cuerpo de la investigadora y sus mutaciones en las propias tensiones de su devenir. Es así que no se trata de un sitio en un sentido positivo, sino una trasposición y conexión permanente de territorios de la más diversa índole: territorios existenciales, territorios institucionales, territorios disciplinares, geográficos, entre otros.

En su propuesta de etnografía multisituada, Marcus confronta aquella visión positivista del campo:

“One response is that the field broadly conceived and encompassed in the fieldwork experience of most standard ethnographic projects indeed already crosses many potentially related sites of work, but as research evolves, principles of selection operate to bound the effective field in line with long-standing

disciplinary perceptions about what the object of study should be. Thus, fieldwork as traditionally perceived and practiced is already itself potentially multi-sited" (Marcus, 1995: 100).

Me quedo entonces con la idea de que el campo posee una naturaleza fragmentada, donde la recomposición y la reunión de ciertos materiales, relaciones y discursos dispersos hacen a la tarea de su construcción. Un campo pensado y concebido en estos términos es dinámico y su continuidad o discontinuidades dependerá del resultados de las interacciones y de las voluntades de los actores humanos o no humanos que le componen. De ciertas forma, el campo se asimila a aquellos agrupamientos heterogéneos que Foucault llamó dispositivos y que se definen no por los elementos que le componen sino por las posiciones que estos ocupan en el conjunto. En este sentido, el campo estará hecho de posiciones y disposiciones, de trayectos y movimientos, pero también de zonas y territorios que se compondrán por las acciones de los primeros.

Primer Momento

A mediados de mayo del 2013, la directora de mi tesis me pone en contacto con una médica de familia que trabaja en un CAP y que tal vez, podía orientarme para conseguir entrar en uno de éstos. Luego de escribirle un correo electrónico, quedamos en reunirnos para darle más detalles de mi proyecto de investigación, y para que ella pudiera contarme del trabajo que se hacía en un CAP vinculado con salud mental; yo estaba al tanto de que la OMS en las últimas décadas promovía la integración en los servicios de atención primaria de la asistencia y el tratamiento de salud mental («Integrando la Salud Mental a la Atención Primaria», s. f.), pero no sabía de qué manera esto se estaba aplicando.

Nos reunimos en el centro de Barcelona y fuimos por un café. El encuentro fue fluido, cada una volvió a presentarse, esta vez con más detalles. Le conté que hasta partir a Barcelona para hacer un Master, había trabajado en Chile como psicóloga clínica en un hospital público, y cómo a partir de esa experiencia, la salud mental había dejado de ser

algo evidente en mi oficio para convertirse en una interrogante que guiaba hoy mi investigación. Ella comenzó comentando que por esos días estaba concentrada en su trabajo final para un diplomado de sexología, escribiendo sobre el tratamiento que había hecho con una paciente con vaginitis. Coincidimos en que la sexología estaba entrelazada con la salud mental, ya fuera porque podía apelar a causas psicológicas para pensar las dificultades que se manifestaban, porque la sexualidad es parte importante del relato que cada uno hace sobre su identidad, o porque ciertas experiencias del ámbito de la sexualidad hoy son patologizadas, normalizadas o etiquetadas; estuvimos un buen rato sobre estos asuntos, contándonos situaciones de nuestros trabajos que podían ser materia de la sexología, y explicitando nuestras posiciones sobre ésta y sobre las prácticas sanitarias en general. Le hablé de la distancia que sentía en ese momento del trabajo clínico, ella me habló de lo importante que es ser *"una médica lesbiana y feminista"*, sobretodo dentro del ámbito sanitario donde las *"imposiciones hegemónicas y androcéntricas"* son comunes, y cómo estar atenta a *"cuán valórico puede ser el conocimiento y la práctica médica"* es parte urgente de su trabajo *"como médica y como sexóloga"*. Aún no hablábamos de su trabajo en el CAP, ni de qué se hacía ahí para atender la salud mental de los pacientes, pero habíamos encontrado un punto de interés mutuo, prestar atención a cómo algunas prácticas de salud están diagramadas por determinada moralidad.

Al reunirme con ella pensaba que en el mejor de los casos podría contactarme con alguien para negociar con esta eventual persona, cómo acceder a un CAP y en qué condiciones se me permitiría observar prácticas vinculadas con la salud mental, ¿tal vez en las salas de espera?, ¿tal vez en las consultas de urgencias médicas?

Le pregunto directamente por la inclusión de la salud mental dentro de los servicios que se prestan en el CAP, ¿es algo que observa en su consulta?, de ser así, ¿cómo afecta su trabajo? Se toma un tiempo para pensar, luego me explica que con la crisis que vive España las personas que ve en el CAP muestran más que antes de la crisis, "problemas de salud mental", "diferentes malestares". ¿Cuáles? Pregunto. *"A veces consultan por insomnio, o andan con angustia, incluso contracturas... no todos, por supuesto... pero alguien que perdió su trabajo, o lleva tiempo sin encontrar trabajo... o pasan por*

desahucios... no sé... no soy terapeuta, pero considero que esas angustias, el estrés, el malestar emocional... o personas que están pasando por situaciones de abuso laboral y están quemados, son problemas de salud mental... claro, también llega gente que está muy deprimida o con cosas que no puedo manejar y ahí derivo a algún servicio de salud mental...". También me habla que se están haciendo recortes en los recursos destinados para pensiones por discapacidad o vejez, y esto lo ve cada vez más en las personas que acuden a su consulta. Le pregunto cómo hace la distinción entre las cuestiones que deriva al servicio especializado de salud mental, de aquellas que sí puede tratar ella en el CAP. Responde que sabe que hay algunas cosas que en su consulta ya sea por tiempo o porque no está *"preparada para hacer terapia... tenemos nueve minutos para atender cada paciente..."*, son muy difíciles de abordar. Ambas estamos entusiasmadas con la conversación, que plantea para ambas preguntas más que respuestas, ¿qué es la salud mental?, ¿es la salud mental algo que involucra a todos, o solo a aquellos que tienen problemas de este tipo?, ¿cuál es la cualidad de lo mental?, ¿cómo se relaciona la salud mental con las condiciones sociales?, ¿por qué es algo que ha pasado a formar parte de la medicina?, ¿lo mental es objeto de la medicina? Me cuenta que cada cierto tiempo va al CAP una psiquiatra para trabajar junto al equipo, sobre algunos casos; aun así, reconoce que es un ámbito que no les es propio, hay límites que no resultan fáciles de definir, y finalmente el criterio de cada profesional es decisivo para tomar decisiones, por esto, es necesario estar *"permanentemente abierta a pensar en mi práctica clínica... tener consciencia de que haces ideología cuando estás haciendo determinados trabajos, como éste..."*.

Me comenta que podría hacer mi investigación en su consulta en el CAP. Recibo la noticia con sorpresa y entusiasmo. Para esto es necesario solicitar formalmente mi ingreso al CAP, para lo cual tengo que enviar una carta al director del Centro, y a la encargada de la docencia de pregrado, que se ocupa de coordinar y distribuir los alumnos de medicina en formación que reciben.

De este primer encuentro asomó la expresión *"problema de salud mental"*, ella lo usaba como algo diferente a la enfermedad o al trastorno de salud mental, algo que se presenta como problemático, y que a pesar de no ser una enfermedad, demanda

atención. Ese enunciado apareció entonces como señuelo de algo, sobretodo en un período en el que a pesar de saber que lo que me interesaba era otra cosa de los problemas vinculados a la enfermedad mental, me resultaba difícil configurar una idea de salud mental diferente de aquellas cuestiones involucradas para abordar lo relativo a la patología mental; me interesaba del binomio *salud-mental*, la noción de *salud*, de modo que la expresión "*problema de salud mental*" me sugirió un territorio nuevo, a medio camino entre lo saludable y lo enfermo, trayendo también nuevas preguntas: ¿cómo algo se vuelve problemático en salud mental?, ¿es posible pensar una salud mental sin enfermedad?, ¿cómo se aborda la salud mental si no hay una enfermedad en el sistema sanitario?

También me quedé pensando en lo complejo que resulta hablar de salud mental más allá de su definición, o sin tener como referencia lo que llamamos patologías mentales. En nuestra primera conversación con la médica compartimos no sólo situaciones laborales e ideas sobre nuestros trabajos, compartimos también un modo de interesarnos por la salud mental que la asume como algo necesario de pensar y cuestionar, más que como una verdad o certeza por descubrir. De esta manera, cómo aparecía en la consulta de atención primaria la salud mental, era una interrogante que ambas teníamos.

Segundo Momento

Luego de un encuentro con el director en los primeros días de septiembre, donde éste se mostró desinteresado y poco dispuesto a facilitar mi presencia en el CAP para desarrollar parte de mi investigación ahí, le escribo a la médica para comentarle esta impresión y reiterar mi interés por realizar mi trabajo de campo en su consulta de medicina de familia. Ella me responde que hablará con él, tal vez sea mejor proponerle coordinar mi ingreso al CAP a través de la encargada de la docencia de pregrado. Finalmente luego de un par de semanas recibo noticias, escribe que ha conseguido mi entrada a través del técnico de salud que coordina docencia e investigación en el centro, y será la encargada de la docencia quien presente mi pronto ingreso al resto del equipo.

Me plantea asimismo que al terminar entregue un informe donde se detalle las horas que estuve presente en consulta, para incluirlas como actividades docentes. Me comenta también, que podrían interesarme las reuniones que lleva una psiquiatra cada tanto con el equipo, sin embargo en ese momento buscaba alejarme de las prácticas psiquiátricas así como de los asuntos relativos a la enfermedad mental, de modo que me abstuve de asistir a dichas reuniones. Antes de despedirse me pregunta, *"nuestras consultas son de cinco horas, donde hay de todo... desde diabetes hasta duelos, otitis y mocos... ¿querrías estar en la consulta toda entera? Sólo en los casos que ya vienen con demanda de 'ansiedad'?"*

Terminando octubre ya está todo en orden para incorporarme a observar las consultas de la médica, que llamaré Luisa. En los días previos a mi incorporación, voy al CAP para acordar con ella el día en que comenzaré a asistir regularmente y otras cuestiones relativas a la investigación. Luego de resolver estos asuntos, vamos a hacer un recorrido por las instalaciones para conocer el lugar, y para presentarme con algunas personas que trabajan ahí. Comenzamos en la recepción, donde Luisa comenta que soy una psicóloga que a partir de unos días me verán habitualmente por ahí, estaré junto a ella *"viendo pacientes"*, yo sonrío buscando ser amable, pero no agrego nada más. Luego vamos a una sala grande en la que se hacen las reuniones clínicas y también, donde se encuentran durante las jornadas laboral los profesionales en sus momentos de descanso. En esa ocasión hay varias personas, unas sentadas tomando un café y conversando, otras de pie en disposición de abandonar la sala pronto pero aun comentando algo con otros, unos cuantos de pie mirando la información que se comparte en un par de diarios murales donde se anuncian reuniones, cursos, noticias y convocatorias sindicales, entre otras, también unos pocos que entran y salen de la sala. Esta vez Luisa me presenta además de como psicóloga, como una estudiante de doctorado que trabaja sobre salud mental. Todos saludan y algunos mostrando algo de interés, me comentan medio en broma, que ahí encontraré bastante material para mi investigación. Una médica que es de las que afirmaron se veían varias cuestiones ligadas a salud mental, pregunta a sus colegas si recuerdan a X. Se sonríen con complicidad y uno desliza un comentario a media voz con sarcasmo que no alcanzo a entender. Un hombre con bata blanca que supongo es médico, pregunta qué ha sido de ese paciente.

Algunos de los presente comparten información sobre X e Y, y una de las médicas que participa de la conversación me dice, *"acá vemos algunos casos insólitos, y algo tenemos que hacer... no es que se nos pida que resolvamos problemas psicológicos además de nuestro trabajo, pero de todas maneras tenemos que hacer algo, contener, dar consejos, no sé... Sería bueno contar con una psicóloga acá"*. Pregunto qué ha pasado con X, me responden con tono jocoso que X se casaría con Y, los conocen porque ambos son pacientes del CAP y los mantenían al tanto del evento, ambos parecían ilusionados con el matrimonio, sin embargo luego de pocos días de casados, Y dejó a X para irse con otra persona, que también se atiende en el centro. Hablan de esto como un ejemplo de los problemas de salud mental que ahí encontraré, me quedo pensando por qué esa situación sería un problema que corresponde a la salud mental, ¿porque la persona en cuestión ha pasado por una situación difícil?, ¿porque el motivo del dolor que le suponemos no tiene que ver con la medicina y enfermería?, ¿porque X estaría sufriendo?, ¿porque X e Y son considerados personas con problemas de salud mental? Finalmente vamos a conocer a la enfermera con quien Luisa, en aquel entonces trabajaba. Me presenta como una estudiante de doctorado en psicología social y cuya investigación es sobre salud mental en la atención primaria. Luisa algo ya le había adelantado, y junto con saludarme la enfermera dice, *"así es que estarás por acá con nosotras, ya verás que hay mucho material para ti, hay mucha necesidad..."*. Pilar, como llamaré a la enfermera, también remarcó que vendría muy bien contar con una psicóloga en el ambulatorio, e insiste en que *"acá vemos muchas cosas que son de salud mental..."*.

Tercer Momento

Con Luisa acordamos que asistiría de lunes a jueves durante toda su jornada de médica de familia. El tiempo de cada atención para esta especialidad son ocho o nueve minutos, los que pueden extenderse sólo en caso de alguna excepción.

La médica me propuso me sentara junto a ella en su escritorio, de modo que quedé ubicada frente a los pacientes y con visibilidad de toda la sala, que además del escritorio

al fondo mirando hacia a la puerta de entrada, cuenta a un costado con una camilla sobre la cual pegados a la pared hay unos oftalmoscopio¹⁰ y otoscopio¹¹ eléctricos, una cortina de tela que al extenderse produce un pequeño espacio de privacidad, un basurero y a continuación de éste, una mesa de acero quirúrgico con guantes de látex y otros elementos para examinar los cuerpos; también, un lavamanos, gel desinfectante y una estantería con medicamentos a la vista. En la pared contraria, un instrumento para medir el peso y la altura, y una puerta que conecta con la sala de la enfermera.

Será ella quien me introduzca con los pacientes, y luego de presentarme como psicóloga que realiza una investigación doctoral sobre salud mental, preguntaremos si hay alguna consulta u objeción por mi presencia ahí. De ser así, responderé las dudas que se planteen, y si es necesario, me retiraré de la sala. Este modo de presentación fue frecuente en un comienzo, para luego ir desapareciendo en la medida que comenzaba a ser una presencia habitual en la consulta de Luisa. Esta familiaridad con mi lugar en ese espacio no fue sólo para los pacientes, también fue manifestándose para la médica y para mi, de manera que al cabo de unos meses de compartir las jornadas laborales, el modo original de presentación fue abreviándose y ante la llegada de alguien por primera vez a consultar con ella, la médica ahora decía "*...ella es María José, una psicóloga que estará por un tiempo en la consulta conmigo*". De los meses que estuve ahí, sólo en una ocasión un paciente manifestó incomodidad por mi presencia, la gran mayoría me asumió sin más preguntas, admitiendo que participara en la situación clínica. La excepción fue un hombre de cincuenta y siete años, quien a las pocas semanas de iniciada mi observación en la consulta de Luisa, entra a la sala mirándome con algo de desconcierto y antes incluso de tomar asiento, le pregunta a la médica quién soy. Ella lo saluda y me presenta, "*es una psicóloga que está haciendo una investigación predoctoral en salud mental*", lo saludo, y él insiste sin hostilidad pero sin despegar la mirada de mi y en evidente tensión, "*...y por qué estás ahora?*", la médica se adelanta a mi respuesta y le explica que en el contexto de mi investigación estaré con ella aproximadamente un año viendo cómo se presentan los problemas de salud mental en la consulta de medicina familiar, agrega que estoy haciendo mi formación en la Universitat Autònoma de

10 Instrumento para ver el fondo del ojo de un paciente, ampliado.

11 Instrumento médico para examinar el conducto auditivo externo y el tímpano.

Barcelona, y finalmente le pregunta si está de acuerdo con mi presencia durante su visita, ofreciéndole que puedo salir si es que lo prefiere. El hombre le dice a la médica, *"confío en ti, puede quedarse"*. Luego me presento con nombre, apellido y país de procedencia, y una vez acabo de hablar, él se levanta, me estrecha su mano y dice también su nombre, y vuelve a sentarse. Nos explica qué lo ha traído a consultar en esa ocasión, necesita comentarle a Luisa lo que le está ocurriendo en otro lugar donde se atiende, *"por derivaciones del sistema sanitario, en el centro de salud mental quieren que tome sertralina... no estoy de acuerdo..., y como eres mi médica de cabecera..."*. Luego que se retira este paciente, comentamos con Luisa que las preguntas y preocupación del hombre por la presencia de una extraña junto a su médica son esperables, y sin embargo, era el primero en formularlas. De pronto, nos pareció extraño que no hubieran más interpelaciones o cuestionamientos por mi presencia ahí.

Cabe mencionar que tanto los profesionales del CAP como las personas que asistieron a la consulta de Luisa mientras estuve ahí, estuvieron siempre al tanto de que estaba como parte de una investigación.

Otra cuestión que conversamos con la médica antes de comenzar, fue si debía estar en silencio o participar durante las visitas. Nos pareció apropiado ir definiendo esto sobre la marcha, pues desconocíamos cómo podía resultar para los pacientes mi presencia ahí. En un comienzo me limité a observar las situaciones, pero al cabo de unas semanas empecé a hacer algunas preguntas a los consultantes, y para mi sorpresa me encontré con que fácilmente me reconocía en una lógica psicologista que intenté evitar para dedicarme a observar. Así, noté que en mis intervenciones se advertía una tendencia a buscar o producir sentido respecto de lo que era expuesto, y de pronto estaba ahí como psicóloga y no como investigadora. Mi posición debía ser otra, la de observación, no de intervención.

Respecto del registro del material, opté por no tomar apuntes durante las atenciones de la médica, pues supuse que si escribía frente a los consultantes, éstos podían preguntarme o preguntarse qué estaba apuntando, o simplemente podían incomodarse o distraerse por el solo acto de verme registrando parte de su consulta. Así, las notas fueron hechas en momentos entre visitas, registrando datos como edad, sexo-género,

motivos por los que habían consultado, coordinadas de la situación y alguna idea o frase que me pareciera relevante. Luego al terminar la jornada, describía alguna situación que había llamado mi atención, evocando cuestiones concretas o problemas abstractos. La recogida de información contempló la observación de situaciones en la consulta y conversaciones con profesionales con los que compartí en el CAP.

La Salud Mental en una Consulta de Medicina Familiar

Los pasillos del CAP están ocupados por personas esperando ser atendidas, hay mucho movimiento como es habitual en las primeras horas de la mañana. Es un día soleado a mediados de otoño, y hace ya algunas semanas acompaño a Luisa en su consulta de medicina familiar. Al llegar cada día, la médica enciende el ordenador, imprime el listado de pacientes que verá durante la jornada, lo mira y en ocasiones también, revisa su correo electrónico. Luego se levanta con la hoja de papel impresa en la mano, va a la puerta y dice un par de nombres en voz alta, saluda a quienes esperan en el pasillo, hace pasar a alguien e indica a las otras personas nombradas, quién será el siguiente en entrar.

Para comenzar dos mujeres ingresan en la sala, la mayor tal vez tenga unos sesenta años, la otra menos de treinta, ambas con rasgos orientales. Toman asiento y la más joven sonrío con gesto amable, la mayor se mantiene seria, nos mira sin decir palabra. La médica saluda, me presenta y luego les dice, *"pues díganme..."*, la joven contesta mirando a la otra mujer, *"mi madre viaja a China y quiere llevar medicamentos... vacunas, también pastillas para el resfrío..."*. Esto motiva una nueva pregunta por parte de la médica, quien dirigiéndose a la mujer mayor, consulta, *"¿usted está con un tratamiento?, ¿está tomando algún medicamento?"*. La joven, en un idioma que supongo es chino, le comunica algo a su madre, al parecer está traduciendo lo que Luisa preguntó. La mujer mayor le responde escueta y enérgicamente en este idioma que nos

es inaccesible. La hija se toma un momento y con una sonrisa a medio camino entre la amabilidad y la incomodidad, nos explica que está ahí para hacer de traductora de su madre quien sólo habla chino. Plantea que en pocas semanas su madre viajará a visitar a su propia madre, y quiere llevarle medicamentos que no se encuentran fácilmente en el pueblo donde vive. Quiere llevar *"medicinas"*, entre éstas una *"pastilla que ya ha tomado para el resfrío y le quita el dolor de cabeza"*, pero no recuerda su nombre, también vacunas, por ejemplo para la gripe y el tétano. La madre mientras su hija habla, la mira atentamente. La médica pregunta a la mujer joven, *"¿tu madre quiere llevar medicamentos para tu abuela?"*, *"sí, para ella y para la familia..."*, responde, Luisa replica, *"¿tu abuela está enferma?"*, *"no, mi madre sólo quiere medicamentos y vacunas para ella... sabe que hay para tétano y gripe..."*. La médica responde que no puede prescribir medicación a personas que no ha visto nunca, agrega que llevar vacunas de un país a otro no es fácil, así como introducir medicamentos sin prescripción médica del paciente. La joven le traduce esto a su madre, y ésta responde subiendo el tono y mirando con expresión molesta a la médica, se produce un diálogo entre madre e hija que aunque no entendemos su contenido, suponemos se trata de una discusión. La hija nos mira y dice que su madre insiste en que necesita llevar esos medicamentos, quiere *"curar del resfrío"* a sus familiares y ya les ha comentado que llevará *"pastillas y vacunas"*, así es que las esperan; mientras nos habla su madre interrumpe en un par de ocasiones, habla con firmeza y señala a la médica como interpelando a la hija para que le diga algo a la profesional. Luisa le comenta que para el resfrío hay medicamentos que ayudan a paliar los síntomas y se consiguen en las farmacias, reitera que no puede recetar medicamentos ni vacunas para sus familiares en China, no los conoce y por tanto no sabe qué necesitan. Agrega que si sus familiares van a un centro sanitario allá, y corresponde, los médicos del lugar le prescribirán lo necesario para tratar sus problemas de salud. Al comenzar a traducir para su madre, ella comienza a increpar directamente a la médica, mientras la hija traduce esta vez en simultáneo: *"mi madre dice que ya una vez llevó medicamentos a China y no tuvo problemas"*, *"...dice que no se irá de acá sin sus medicamentos... tiene derecho porque tiene residencia..."*. La médica reitera lo ya dicho, no puede recetar medicamentos ni vacunas para sus familiares en China, y les pregunta si puede ayudarlas con algo más. La madre está manifiestamente molesta, la hija parece incómoda, nos quedamos las cuatro en silencio, hasta que Luisa

da por terminada la sesión. Mientras se retiran, Luisa se queda escribiendo en el ordenador parte de la consulta en una ficha electrónica, procedimiento que se repite con cada atención. Cuando acaba de escribir, se para y va a la puerta para hacer entrar al siguiente paciente.

Continuamos con la consulta de una madre y dos hijos adolescentes. Todos saludan a la médica afectuosamente, se sientan la madre y el hijo, quedando la joven de pie al lado de su madre. Luisa pregunta, "*¿cómo han estado?*", bien, responden todos. El hijo comienza a contar que está ayudando en la bodega de un supermercado, y mientras habla, la madre interrumpe para comentar que sigue desempleada y que está molesta porque su hija "*pasa el día completo frente al ordenador*". La joven se ríe con una coquetería tímida con este comentario, y replica que su hermano también lo hace cuando está en casa. Hablan todos al mismo tiempo, se interrumpen. El tono de la situación es afable, incluso cuando se acusan mutuamente de cosas con la médica, a quien parecen considerar en esta dinámica, una autoridad a la que todos rinden cuentas. La situación algo caótica, es interrumpida con una pregunta de Luisa, "*¿a qué han venido?*". Se produce un silencio, el que corta la madre para decir que está cansada de estar recordándole a su hija que tome los anticonceptivos, "*... cuando le digo, se enoja... o no me hace caso...*". La madre y el adolescente se muestran algo cohibidos, miran al suelo y no hablan más. La joven de pie nuevamente se sonríe, inclina su cabeza y dice, "*me da vergüenza hablar de esto...*". La médica pide que el hermano y la madre salgan de la sala, quiere hablar a solas con ella. Cuando esto ocurre, la joven toma asiento y se queda en silencio con gesto retraído. Luisa le pregunta porqué su madre debe recordarle tomar los anticonceptivos, "*... no sé, no me lo he preguntado, ella me lleva al médico... y tiene buena memoria, yo me olvido de todo...*". La médica le habla sobre lo importante que es que ella se haga cargo de esto, explicándole que no se trata simplemente de tomar una píldora, es también parte de su vida sexual y por tanto, de "*su intimidad*". La joven escucha en silencio y se ve incómoda, yo me pregunto si su incomodidad es por hablar de sexualidad, o porque no quiere que la médica interfiera en la rutina que implica el recordatorio de su madre. Luisa le pregunta si tiene alguna preocupación, si tiene novio, si hay dudas que ella pudiera resolver, la joven responde a todo escuetamente, dando la impresión de querer terminar pronto ahí. La médica

finaliza mencionándole que puede pedir hora con ella cuando quiera, *"no es necesario que vengas con tu madre..."*, ella asiente y se retira.

La mañana sigue con una pareja mayor, tienen más de sesenta y cinco años, y por la familiaridad con que saludan a Luisa, presumo se conocen hace un tiempo. Vienen por unas analíticas que el hombre se ha realizado, pues está preocupado por su colesterol. La mujer carga una carpeta de donde saca una vez que toma asiento, el papel de la citación y se lo pasa a la médica; ésta, busca en el ordenador los resultados de la analítica, y mientras lo hace, les pregunta cómo han estado, cómo se han sentido. El examen muestra que no ha bajado el colesterol, pero la médica señala que los otros índices medidos revelan que no es grave su situación, eso sí, *"debe seguir cuidando su dieta y caminar a diario"*. Luego imprime los análisis para pasárselos al hombre, éste los recibe y se los pasa a su vez, a la mujer, que los guarda en la carpeta. En paralelo al intercambio relativo al colesterol, la médica pregunta a cada uno cómo han estado de ánimo, pregunta también, cómo están sus hijos y nietos, y entiendo de este diálogo, que hace un tiempo murió una hija de ellos. Señalan que *"dentro de todo"*, las cosas están bien. La médica se para y va a auscultar a ambos, primero al hombre, que es quien ha pedido la cita, luego a la mujer. Ésta, hacia el final de la consulta, le solicita a Luisa si puede darle una nueva orden para retirar Lorazepam. La médica responde que no, que lleva un tiempo suficiente tomándolo y ya es hora de suspender su uso. La mujer replica que si no toma el medicamento no duerme, y le pide en un tono entre suplicante y molesto, que le dé una orden para conseguir el medicamento. Luisa accede pero antes la compromete a que debe comenzar a bajar las dosis, y le sugiere salir a caminar por las tardes junto a su marido para cansarse y así dormirse con más facilidad, pues reitera, es necesario comenzar la retirada del medicamento.

Seguimos con la visita de un hombre de treinta y cinco años que viene por un sarpullido en su torso; Luisa lo examina, pregunta si eso le apareció como reacción a algo en específico, también si le había ocurrido antes, responde que no. Probablemente es una alergia, por lo que la médica le receta un medicamento para tomar y un ungüento para aplicar, explicándole cómo debe administrarlos. Imprime las ordenes médicas y finalmente le indica que vuelva en diez días cuando termine el tratamiento.

Luego, asiste una mujer de aproximadamente cuarenta años, entra con un hombre al que presenta como su pareja. Consulta porque está con problemas de colon, y mientras describe sus síntomas y malestares, el hombre junto a ella va acompañando su relato con comentarios, gestos o sonidos que muestran desaprobación sobre lo que la mujer relata. La médica le pregunta a ella por sus hábitos alimenticios, "*¿qué come?, ¿a qué hora suele cenar?, ¿nota que algo le cae más pesado?, ¿hace cuánto tiempo está con estas molestias?*". Luisa explica que los problemas de colon suelen estar asociados a situaciones de estrés, y que una manera de abordarlos, además de "*identificar*" la situación estresante, es a través de la alimentación, y le sugiere consumir más líquidos, frutas y verduras, limitando las comidas "*más pesadas y especiadas*".

También asiste un hombre de más de sesenta años que viene a control luego de una caída. Le sigue otro paciente de edad similar que viene de África occidental y vive hace más de una década en Cataluña, se conocen con la médica hace tiempo, hablan de su trabajo, y él me explica que en su país natal era Pastor de una iglesia. Finalmente, señala que hoy viene por una contractura, comentando también, sus problemas de próstata que trata con otro profesional.

Continuamos con una mujer de cincuenta y dos años. Entra en la sala y mira sólo a la médica, incluso cuando ésta me presenta. Viene por "*un dolor en el pecho*", que menciona de manera sucinta, mientras se toca la zona torácica. Habla sin pausa y pronto pasa a su sobrepeso, advirtiéndole a Luisa que no puede controlarlo, al parecer es algo que ya han conversado. La médica la interrumpe para preguntar por el dolor, ella como si no escuchara la intervención de la profesional, comienza a relatar que su hija sigue dándole problemas, "*como siempre... desde niña...*", y se lamenta que la hija tampoco baja de peso. Luego continúa quejándose del trabajo, hasta que la médica nuevamente interrumpe su relato acelerado y sin intervalos, "*¿desde cuándo está con este dolor en el pecho?*". La mujer hace una pausa, acerca su cuerpo al escritorio, toma la mano de la médica que está al otro lado del escritorio, la mira fijamente como si quisiera generar una situación de complicidad y sin soltarle la mano le pregunta, "*¿usted fuma?*". La médica retira lentamente su mano que ha quedado bajo la de la paciente, se acomoda en la silla y dice, "*... a ver... ha dicho que le duele el pecho... ¿cuándo le duele?...*"

¿es por momentos?... ¿es una sensación permanente?", la mujer luego de una pausa contesta, *"a veces, no sé cuándo..., no me he fijado"*. Luisa prueba nuevas preguntas, *"¿está haciendo alguna actividad física?"*, responde que no y comienza a reclamar por cómo su hija se comporta en casa. La médica persevera, *"¿sigue fumando?"*, *"sí doctora... en el trabajo las cosas están muy mal... bueno, usted ya sabe... por eso, ¿podría darme algún medicamento para dormir?, un neurólogo ya me dio esto... (y saca de su cartera la caja de un medicamento que le muestra a Luisa), pero se me acabó... necesito una nueva receta y el otro médico es del sistema privado..."*. La médica contesta que no le dará la receta, *"usted sabe que no estoy de acuerdo con que los tome..., además hay cosas que usted puede hacer para dormir mejor... comer más temprano, comer más liviano, hacer algo de ejercicio... cambiar algo de sus hábitos"*. La mujer no parece satisfecha con la respuesta de la médica, pero tampoco insiste y se retira molesta.

Luego un matrimonio mayor, de ochenta años aproximadamente, asiste pues la mujer ha *"quedado con morados luego de un movimiento"*. La médica le pide que pase a la camilla para examinarla, *"los morados"* están en la zona de los hombros y por lo tanto debe quitarse parte de la ropa. La mujer se mueve lento y una vez que se sienta, Luisa la ayuda a quitarse las prendas. La médica mientras está en esto, les va preguntando cómo han estado, cómo se han sentido, qué han hecho durante el último tiempo que han estado sin verse, *"¿se han visto con la familia?"*, *"¿salen de casa?"*, *"¿están durmiendo bien?"*, también, *"¿cómo fue el movimiento que hizo?... a ver, explíqueme en detalles cómo ocurrió..."*, y mientras palpa su cuerpo, pregunta *"¿le duele?"*. Las respuestas de la pareja son breves, aunque el diálogo fluido. El hombre mientras su mujer está siendo examinada en la camilla, mira permanentemente hacia abajo, está atento a la situación, pero sin levantar la vista. La mujer por el contrario, mientras está en la camilla dirige su vista hacia una especie de horizonte en altura. Ambos retiran la vista de la situación de examen, y sólo una vez que la mujer vuelve a sentarse junto al marido, sus miradas nuevamente se encuentran con la médica, conmigo, y entre ellos. Una vez en el escritorio, Luisa les comenta que simplemente queda esperar que los hematomas desaparezcan, no parece haber algo más preocupante. Aprovecha que están ahí para medirles la presión y auscultar sus pulmones, ambos parecen estar en buenas condiciones. Se despiden afectuosamente.

Le sigue una mujer joven, una veinteañera. Se presenta alegre, y si bien se sorprende por mi presencia, no parece molestarle. Con la médica se sonríen y ambas comentan que hace poco tiempo estuvo ahí. La joven dice *"yo sé... te vas a molestar conmigo... qué pesada... pero tengo una molestia acá"* y señala la zona del vientre. Luisa con amabilidad le dice que la examinará, y hace un gesto con su mano para que ambas pasen a la camilla. Ella se recuesta y la médica explora la zona en cuestión, luego le pide que se siente y revisa sus oídos, sus ojos y escucha sus pulmones por delante y por detrás de su torso. Durante el examen nadie habla, y éste termina cuando la profesional le da una palmada suave en la espalda y le dice mirándola a los ojos: *"puedes ponerte la ropa..."*. Ambas vuelven al escritorio y la médica comenta que nuevamente no ha encontrado nada de qué preocuparse, *"estás bien"*, sentencia. La joven responde, *"ya... de todos modos, ¿podría hacerme analíticas?, no sé... ver cómo están mis mamas, ovarios y útero... sé que me has dicho que no es necesario, pero insisto..."*. Luisa hace una pausa y le pregunta cuántas veces ha venido el último tiempo, *"han sido varias..."* contesta la mujer, que le sonríe con gesto de complicidad. La médica le recomienda que consulte con alguna psicóloga o psicólogo pues le explica, piensa que sus molestias y preocupaciones se vinculan con la reciente muerte de su hermana, que fallece por un cáncer. La joven responde que no quiere ir al psicólogo, ya no está *"triste ni desanimada"*, pero sí le preocupa *"mantenerme sana"*. La profesional le aclara que como ya le ha dicho, el cáncer de mama de su hermana no se le traspasará a ella, reiterando que está sana, y que si se anima a consultar *"en salud mental o con psicología"*, ella puede derivarla.

Luego vienen dos hombres de edades diferentes, ingresan a la sala, saludan y se presentan como padre e hijo. Es el padre quien comienza a hablar, comentando que viven hace ya algunos años en Cataluña, y vienen de Bolivia. Continúa explicando que en general *"las cosas van bien"* para ellos, y han asistido hoy a consultar porque él está preocupado por la estatura de su hijo, y por tanto quiere que *"un médico lo revise, para ver si su estatura y peso están normales para un joven de dieciséis años..."*. Mientras el padre plantea esto, el adolescente se mantiene esbozando una ligera sonrisa mientras mira hacia el suelo, con ademán dulce y algo pudoroso; en este gesto no veo desautorización sobre lo que está planteando su padre, tampoco confirmación, y sí algo

de ternura por la preocupación que éste manifiesta. El padre agrega, *"lo encuentro más pequeño que sus compañeros de clase... así es que le pido que lo mida y lo pese"*. Luisa luego de escuchar, le pregunta al joven si no prefiere que su padre espere fuera de la consulta. El hijo sin dejar de sonreír responde que no, luego mira al padre afectuosamente, como si confirmara su disposición para pasar por las mediciones por su padre solicita. La médica entonces intenta averiguar si tiene alguna molestia o si hay algo que le preocupa, el adolescente contesta que se siente bien y explica que efectivamente es más bajo que sus compañeros de escuela, y mirando a su padre añade, *"en mi familia no somos altos, tampoco gruesos... y además somos lampiños"*. El padre interrumpe señalando: *"es que yo lo encuentro muy delgado... muy débil... además sus compañeros ya tienen barba... tal vez sea la alimentación que llevamos en casa..."*. La médica se levanta e invita al joven a acercarse a la báscula para pesarlo y medirlo. Esta evaluación se realiza en silencio, mientras el padre desde su silla mira atentamente a su hijo. Luego vuelven a sentarse y Luisa les comenta que los resultados están dentro de los rangos normales, explicando que se trata de un joven de baja estatura y complexión delgada, características que son similares a las del propio padre, y aclara que esto no es un problema en términos médicos. El padre no satisfecho con esta respuesta insiste, *"...¿tal vez comiendo más hierro, o haciendo más ejercicios su aspecto cambiaría?"*, y consulta también si sería posible hacer analíticas para conocer los niveles hormonales y confirmar que estén bien. La médica manifiesta que no es necesario, no hay *"nada fuera de lo normal"*, es un joven sano con un tipo de cuerpo diferente al de los compañeros con los que el padre lo compara. Ya de pie para retirarse, el padre le pregunta a Luisa mientras el joven lo mira con ternura y ahora también, cierta compasión, *"¿y tiene alguna recomendación para su dieta?"*, *"sólo cosas de sentido común"*, responde la profesional, y antes de salir de la sala, dice para finalizar, *"me preocupa que lo molesten o se sienta excluido, es más pequeño que sus compañeros y ésta es una edad muy especial... uno puede quedar acomplejado"*.

Luego asiste una mujer de cincuenta y tres años, que refiere dolores en sus piernas por un par de lipomas que le han aparecido. La médica le pide que pase a la camilla y mientras la examina, le pregunta cuándo noto que tenía estos lipomas, también si el dolor es permanente u ocasional. La mujer responde que los tiene hace mucho tiempo

pero no sabría decir con exactitud desde cuándo, "*varios meses, tal vez un año..., o más...*", aunque las molestias físicas son recientes. La médica luego de la exploración, le comenta que no es nada grave, y que si los dolores persisten, vuelva a consultar.

Le sigue una mujer joven, de no más de treinta años, viene acompañada por dos niños pequeños que parecen tener edades muy cercanas, entre el año y los dos años aproximadamente. Instala al niño más grande en una silla, toma al otro en brazos y se sienta. Comenta que últimamente siente mareos, y mientras dice esto, el niño de la silla se baja para rastrear la sala, lo que hace que el niño que está en sus brazos, quiera salir de ahí para seguir al otro, cosa que ella no permite y éste comienza a moverse inquieto. La mujer les dice algo en urdú, y los niños parecen no prestarle atención, pues nada cambia luego de sus palabras. Ahora se dirige a nosotras y explica que no tiene con quien dejar a sus hijos en casa, mientras el niño que no está en sus brazos, intenta subir a la camilla, haciendo que ella se levante para detenerlo, sosteniendo aun, al otro niño. La médica le propone a la mujer que los deje circular por ahí, "*tienen tres mujeres adultas vigilándolos*" bromea, mientras se levanta para quitar la banqueta con que podrían subir a la camilla, de manera de evitarlo. La mujer aun pendiente de los niños, retoma qué la ha traído a consultar, hace algún tiempo siente mareos y teme que éstos sean por estar embarazada, agregando que no querría estarlo. Luisa pregunta si se ha hecho un test de embarazo, ante lo que responde que actualmente no lo está pero teme volver a estarlo, tampoco está usando algún método anticonceptivo pues a su marido no le gustan y ella no sabe cómo funcionan. La médica le consulta si quiere informarse, ella asiente. Entonces la profesional le presenta diferentes métodos, explicándole cómo operan. Ella se interesa por las pastillas anticonceptivas, y pide más detalles al respecto; entre otras cosas, Luisa le explica que puede pedir las en el consultorio, y que no es necesario el consentimiento de su marido para esto. Se muestra entusiasmada y cohibida al mismo tiempo, y junto con agradecer por la información, plantea que tiene que "*darle vueltas, pensarlo más...*". Antes de terminar, la médica vuelve sobre los mareos, ¿cuándo le vienen?, ¿hace cuánto tiempo le ocurre? ¿cómo son éstos?, la mujer señala que suelen aparecer por la noche, pues durante el día está ocupada con la crianza de sus hijos y el mantenimiento de la casa. La profesional sugiere que tal vez los mareos tengan relación con el cansancio, ella asiente y agrega que desde que nacieron sus hijos

no dispone de tiempo para descansar. La recomendación de Luisa entonces, es intentar cambiar algunas rutinas diarias, tal vez acostar a los niños más temprano, también pedir ayuda al marido o a otros familiares para compartir el cuidado de éstos y de los quehaceres en el hogar. La mujer sonríe y dice, "*gracias doctora...*", luego se despide mientras se levanta para buscar a sus hijos, que juegan entre ellos.

Continuamos la jornada con una mujer de treinta y cinco años, y su hijo de tres o cuatro años que entra antes que ella caminando decidido. Luisa está aun en la puerta recibiendo y saludando a la mujer, cuando el niño ya dentro de la sala, intenta sin éxito subir a una de las dos sillas dispuestas para los consultantes. Su madre se le acerca para ayudarlo y él la aleja con un grito, ella se sienta en la otra silla y el niño rápidamente se le aproxima para sacarla de ahí, tironeándola de un brazo. La mujer mira al niño medio tensa y también complaciente, no le dice nada y deja que éste continúe tironeándola hasta que se cansa y le extiende sus brazos para que lo levante, ella lo hace y lo sienta sobre sus piernas, mientras dice, "*doctora, estoy con mareos altiplánicos*". El niño ahora busca alcanzar el tensiómetro que está sobre el escritorio, la madre se echa hacia atrás para alejarlo de la mesa y le toma las manos. La médica pregunta cómo son sus mareos, ella responde que de pronto le sangra la nariz, y añade que años atrás le ocurrió esto mismo, volviéndole a pasar hace unas semanas. Agrega que desde que vive en España (pues es de América del Sur), es la primera vez que le ocurre, y nunca le ha pasado mientras duerme. Luisa pide examinarla para lo cual le pide que se dirija a la camilla, ella deja al niño en la otra silla y éste se baja rápido, siguiéndola. La médica mientras la examina pregunta cómo trataba estos mareos antes. Ella le cuenta que no hacía nada en particular, y se rectifica comentando que a veces tomaba algunas infusiones que le daba su abuela y luego hacía reposo, "*es que en mi pueblo relacionan estos mareos con la presión de altura*". El niño ahora juega con un guante de látex que la médica ha inflado para él, mientras a su madre le miden la presión, que se encuentra en rangos normales. No parece haber nada grave o para preocuparse. El niño se va contento con su guante inflado.

Luego asiste un hombre de cuarenta años aproximadamente, saluda tímido y rápidamente dice que está con hemorroides y una fisura anal que lo tiene muy

incomodo y decaído. Luisa le pregunta si está con algún tratamiento para las hemorroides, le receta un ungüento, y le aconseja que tome mucho líquido junto con comer fibra.

Otro hombre, esta vez más joven, de veintinueve años, asiste para averiguar qué tratamiento puede seguir para una incipiente calvicie. Luisa le responde que los tratamientos para que crezca pelo son más bien cosméticos, y que no conoce método efectivo para detener o revertir la calvicie. El joven insiste, dice que ha escuchado hablar de mascarillas que pueden ayudar a fortalecer la raíz del pelo. La médica no las conoce y le plantea que tal vez pueda consultar con un especialista, un dermatólogo. La médica busca en la pantalla del ordenador horas disponibles, hace la derivación, imprime un papel con la hora de la cita en dermatología, se la entrega al hombre y se despide.

Para acabar la jornada, recibimos a un hombre de más de cincuenta años que saluda con familiaridad a la médica. Se sienta y dice "... *estoy desesperado doctora...*", ésta pregunta, "*¿sigue en el paro?*". El hombre notoriamente apesadumbrado, comienza a relatar lo que es un día para él buscando trabajo y pasando el tiempo en casa, con su mujer e hijos. Por lo que entiendo, el hombre hasta hace un año trabajaba, y hoy se queja con un dejo de humillación, de no poder conseguir siquiera un puesto de reponedor en supermercados por su edad. Habla con desconcierto y tristeza de cómo estar "*todo el día en casa*", ha hecho que la relación con sus hijos y esposa, empeore, "*...ya no me aguantan!*", relata al borde del llanto. La médica le pregunta dónde ha buscado trabajo, si ha ido al ayuntamiento, si se mantiene en contactado con sus ex compañeros de trabajo, si existe algún sindicato al que acudir, si está saliendo de su casa todos los días, como ella le aconsejó hace un tiempo. El hombre contesta a todo con un sí o un no, no se extiende en sus respuestas. Luego de un silencio, comenta que está asustando, dice que no sabe cómo saldrá de esto, no estar trabajando es un problema, pero se le hace más pesado considerando su edad, ya no cuenta con "*un cuerpo joven, útil*". Luisa pregunta también cómo está su señora, cómo están sus hijos, ¿está comiendo?, ¿cómo está durmiendo? Esta consulta es más larga que las anteriores, el hombre habla, luego se queda en silencio, vuelve a decir algo y nuevamente se abandona en un silencio. Está afligido, va relatando un crudo

testimonio, que sabe también, corresponde con la situación de muchos adultos en el contexto de la crisis que vive el país. La médica lo escucha, no interrumpe su relato, y sólo cuando se produce un silencio más prolongado, ella interviene haciendo alguna pregunta. No hay mucho que una médica pueda hacer, el hombre no viene con una dolencia física, tampoco quiere tomar algún medicamento para calmar la angustia pues le tiene "*desconfianza*" a esos fármacos. Finalmente dice que "*tal vez*" viene para "*sacar*" algunas cosas ya que sus familiares "*están aburridos con su depresión*". Luisa le ratifica que efectivamente son difíciles las circunstancias por las que pasa, sin embargo "*descuidarse en el desánimo*" y desesperación que describe, no parece una solución. Repite que ella no puede hacer mucho más que sugerirle algunas cosas, como las que ya le ha mencionado en otras ocasiones: mantenerse activo, salir de casa, caminar, hacer algún tipo de actividad física, contactarse con personas con quienes comparta o un quehacer o un objetivo, "*es importante que no se aísle...*". El hombre antes de retirarse no parece haber cambiado de ánimo, sin embargo se despide agradeciendo haber podido hablar de lo que lo tiene "*ahogado*", y sin verse muy convencido, agrega que intentará alguna de las sugerencias que Luisa ha planteado.

Así transcurre un día común en la consulta de medicina de familia en este CAP. Aquí no es infrecuente que las personas asistan acompañadas, cuando lo hacen es en la mayoría de los casos, con familiares. Los adultos mayores pueden concurrir con sus hijos o parejas, y en algunas ocasiones, también con personas que trabajan cuidándolos. Algunas madres, especialmente las más jóvenes, traen a sus hijos porque no tienen con quien dejarlos en casa, o vienen con otro adulto (casi siempre otra mujer) que las asiste con los niños. También veo padres y madres que traen a sus hijos adolescentes y suelen ingresar a la consulta con ellos. Los jóvenes por el contrario, si vienen por una consulta que ellos mismos han solicitado, suelen presentarse solos. Los pacientes sumados a estas diversas compañías, hacen que los pasillos por momentos se vean colmados de personas, y que en ocasiones esta especie de sala de espera se transforme en un espacio de socialización con ambiente distendido, donde vecinos, ex vecinos, conocidos y familiares, se saludan, se ponen al día y conversan, los niños juegan, algunas personas revisan la información que se ofrece en las paredes del lugar con carteles y folletos que presentan cuestiones relativas a vacunas, enfermedades de transmisión sexual,

cuidados del embarazo u otras materias que competen a la atención sanitaria, mientras se espera el turno para ser atendidos.

¿Qué es Salud Mental si no es ausencia de enfermedad mental?

Durante los primeros meses dos cuestiones insistían como preocupación. La primera, tenía relación con dilucidar cómo hacerme un lugar en aquel sitio, ¿cómo participar de la dinámica del CAP?, ¿cómo estar presente en las situaciones de consulta?, ¿qué distancia y proximidad construir con los profesionales con que compartía a diario y con las personas que llegaban a consultar para poder llevar a cabo un proceso de investigación que me permitiera reflexionar sobre lo que allí estaba sucediendo más allá de la dinámica cotidiana y el trabajo de asistencia del equipo de salud? Estas preocupaciones, estaban teñidas además por mi familiaridad con ese tipo de entornos, previamente había trabajado varios años como psicóloga clínica en un programa nacional de atención integral en salud en un hospital público. Teniendo en cuenta esto, me preguntaba cómo desplegar un modo de investigación diferente a la indagación psicológica¹², para favorecer una posición que sintonizara con los objetivos de la investigación. Debía entonces encontrar una manera de estar ahí sin ceder a aquel posicionamiento conocido por mí. De este modo, la tensión entre conocimiento y extrañeza propio del trabajo etnográfico, y agregaría, la tensión entre experiencia y experimentación que se juega en toda investigación social, fueron desplegándose en la construcción del campo, proceso que como ya he planteado, estuvo signado por mi anterior formación como psicóloga clínica.

Una segunda preocupación se manifestó al cabo de unas semanas de iniciada la observación en el CAP, los discursos y prácticas que ahí aparecían vinculados a la salud, tenían como objeto privilegiado y a primera vista único, al cuerpo. Por tanto, ¿me había

¹² En psicología el trabajo clínico en términos generales, busca producir un sentido con la persona que consulta, sobre aquello que le ocurre.

equivocado de lugar para investigar mi problema? A esto se sumaba que la profesional a la que acompañaba, estaba particularmente atenta de no medicalizar las consultas y preocupaciones de sus pacientes, evitando además el uso de diagnósticos y conceptos psiquiátricos o psicológicos, así como medicamentos psiquiátricos, para centrarse en lo que era su experticia, la medicina y su caja de herramientas; de esta manera, durante un tiempo esta ubicuidad de las lógicas, procedimientos y objeto de la medicina, hicieron que me fuera difícil advertir cómo la salud mental emergía en aquel lugar, especialmente en su relación a la vida cotidiana, esto es, más allá de las referencias de patologización.

Traigo estas dos inquietudes iniciales pues operaron como obstáculos y al mismo tiempo, como acicate para ir componiendo mi problema de estudio. Por lo mismo, en lo que sigue quisiera explorar con algunas situaciones, cómo cada una de estas preocupaciones detonó problemas y reflexiones que orientaron parte importante de esta investigación, permitiendo una configuración singular sobre lo que me ocupaba: *los modos en que la salud mental captura, traduce y compone la experiencia cotidiana*, y al mismo tiempo, *qué es la salud mental en ese contexto*.

Disposición

Desde los primeros días en el CAP noto que el interés por pensar la salud mental en el ámbito de la atención primaria no es sólo una preocupación mía. La médica de familia a quien acompaño en su labor diaria, la enfermera con quien ella trabaja, así como otros profesionales, plantean directa o indirectamente en nuestros intercambios y conversaciones, preguntas y reflexiones sobre cómo definir y pesquisar estos asuntos en sus prácticas clínicas, también sobre los posibles modos para tratarlos en este contexto. Así, una primera impresión me indica que compartimos con algunos de los profesionales del CAP ciertas interrogantes: ¿cómo se presenta la salud mental en la atención primaria?, ¿cómo se puede abordar desde ahí? o ¿qué vínculo tiene con el cuerpo? Estas preguntas aparecen, en parte, como preocupación para ellos, pues desde

hace algún tiempo están siendo llamados a prestar atención sobre la salud mental de la población que atienden, sin ser profesionales formados en esta materia específica. En este contexto, surge una distinción importante que me interpela, así como la medicina y la enfermería se encargan de la salud del cuerpo y definen sus prácticas por una experticia sobre este objeto, hay también unos profesionales *de* la salud mental –principalmente psiquiatras y psicólogos–, de manera que al ser psicóloga, no sólo soy alguien interesada en investigar sobre salud mental, soy también supuestamente portadora de un saber y unas herramientas determinadas para abordar asuntos de esta materia, y probablemente por esto, en situaciones coloquiales dentro del CAP algunos profesionales comentan ante mi presencia: *"qué bueno que estarás un tiempo, hace falta una psicóloga por acá..."*, o *"ya verás la demanda de salud mental que tenemos... está bien contar con una psicóloga"*. De este modo, si bien ingreso al CAP como investigadora, lo hago también siendo psicóloga, y en este sentido, como alguien formada para tratar con aquello que investigo y que se está problematizando en aquel lugar, de manera que esta posición compleja, de conocimiento y extrañeza, caracterizará buena parte del ejercicio etnográfico que por aquel entonces comenzaba.

Además de lo anterior y como ya he comentado, en años previos había trabajado en Chile en un contexto similar, por lo que tenía cierta familiaridad con estos espacios sanitarios. Esto implicó que yo también –especialmente durante el primer período–, me sorprendiera escuchando, mirando y pensando como lo hacía cuando estaba en posición de intervenir desde un paradigma de la psicología clínica, esto es, implicada en producir un sentido sobre lo que se presentaba como problemático para ofrecer una vía de resolución. De esta manera de pronto también yo, me veo en posición de psicóloga. Esta identificación no es voluntaria, tampoco consciente, sin embargo es algo que acontece y que se vincula entre otras cosas, con mi intención de sostener mi presencia ahí. Así, desde la primera semana veo en la consulta de Luisa cuestiones que podrían ser tratadas desde una perspectiva psicológica, personas que hablan de cómo se encuentran utilizando diagnósticos psiquiátricos, otras que vienen con dificultades en su desempeño sexual y que no son atribuibles a problemas fisiológicos, también algunos afligidos por contrariedades en la vida diaria, a modo de ejemplo. Ante estas situaciones a veces hago preguntas en la misma línea como lo hacía hace años: *"¿hace*

cuánto que se siente así?", "¿le había ocurrido esto antes?", "¿qué piensa sobre lo que está ocurriendo?", "¿lo relaciona con algo?". Igualmente, entre paciente y paciente, con la médica conversamos sobre ciertos casos, pensamos en conjunto sobre qué les estará ocurriendo, también cómo ella podría intervenir en algunas ocasiones y es, especialmente en esta instancia, cuando me encuentro deviniendo psicóloga, cautivada por una voluntad hermenéutica.

Como ejemplo de esto, una tarde de diciembre viene a la consulta un joven que lleva poco más de una semana con baja laboral prescrita por un médico de su empresa, así es que quiere aprovechar su tiempo libre para hacerse un chequeo. Junto con presentarse, el joven nos cuenta que está *"con estrés"*, se muestra desanimado y describe dificultades para dormir, mareos y poco apetito. Según nos dice, ha tenido problemas con su jefe y por esto pidió que lo cambiaran de sección. La médica indaga sobre el problema laboral, él explica que su jefe *"es un maltratador, nos grita... y yo al menos, no lo voy a aceptar..."*, y agrega que como consecuencia del cambio de sección, cuando retome sus labores estará con un grupo de trabajo nuevo y también, con otro horario *"menos conveniente"*. Ahora yo le pregunto por qué es menos conveniente el nuevo horario. Nos explica que su pareja, con quien vive hace algunos meses, le ha reclamado por el cambio pues cuando ella trabaje él estará en casa, *"y cuando ella esté, yo no..."*, nos dice. Luego hace una pausa y continúa, *"además ahora ella quiere que tengamos un hijo... no sé... yo no lo sé...no, yo no... no sé..."*. Con su pareja llevan un año y medio de relación, casi el mismo período que tiene viviendo en España. Antes vivía con su abuela materna en una ciudad sudamericana. Luisa le pregunta si con su novia han conversado sobre tener hijos, él cuenta que ella *"a veces me dice que quiere embarazarse... pero yo me quedo callado..."*. Le pregunto por el motivo de su viaje a España, el joven explica que vino para conocer a su padre que hace décadas emigró a Europa y ahora vive en Barcelona. Actualmente mantienen una relación lejana pero cordial con su progenitor, quien le planteó al conocerse que *"él no se siente (su) padre, tampoco quiere serlo..."*. En este punto de la conversación pienso que lo que nos ha relatado es una densa trama, el joven se encuentra lidiando además de la situación laboral, con el acercamiento a su propio padre, las expectativas que tenía del encuentro, los afectos que habrán aparecido al conocerlo, y al mismo tiempo, está siendo invitado él mismo a ser padre. El joven se ve

muy contenido, Luisa le comenta que tal vez podría ir a un psicólogo o psicóloga para hablar sobre lo que le está ocurriendo, y si lo necesita, ella puede derivarlo. Él no se muestra muy convencido pero acepta amablemente pensar en la sugerencia de la médica. La consulta se ha centrado en estas cuestiones, así es que para terminar Luisa le pregunta qué analíticas quiere hacerse y por qué, él aclara que no se trata de "*nada grave*", simplemente le gustaría hacerse un chequeo. Una vez que se retira de la sala, con la médica comentamos el caso, coincidiendo en que sería conveniente que consultara con un psicoterapeuta para poder pensar acompañado sobre lo que le está pasando. En esta conversación surge la idea de que yo podría tratarlo. Esta idea no sale directamente de Luisa, tampoco de un ofrecimiento de mi parte. Lo interesante es que la situación, sumado a la posición que yo venía tomando y el lugar que se me podía asignar en la consulta, condujeron a la idea de que esto era posible. A esto se le sumó una situación relacionada con la escasez de psicólogos disponibles en el sistema, cuestión agravada por los recortes sanitarios del momento; este orden contextual se conectaba como posible justificación para legitimar una potencial participación mía como psicoterapeuta en este caso puntual. Quedamos en volver a conversarlo, dándonos un tiempo para pensar al respecto. Finalmente a la semana siguiente, al retomar esta conversación, ambas concordamos en que sería complicado que lo atendiera en el CAP, puede prestarse a confusiones y no corresponde dado mi estatuto. Luego de esto, no volvemos a imaginar una opción así.

Esta situación operó como un punto de inflexión en la investigación. Implicó que aparecieran nuevas preguntas, también volver sobre otras ya formuladas. Pero sobre todo, significó reformular mi posición en ese espacio. De cierta manera, la territorialidad psicológica que se estaba desplegando en las interacciones entra en tensión, y ante la posibilidad de emerger explícitamente, me muestra lo problemático que estaba siendo para pensar el problema. Además y paradójicamente, este obstáculo se convirtió en el incentivo para reflexionar sobre cómo se compone la autoridad psicológica en estas situaciones, así como revisar el papel de las proposiciones clínicas para la composición de un sujeto sufriente capaz de contar una verdad de sí. Imaginar una nueva posición supuso construir un espacio que permitiera visualizar este tipo de tensiones, e implicó en parte, asumir un enfoque no psicológico que, no obstante, me mantuviera en una

disposición proactiva. En otras palabras, ¿cómo podía participar de la situación clínica sin ubicarme desde una lógica clínica?, y también ¿cómo podía aportar en algo a dicha situación?, especialmente por tener en cuenta que el abordaje de la salud mental en el CAP se presentaba como un desafío no sólo para mí, también para los profesionales del lugar. Así y en este punto de la investigación me parecía que no podía simplemente limitarme a observar. El tiempo que pasábamos diariamente en esa consulta resultaba estimulante y agradable, las conversaciones con la médica y algunos otros profesionales eran intercambios fluidos, y producíamos condiciones para reflexionar en confianza sobre nuestros saberes, de manera que el interés por pensar la salud mental en este contexto, iba desplegando no sólo un vínculo de reconocimiento mutuo y colaboración que no tenía contemplado, también nuevos problemas. Poco tiempo después de la situación recién relatada con el joven, en una conversación con Luisa le pregunto qué espera de una psicóloga, ella responde:

"espero estrategias de abordaje, modelos de... yo qué sé, de funcionamiento del alma. Espero... no sé, pero creo que es una persona que tiene que saber más que yo... que dé consejos, que dé modelos, que sepa qué estructura puede haber detrás de ese funcionamiento y que pueda provocar... dar herramientas... que pueda dedicar más tiempo... hay cosas que no puedo hacer y que no sé..."

Sabía que no me interesaba producir o reproducir estrategias y modelos de intervención psicológica, pero intuía que parte del sentido de mi investigación se jugaba con la posición que podía producir en ese lugar.

Cuerpo

Un hombre adulto tiene un tumor en su vejiga, otro viene con bronquitis, una mujer de casi sesenta años se ha quebrado un brazo y por esto lleva un cabestrillo, un hombre siente dolores luego de comer y le resulta difícil describirlos, una joven se ha quemado su mano derecha con aceite de cocina, un adulto de cuarenta y tantos tiene problemas de próstata, otro de edad similar se queja de dolores en codos y rodillas, durante el período del invierno aparecen muchas personas con gripe, personas con problemas para dormir consultan regularmente y piden medicamentos para combatir su insomnio, índices de colesterol, dolores de espalda, demencia vascular, otitis, piedras en el riñón, conjuntivitis, alergias a alimentos, problema en un tendón, y así un largo etcétera. La rutina diaria del CAP se centra en el cuerpo, un cuerpo que reclama ser observado y descifrado. En este contexto no sé dónde poner mi atención, la médica a la que observo no lo hace fácil, no suele medicalizar y por tanto, no hay material para hacer una crítica sobre de esa práctica, no usa categorías psicológicas o psiquiátricas, y las pocas veces que escuché una por parte de algún consultante, la situación clínica no se detuvo en ello, y tampoco me encuentro con patologizaciones que me conduzcan al problema de la enfermedad mental. Por otro lado, he advertido durante el primer período en el trabajo de campo que no se trata simplemente de *psicologizar* las consultas buscando motivaciones subterráneas y reduciendo las explicaciones a problemas individuales. Me he quedado sin referentes para codificar lo que observo, y me pregunto si no estaré en el lugar equivocado. Esta situación me trae como oleaje incesante la pregunta sobre *qué será la salud mental*. No se trata simplemente de la medicalización de la vida cotidiana, tampoco de reducir las cuestiones que se presentan a una lógica psicológica. Me abandono a esta situación, organizada en torno al cuerpo.

Día a día veo un sin fin de prácticas que giran alrededor del cuerpo. Las personas que consultan hablan de su cuerpo como si se tratara del territorio donde ocurre lo que ahí preocupa –y que puede ser algo conocido o por conocer–. “*Doctora, me duele acá*”, o “*no estoy comiendo, ¿me podría dar algo para mejorar mi apetito?, estoy adelgazando bastante*”, o como en el caso de una mujer de treinta y seis años y aspecto alegre, que

llega a consultar por una bronquitis, mientras es examinada por esto, presenta lo siguiente:

Médica: *¿está tomando algún medicamento?*

Mujer: *sólo fluoxetina y diazepam, nada para la tos*

Médica: *¿cuánto tiempo lleva con esta tos?*

Mujer: *No sé... creo que más de una semana*

Médica: *¿ha tenido fiebre?*

Mujer: *No sé... pero hace poco tuve una trombosis de angustia.... Pero ya estoy mejor*

Una vez que termina de examinarla, la médica le pide que explique cómo fue su trombosis, ella relata: *"es que soy víctima de machismo, pero ya lo superé... tenía una pareja muy celosa... ahora lo hemos dejado...";* Luisa insiste, ¿en qué consistió eso que ella llama trombosis? La mujer en un tono coloquial nos cuenta que en una fuerte discusión con el que era su novio, sintió *"que se me apretó acá..."*, y mostrándonos el pecho con las dos manos abiertas, continúa, *"entonces era tan intenso que me desmayé, pero no fue grave, caí bien..."*. Así también en este último caso, el cuerpo se presenta como objeto, tal vez no simplemente de examen, sino como prueba para atestiguar que algo ha ocurrido más allá de él.

Por otro lado, el trabajo de la médica consiste en una serie de intervenciones para afectar el cuerpo –sanarlo, cuidarlo, mejorarlo, o atender a lo que se está manifestando–, pues como ella me plantea: *"cuando pienso en un problema de salud, normalmente pienso en un problema de salud física"*. Entonces le pregunto dónde aparece la salud mental en su práctica diaria, ella explica:

"por ejemplo con el paro (vemos) mucho problema del sueño, 'no puedo dormir', el tema del sueño es tremendo... claro, es que si no puedes dormir es porque tienes que pensar cómo salir de esto, ¿no?... muchísimo trastorno del sueño... Luego también mucha gente que te viene con el diagnóstico: 'es que tengo ansiedad', o he visto últimamente gente que plantea; 'no dejo de llorar, tengo una depresión de 3 días'..."

Y luego añade:

"(también) hay otras situaciones donde la gente te consulta por un problema de cuerpo y tú ves claro que no es un problema de cuerpo, que todos los síntomas que te está explicando son síntomas que tienen que ver con malestar emocional: contracturas, taquicardias, situaciones que se perpetúan de enfermedades que son mal vividas porque detrás hay un malestar emocional, ¿no?"

El cuerpo está omnipresente incluso cuando se habla de otra cosa, como nos expone la profesional. Entonces, ¿qué se hace con él? Se lo observa, se lo toca, se miden sus tensiones, sus funciones, sus temperaturas, sus componentes y fluidos, se lo nombra, se lo describe¹³. Y entre las operaciones que se realizan con el cuerpo, hay una en particular que llama mi atención: el registro y medición de sus tiempos. "A ver, le voy a tomar el pulso...", le dice Luisa a una mujer mayor que ha llegado desorientada olvidando el motivo de su visita, lo que la tiene un tanto perturbada. De esta manera, para comenzar Luisa le toma el brazo y con cuidado le pone el tensiómetro mientras la mira con amabilidad y le sonrío. La medición del pulso se realiza en silencio, y al finalizar la médica sentencia: "¡está muy bien! Su presión está muy bien..., cuénteme, ¿cómo se ha sentido?" Este comentario distiende a la mujer, que hasta ese momento mantenía una expresión dura y seria, y a partir de ahí, puede comenzar a hablar e intenta recordar lo que la ha llevado al CAP. En otro caso, un hombre de aproximadamente cuarenta años viene porque le ha aparecido una protuberancia en el labio. La médica luego de escuchar el motivo de su consulta le pregunta, "¿cuándo le salió?", "¿le había pasado antes?", mientras se pone unos guantes de látex y se le acerca para mirarle el labio. El hombre contesta y se queda quieto cuando ella lo examina tocándole la zona de la boca. Luisa ahora se saca los guantes, los tira al basurero, se sienta y le explica lo que podría ser mirándolo a la cara. Luego, le habla del tratamiento que hará mientras observa la pantalla del ordenador y escribe con el teclado. Le receta medicamentos y le señala

¹³ Fue interesante notar cómo el cuerpo era hablado de diversas maneras según diferentes procedencias. Por ejemplo, algunas personas que venían de Latinoamérica podían referirse a lo que les ocurría describiendo "zumbidos", "temblores" o "aires", los que acontecían en un cuerpo definido por una imaginería con más predominio de la metáfora, a diferencia de otras que empleaban el lenguaje técnico médico, como pude ver en casos de personas que procedían de países de Europa del Este, y que utilizaban un modo muy científico y preciso para describir lo que sentían, desplegando un cuerpo marcado por la imaginería de la medicina.

cómo debe proceder, *"probaremos esto durante diez días... debe tomar la medicación cada ocho horas... póngase una alarma, tiene en el móvil, ¿no?"*.

Así, duraciones, ritmos, frecuencias y programaciones van apareciendo desde el cuerpo, para el cuerpo, con el cuerpo, hasta que de pronto, observo algo más. Un tarde viene a la consulta una pareja de setenta años aproximadamente, asisten para ver cómo salieron las analíticas que uno de ellos se realizó. Luisa busca en la pantalla de su ordenador la información, y mientras tanto va preguntándoles cómo han estado, y como al parecer se conocen hace años, las preguntas se amplían a otros miembros de la familia, de manera que comienzan a repasar cómo están sus hijos y nietos. Están en estos reportes cuando la mujer dice: *"¡ah!, ni se imagina... José ahora se quiere ir a vivir con la novia..."*, *"¿tiene novia?!"* reacciona con sorpresa Luisa, *"sí, no llevan seis meses juntos y ya anda buscando piso para irse con ella... ¿qué me dice?"*; el hombre, que se había mantenido en silencio, agrega serio: *"es muy pronto, yo le digo que espere, uno puede tomar una decisión así luego de un año, o no, más! antes uno no alcanza a conocer a la persona, cree conocerla, pero uno demora más de un año en conocer a alguien..."*. Así repentinamente, noto que se ha desplazado fuera del cuerpo, el objeto de esa estrategia que pone un acontecimiento a la luz del tiempo para hacer su evaluación. Y de ahí en más, continúa apareciendo.

Poco después, una mujer joven que ha tenido un hijo hace seis meses, asiste para preguntar sobre métodos anticonceptivos. Su hijo viene con ella, y mientras lo mira nos comenta con actitud compungida: *"mi marido me reclama porque no me separo de él, no quiero dejar de dormir con mi bebé, no quiero dejarlo en otra habitación..."*, Luisa le pregunta cómo se llama su hijo, si se ha sentido bien luego del parto, también si el niño se despierta por las noches o la *"deja dormir"*, la mujer parece entusiasmarse por un momento y nos habla sonriente sobre su bebé, contándonos algo embobada de sus gracias y cambios, la médica la interrumpe para saber si aun lo amamanta, lo que sí hace, y finalmente, le pregunta si han retomado la vida sexual con su marido. Esta última cuestión opera como freno para el tono más distendido, y la mujer vuelve a ponerse seria y sombría, respondiendo con evidente desánimo *"yo sé que ya es momento, sé que han pasado varios meses... la matrona nos dijo que luego de la*

cuarentena podíamos retomar las relaciones , y ya ha pasado tiempo de eso...”, se queda en silencio y cuando Luisa va a decir algo, ella la interrumpe y continúa: “mis hermanas me advierten que estoy poniendo en peligro mi matrimonio, pero yo aun no lo necesito...”. En este caso, como también con la pareja de adultos mayores, la alusión temporal funciona como referencia para valorar lo que les está ocurriendo, marcando lo que *debería* ocurrir. Esto supone intervenir sobre el devenir existencial, de esta manera, el flujo propio de la vida es tomada y traducido a partir de las coordenadas temporales que se inscriben sobre la experiencia del sujeto. Esto supone tomar la experiencia personal como objeto, entendida como la relación reflexiva del sujeto con su acción e interacciones con el medio.

De esta manera, en el relato de circunstancias cotidianas, comienzo a encontrar infiltrados procedimientos que antes veía dirigidos al cuerpo. Es a partir de este tipo de procedimientos, que quienes habitamos el CAP, entre los que me cuento, vamos evaluando el tiempo de las situaciones de la vida y valorando según eso la experiencia que está en juego. Así, la temporalización de la vida resulta tan efectiva como la medición de la insulina en un diabético. Las etapas vitales: gestación, nacimiento, primera infancia, infancia, pubertad, adolescencia, etc., operan como ejes organizadores de las experiencias, delineando lo que se espera como adecuado a dicho momento vital; en esta dirección, aparecen también los ciclos diarios donde dormir, alimentarse y excretar están muy bien registrados, estandarizados y popularizados, las personas debemos dormir, comer y excretar de unas maneras que se exponen con claridad en periódicos, programas de televisión y por supuesto, aparecen en la consulta del CAP. Diferentes saberes sobre tiempos relacionales como duración e intensidad de duelos, relaciones amorosas, la soltería, la soledad, el apego entre padres e hijos, así como el aprendizaje, han sido capturados y se han producidos modelos de cuantificación para dicha captura. Todas estas diferentes relaciones con el tiempo, se constituyen en maneras de gestionar a la vez que performar, la salud mental de la población y de los individuos.

“No estoy bien, estoy durmiendo cuatro horas por noche” dice un hombre para explicar cuán decaído su ánimo está, o una joven que le explica a Luisa que está sobrepasada

emocionalmente por una pelea con alguien, y le ejemplifica su malestar diciendo “y cuando no me encuentro bien, voy al baño cada diez minutos...”. Sin mencionarla, la salud mental aparece en estas situaciones reflexivas cuando las personas demuestran que saben que podrían cambiar cosas para estar mejor o cuando dan cuenta de sus *cuerpos alterados* en ciertas situaciones. Si la noción de salud es integral es porque incluye a la salud mental en su interior. No obstante esta última ha nacido integral en el momento que en vincula la dimensión ética de la vida con el bienestar orgánico.

De las Tecnologías del yo a las Tecnologías del nosotros

En la consulta de medicina de familia, la salud mental no es una categoría ni algo que sentencia un especialista, sino una cuestión que se produce en interacciones y que no tiene autorías claras, sino "*emergencia*" de prácticas, discursos y cuestiones concretas en las que todos podemos encontrarnos (y extraviarnos). La gente asiste con sus inquietudes y preocupaciones, pero también con sus hipótesis y teorías sobre lo que les afecta. Los profesionales a cargo ofrecen respuestas que no necesariamente convierten en asuntos psicológicos o psiquiátricos las demandas de los pacientes, y lo que allí se despliega, no se trata de un proceso de medicalización de la vida donde prima la patologización de situaciones o experiencias (Pérez Soto, 2012), sino una serie de estrategias que buscan volver más *saludable* nuestras existencias.

Vale la pena destacar que nunca escuché mencionar la noción *salud mental* en la consulta de Luisa. Ésta aparecía sólo cuando con los profesionales reflexionábamos sobre el trabajo que hacían, cuando daban cuenta de las cuestiones con que se encontraban, cuando tomaban distancia para observar su oficio. Aun así, estaba siempre latente en los diversos esfuerzos que por cuenta propia o con ayuda de otros, las personas ponían a jugar a través de operaciones sobre su cuerpo y alma, pensamientos y conductas.

Una mujer que acaba de cumplir ochenta años viene nuevamente, la vimos la semana pasada cuando acompañó a su marido a una consulta con la médica. En esa ocasión aprovechó de preguntar por unos dolores que siente en las rodillas, Luisa la revisó y no encontró nada de qué preocuparse. Esta vez vuelve por lo mismo. La médica para examinarla le pide que se tienda en la camilla, le toca las rodillas y sus alrededores, preguntándole si le duele donde ella va pulsando. La mujer no se queja. Ahora la médica le flexiona sus piernas para hacer una exploración con esta posición, vuelve a preguntar si le duele o molesta. Le pide que se siente y toma sus piernas flexionándolas, mientras toca y observa sus rodillas, finalmente le pide que camine, mientras la médica la observa atenta por detrás y por delante. Ambas vuelven a sus asientos, Luisa le dice que no ha encontrado *"nada fuera de lo normal"*, no tiene de qué preocuparse. La mujer insiste en que hay algo que le molesta, así es que solicita que le hagan nuevos exámenes o analíticas, planteando que *"podría ser algo más complicado"* y justifica: *"¡nunca antes me habían molestado así las rodillas!"*. La profesional le reitera que no tiene nada, así es que no es necesario hacer nuevos estudios, tampoco preocuparse. Esto que parece una buena noticia es recibido por la mujer con molestia, y alzando un poco la voz le repite en un tono menos amable, *"doctora, ¡nunca antes había sentido así mis rodillas!!, debo tener algo..."*, ante lo que Luisa responde, *"bueno, nunca antes había tenido ochenta años, no?... es normal que le molesten..."*. La mujer se retira desconcertada con esa respuesta.

En este ejemplo aparece otro factor clave para la salud mental: la noción *normal*. Acá el solo uso de esta palabra, tiene un efecto significativo, al conecta lo que le ocurre a esta persona, con un ideal de especie (humana). De manera que si algo es signado como normal, se acepta como indiscutible.

Un hombre joven entra a la sala con ademán tímido. Nos mira y se sienta como desplomándose en la silla. Por unos segundos guarda silencio hasta que la médica lo insita a que diga por qué está ahí. Él mirando hacia el suelo le responde, *"tengo eyaculación precoz... no sé qué hacer..."*. Luisa, que tiene formación en sexología, le responde *"a ver... ¿qué te sucede?, ¿puedes explicarme de qué se trata lo que te pasa?"*. El hombre nos cuenta que hasta el momento *"nunca nadie me ha hablado de sexo... soy de*

India", lo que no era problema, hasta que *"hace un par de semanas tengo novia..."*. Luego dice que quiere casarse y le preocupa intensamente no satisfacer a su mujer, con quien ha tenido relaciones sexuales siempre muy breves, pues al momento de la penetración él eyacula casi inmediatamente, según relata. Se ve muy incómodo hablando de esto. La médica le explica que por lo que describe, se trata de *"algo que tiene tratamiento y solución"*, y luego de acomodarse en su silla, la profesional le pregunta con quién vive y si en su casa dispone de algún espacio de privacidad. El joven vive con su familia y comparte su dormitorio con un hermano, por otro lado, cuando está con su novia es siempre en casa de ésta. La profesional le plantea lo siguiente, en las próximas dos semanas deberá masturbarse para ir conociendo su cuerpo, la idea es que al hacerlo preste atención a *"cómo funciona tu cuerpo, especialmente cuales son tus ritmos"*. Mientras se masturba, deberá detener la estimulación justo antes de conseguir la eyaculación, para volver a retomarla pasado un momento. Esta técnica ayudará a retrasar progresivamente su eyaculación, y *"controlar los tiempos"*. La médica le indica también, que de manera paralela los encuentros sexuales con su novia deben mantenerse, sin embargo evitando por el momento, la penetración. Finalmente Luisa le sugiere considerar este tiempo como una oportunidad para buscar junto a su pareja, nuevas maneras de disfrute sexual. El joven ha escuchado esto con expresión perpleja y no parece convencido, le repite a la médica lo que ella le ha planteado, como si esperara que ella se retractara o dijera que se trata de una broma. Luisa asiente y confirma el procedimiento. El joven ahora en un tono abiertamente molesto y también algo desesperado pregunta: *"pero cómo... me la palmo y ¿qué hago con mi novia?!... mejor déme una pastilla para esto!"*. La médica le incita a que intente lo que acaba de indicarle y en dos semanas más evaluarán cómo sigue el tratamiento, también le advierte que suelen conseguirse buenos los resultados con estos ejercicios. El hombre se levanta de su asiento desconcertado, se nota molesto y se retira con una mueca de sonrisa. Dos semanas después regresa, comienza a hablar advirtiendo que sólo ha hecho *"lo de no penetrar a mi novia... las cosas siguen igual... tal vez sea mejor terminar la relación..."*. La médica le explica que con el tratamiento puede tener buenos resultados, pero para esto es necesario que él se comprometa a seguir las indicaciones. Él se mantiene un largo rato en silencio, se ve malhumorado, luego retoma diciendo que no puede hacerlo, *"no puedo, no puedo perder gotas de mi semen, pierdo mi energía... no puedo... ¡no puedo*

masturbarme cada semana!". Luisa le pregunta si es por motivos religiosos, él asiente con un monosílabo. Ella trata que el joven se explique pero él no está dispuesto a decir más, se mantiene en un silencio estoico hasta que la médica vuelve a intervenir ensayando algunas preguntas: "*¿cómo se conocieron?*", "*¿qué hace ella?*", "*¿es tu primera novia?*". Mientras pregunta, pienso que es una apuesta para sacarlo de su mutismo, pero no lo consigue, él simplemente responde: "*ella es de acá, catalana. No puedo explicarle... no entendería... mejor termino con ella...*", y luego de esto vuelve a quedarse en silencio. Antes de terminar, Luisa le reitera que lo que le pasa puede tratarse, y que cuando él necesite, puede volver a consultar con ella. Él se retira abatido.

Otro hombre, esta vez de origen pakistaní y de unos treinta y tantos años, entra a la consulta saludando amistosamente a la médica. Luego de saludar y sentarse, se queda en silencio. La médica me presenta y luego le pregunta si ha hecho lo que conversaron anteriormente, él le responde de buen humor que ha "*seguido las instrucciones, tal cual hablamos... estoy practicando...*", y se ríe entre nervioso y chistoso. Por lo que alcanzo a entender, se trata de alguien que ha consultado por algo relativo a su desempeño sexual y ya lleva un tiempo en tratamiento. Luisa le explica ahora cuáles son los nuevos pasos a seguir, y una vez que termina, él dice algo que los hace reír, al parecer es un chiste entre ellos. Luego la profesional da por finalizada la consulta, él se levanta y le extiende su mano para despedirse.

Una mañana de primavera asiste a consultar un hombre mayor, que nos cuenta, viene porque siente una "*molestia en el pecho*". Tiene ochenta años y se ve vital. Mientras nos describe lo que le preocupa, la médica se levanta y va a buscar a la enfermera para que lo revise. Esperamos a que llegue la enfermera pidiéndole más detalles sobre lo que le sucede. El hombre nos relata que no le había ocurrido antes esta sensación, y nos explica que él tiene buena salud, contando que todos los días va a buscar agua a un riachuelo, para lo cual cada madrugada toma un bus que lo deja en las faldas del cerro, y él luego camina un par de kilómetros hasta llegar un lugar donde llena dos botellas de cinco litros cada una, para luego volver caminando a la parada del bus, y agrega: "*lo pesado es la vuelta, cuando las botellas vienen con agua...*". Según dice, lleva varios años con esta rutina, "*tantos que no recuerdo...*". Pronto llega la enfermera y le pide que la

acompañe hasta su sala, ella hace un gesto para ayudarlo a pararse de la silla, él con amabilidad le dice que no es necesario. Se levanta lentamente, *"por la molestia"*, nos explica. Al salir de la sala, Luisa me comenta que piensa que el hombre ha venido por una angina de pecho, y que de haberle ocurrido mientras estaba en el cerro buscando agua, podría haber muerto. La médica continúa atendiendo sus pacientes y mientras estamos en eso, la enfermera vuelve porque el hombre necesita ser internado. Unas semanas más tarde, el hombre viene para un control médico, esta vez acompañado por su esposa. Nos cuenta que está mejor, pero se lamenta que durante estas semanas no ha podido ir por el agua. Su esposa nos advierte que lo está cuidando, pero le resulta difícil conseguir que mantenga el reposo. Cuando el hombre pasa a la sala de la enfermera, su esposa se queda con nosotras y nos confirma que efectivamente ha ido a diario durante años, a buscar agua. Ella ha intentado disuadirlo para que deje de hacerlo, sin éxito. Luisa le pregunta cómo inició esta rutina de ir a buscar agua y desde cuándo lo hace. La mujer responde que *"él siempre ha tenido sus rarezas, y esta es una de ellas"*. La médica indaga en esto que se plantea como rareza, y la esposa no narra sin un asomo de queja, que su compañero siempre ha tenido cosas... antes se lavaba las manos hasta agrietarlas... o ni se imagina cómo es con la cocina! Todo debe hacerse de unas determinadas maneras... él tiene sus rarezas, siempre las ha tenido"

Otro hombre cercano a los 80 años se queda solo conmigo en la sala mientras la médica va a buscar algo, me dice con amabilidad: *"qué bueno que sea psicóloga, hoy en día las personas necesitan consejos... en nuestra época las cosas las teníamos que resolver solos. Nosotros decidíamos, no como hoy que veo a mucha gente necesitando y pidiendo consejos..."* No sé cómo contestar a esto, y simplemente sonrío retribuyendo su amabilidad, y me quedo pensando en lo ilustrativo que es lo que ha dicho. En la consulta y fuera de ésta, veo no pocas personas que demandan se les diga cómo vivir, cómo criar, cómo amar, etc. Éstos, son problemas que de alguna manera han dejado de ser misterios para ser diagramados por discursos como los de la psicología, como bien describe el hombre. Pero también esta intervención de señor, da cuenta de cómo la salud mental es producto de un entramado actual, de unos discursos contemporáneos.

En pleno invierno, una mujer de treinta y cuatro años entra sonriente a la sala, viene *"sólo a contarle"* a Luisa que *"por fin (está) en psicoterapia"*. La médica le contesta con

una sonrisa, y la mujer continúa con su relato, dice que está *"muy feliz con la psicóloga y los ejercicios que ella me manda, son técnicas para controlar mis obsesiones... estoy desarrollando técnicas para mis obsesiones..."*. Le pregunto a qué se refiere con *obsesiones*, ella me mira y con entusiasmo comienza a explicar que necesita lavarse las manos varias veces al día, *"entonces se me agrietan..."*, también despliega su rutina para entrar y salir de casa, que consiste en revisar ventanas, llaves de paso, *"lo típico..."*, y mientras habla, noto que es algo que disfruta narrar. Luisa le pregunta por el trabajo que está haciendo con la psicóloga, ella nuevamente se dirige a mi, esta vez girando además su cuerpo, y explica: *"yo antes era más gordita... fui bulímica y anoréxica..."*, ahora vuelve su cuerpo hacia la médica y continúa, *"debo escribirle a mis kilos, todos los días... Me siento con un cuaderno especial y por media hora le escribo a mis kilos.... Como (si fuera) 'mi querido diario', pero 'mis queridos kilos' (y ríe)... les cuento cosas, qué me ha pasado en el día, lo que estoy pensando, cómo me estoy sintiendo, esas cosas, me tengo que hacer amiga de mis kilos..."*. La médica le pregunta cómo va el trabajo, ella responde con una sonrisa pícaro que bien, *"por ahora todo controlado"*. Luisa replica: *"entonces va bien con la psicóloga, me alegro"*, *"¡sí!, quería venir a contarte"*, responde antes de despedirse.

Como vimos, en el espacio de consulta aparecen diferentes tipos de preocupaciones cuya pertenencia a temas de salud física o de salud mental no es clara. Son preocupaciones que se alivianaban o al menos se distendían en el momento en que por respuesta, reciben un "es normal", que puede aludir a es frecuente, es lo esperable, le ocurre a mucha gente, se espera que sea así, por mencionar algunas variables para esta simple frase. Y en este gesto de alivio o distensión ante la sentencia de normalidad, puede pensarse como contrario a una tecnología del yo. No se trata de la búsqueda de una verdad del sujeto, ni la necesidad de producirla, tampoco éste se tomaba como objeto de reflexión, en vez, encontramos un individuo entregado a la ficción de la normalidad, seducido por la idea de esa humanidad virtual del ser humano normal. Las personas ante la posibilidad de reconocerse en un nosotros, se calman. Y es en esta dirección que podemos pensar la posibilidad de considerar un desplazamiento de las tecnologías del yo hacia unas tecnologías del nosotros, donde lo que se busca no es más que un guiño de pertenencia a un colectivo virtual, un acto en el que la pregunta

(reflexiva) por la mismidad no tiene cabida, o al menos es lo menos importante, y donde lo que se enfatiza es la identificación exterior de aquello que debemos ser si lo que queremos es seguir siendo parte de esta humanidad, la única posible, al momento, como proyecto sensible y definible.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

SALUD MENTAL: UNA TECNOLOGIA DEL NOSOTROS

En *El Nacimiento de la Biopolítica*, Foucault muestra las operaciones por las cuales la economía logró instituirse como un estado de realidad. La economía, que era una jurisdicción de gobierno que se restringía al hogar y la familia, es desplazada al corazón del Estado pre-revolucionario y luego de ahí a la vida misma de la nación. Lo mismo podríamos decir de la salud mental, salvando las distancias que la separan de la economía pero destacando lo que hay de singular en ella y su formación. Afirmar que la salud mental es un estado de los individuos supone admitir, o al menos confiar ciegamente en, su existencia como previa a su enunciación. Como intenté mostrar a lo largo de este recorrido, la fórmula que se presenta como caja negra, requirió de una serie de esfuerzos y de múltiples idas y venidas para alcanzar el estatuto de definición que le es dado en 1948. Que la salud mental sea "*un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*", supuso dedicar enormes esfuerzos para y en su construcción. En la breve genealogía realizada, la palabra salud mental se había comenzado a usar alrededor de la década del 20 por el movimiento de higiene mental para, paulatinamente, ir haciendo hincapié en los aspectos sanos de la mente y no quedarse en su patología. De cierta forma, la higiene mental como parte del movimiento higienista, vino a confrontar los modelos explicativos de las patologías y enfermedades mentales para instalar un nuevo modelo y una cosmovisión centrado en la promoción de la salud propio del período biopolítico de la época. Pero como vimos esta confrontación transcurrió de manera diplomática. En ocasiones las tensiones se encendían cuando el foco de las críticas se dirigía a la iatrogenia institucional, pero también se apagaban cuando en un mismo espacio coexistían prácticas ligadas a la vieja psiquiatría, por ejemplo con las esterilizaciones.

Esta ruptura, lenta, paulatina, no de una vez por todas, inauguró una discontinuidad con respecto a las formas de tratamiento de la psiquiatría cuya figura central continuaba

siendo el asilo o manicomio. Llama la atención que sea desde el movimiento de higiene mental que se realizan comprometidos esfuerzos para comenzar a mejorar las condiciones de aquellos que eran considerados enfermos mentales. Si bien su atención se concentraba principalmente en los "normales", este tipo de preocupaciones servían al movimiento para justificar cómo lo ambiental, en un sentido amplio, era clave para modular y dar forma a las vidas singulares de los individuos. Así se habló explícitamente de una nueva psiquiatría que se contrapuso a la vieja, una psiquiatría que se proyectaba por fuera de las instituciones y trabajaba coordinadamente con otros profesionales. En la misma dirección, se estimuló el abandono de los asilos y la construcción de hospitales psiquiátricos así como la promoción de tratamiento de los padecimientos mentales también en hospitales generales. Esto significó convertir a la alienación mental, a la locura, en una patología como cualquier otra. Son este tipo de gestos de igualación los que van rediagramando las formas en que se ejerce el poder sobre la vida de los individuos y las poblaciones. El higienismo, en una tendencia claramente biopolítica, había puesto la mayor parte de sus esfuerzos en la definición de la agenda pública de salud, agenda que alcanzaba el trabajo sobre la conducta de los individuos. Dirigida a la población en general, lentamente pero con decisión, fue poniendo el acento en la responsabilidad de los propios individuos en el devenir de su bienestar mental, el cual rápidamente es traducido en bienestar para todos.

La nueva definición de salud que emerge en la posguerra se caracteriza por alejarse de la vieja idea que consistía en pensar la salud como ausencia de enfermedad. Ahora, la salud es un estado de equilibrio de una vida que es producida para crear lo mejor de sí. Pero para que la salud operara como ese principio regulador de la vida en general, debía salirse del cuerpo individual y alcanzar a todo el cuerpo social. Éste es el trayecto que hizo la medicina, de la medicina anatómica a la medicina de Estado. La historia de la salud mental tal como la cuento, no es más que la historia del retorno de la salud al cuerpo del individuo por otros medios. La salud mental viene a restituir a la salud su dimensión integral, rompiendo con cualquier tendencia divisoria de los atributos de la vida: cuerpo y pensamiento. El retorno de la salud al sujeto es un retorno gubernamental en todos los sentidos del término. Coloca en el medio de las tecnologías de dominación y de las tecnologías del yo, a la salud como sustancia ética.

Probablemente, el principal sentido de la emergencia de la salud mental es haber dotado a la salud de *eticidad*.

A fin de cuentas las denominadas enfermedades mentales, locura, demencia, debilidad mental, incluso alcoholismo y criminalidad, eran resultado de fallas morales. No sólo en los individuos que las padecían sino también en aquellos que les daban la espalda y hacían la vista gorda. Es éste el gran triunfo de la salud mental, extender la responsabilidad de la producción de uno mismo al conjunto de la población y con ello, extender los mecanismos de responsabilización de una manera laica a través de un Estado confiado a la Medicina. La salvación de aquellos males, algunos de los cuales eran considerados irreversibles, residía en aprender de dichas experiencias para poder prevenir al resto, principalmente a los más jóvenes, mediante el entrenamiento y la educación de los hábitos y las conductas. El ambiente no era sólo ambiente físico, también podía ser ambiente familiar, escolar, institucional. Era el conjunto de las interacciones las que producían efectos perturbadores en aquellos sujetos que no habían sido enseñados en cómo paliar los efectos negativos de las tensiones cotidianas.

La emergencia de la salud mental corresponde a un cambio de época donde un nuevo paralelismo se instituye, uno basado en un modelo de integración. Si bien este cambio será contemporáneo a la composición bipolar de la Guerra Fría, en cierta medida este proceso anticipa el mundo integrado del capitalismo contemporáneo (Guattari, 2004). El paroxismo del nazismo, tal como Foucault lo plantea, supuso la colisión entre las formas eugenésicas e higienistas que predominaron desde mediados del siglo XIX hasta el fin de la guerra. El nuevo contrato biológico se sostuvo sobre la fuerte ligazón entre la biología y el derecho bajo la figura de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La expansión de la salud mental como pieza clave de la definición integral de salud, y de ésta como nuevo valor universal para la conformación del humano, devenido de forma inmanente en ciudadano, fue posibilitada por la construcción de una serie de instituciones y circuitos por donde comenzaron a circular personas, bienes, conocimientos, más allá de las restricciones fronterizas de los aún existentes estado-nación. La maleabilidad del humano, su capacidad de adaptación y resiliencia, descansa sobre ciertas formas esenciales que definen una suerte de espíritu general. Es en este

orden de trascendencia donde se construyó la potencia de la salud mental como guía para la definición de esa consagrada humanidad, una ya no nacional sino mundial.

La ecuación entre moral y salud mental estuvo presente en aquel momento fundacional y se extendió durante su consolidación. En la propia definición de 1948 se reconoce la fuerte carga valórica del concepto, valores cuya procedencia reconocida es Occidental pero que aun así se les entiende aplicables a todos los rincones del mundo. Este nuevo paradigma humanista atravesaba un mundo dividido en dos, logrando sentar en una misma mesa de diálogo a rusos y americanos. No es que sea relevante el diálogo entre estos, lo destacable es cómo las formas de fragmentación del mundo binario eran subvertidas por la institución de esta idea de humano que tanto el este como el oeste abrazaban.

¿Pero cómo se relaciona este nivel geopolítico global de la salud mental con aquella biopolítica nacional y, más aún, con aquellas prácticas gubernamentales locales? La respuesta que arriesgué tiene que ver con la naturaleza ontológica de la salud mental. La transversalidad que le permite estar presente u operar en esos niveles sugiere cierto grado de adaptabilidad, pero también de mutabilidad para hacerlo. Lo que se puede deducir de todo eso es su carácter múltiple. He aquí cómo la noción de cuerpo múltiple de Annemarie Mol (2002) me ayuda a pensar a la salud mental también de esa manera. Se trata de una entidad que se está haciendo en múltiples situaciones y prácticas y que las formas que logra difieren radicalmente entre sí. Fue en esta dirección que propuse pensar a la salud mental como un dispositivo, es decir como un conjunto heterogéneos compuesto por formas discursivas y no discursivas, hecho de relaciones de saber y poder. Lo que intenté hacer fue explicar la especificidad de ese dispositivo y enseñar las formas de su desarrollo y actualización. La idea de dispositivo permite pensar las múltiples maneras de conexión que posibilitan que las declaraciones de Jim Yong Kim sobre el papel de la salud mental en la economía global tenga relación con la situación de aquel padre en Badalona preocupado porque su hijo no tiene el tamaño correspondiente para los chicos de su edad.

Lo que intenté mostrar a lo largo de todo este recorrido, es el lugar puntual que ocupa la salud mental en la diagramación de los sujetos. Más específicamente, en los modos

de posicionarse como uno mismo frente a otros en tanto parte del mismo grupo. Pero este nosotros, lejos de ser una forma colectiva cargada de autonomía, supone por el contrario una forma normativa propensa a generar modos estandarizados de ser. Esto no quiere decir que estos ideales promovidos no suponen en ocasiones, inmensas fuentes de realización para los sujetos, tampoco digo que coarten la autonomía de las personas. En muchas situaciones, las prácticas relacionadas con los discursos o narrativas dominantes de la salud mental contribuyen a que ciertos sujetos, por el contrario, produzcan formas creativas y liberadoras de ser. Mi planteo se aleja de cualquier maniqueísmo. No obstante advierte la lógica de producción de ese nosotros.

La modernidad ha instituido una serie de valores que repite como mantra. Entre ellos se encuentra la idea de que lo colectivo es bueno. Obviamente habrá formas y formas de lo colectivo, unos serán colocadas en un plano de amenaza, otras como aquello a defender. Pienso en los ejemplos presentados previamente, pienso en la idea nación, de familia, o tal vez en la propia idea de mundo todas ellas formas ideales que operan como sinónimos de bien. Pero también pienso las críticas a los nacionalismos y a las formas parentales dominantes las cuales amenazan la libertad de *la humanidad*, la cual inmanentemente se recuesta sobre formas de lo común menos opresivas. Viceversa, podría subrayar cómo formas de lo común alternativas son vividas como peligros para la familia y la nación. El *nosotros* de la salud mental es un nosotros que ha logrado el equilibrio justo entre progresismo y conservadurismo. Se trata de un nosotros compuesto por el conjunto de la humanidad, apuntalado por ciertas instituciones que pautan una nueva forma de gobierno global, que encuentra en la democracia el principio de gobierno por excelencia y en los regímenes liberales el ambiente ideal de realización. Todo esto porque tener salud mental supone ser un sujeto capaz de mantener un equilibrio que le permita gobernarse a sí mismo frente a otros.

En las situaciones trabajadas en la experiencia del CAP quise mostrar cómo este tipo de cuestiones no forman parte de las decisiones racionales de los sujetos, sino que las mismas forman parte de las dinámicas y concreciones del día a día. Quise poner el acento en la presencia constante de ciertas preocupaciones que giran en torno a nuestro grado de adaptación con respecto a otros. El nacimiento de la salud mental

tiene que ver en parte con la institución de la humanidad como la medida de todas las cosas, quizá como el último giro del antropocentrismo. Esto supone construir individuos a imagen y semejanza del Hombre. Pero esta construcción, como vimos, es cotidiana y personal, hecha a la medida de las circunstancias; esto no significa que su producción se restringe a la responsabilidad del sujeto, lo que se desprende es una red de corresponsabilidades que encuentra en sitios como un centro de atención primaria, bien podría ser otro, la disposición necesaria para su concreción.

El siglo XX nos entregó una cantidad inmanejable de información sobre lo que es un *ser humano*; la antropología, sociología, psicoanálisis, psicología, neurología, psiquiatría, biología molecular y así muchas otras disciplinas, fueron produciendo caudales de información sobre lo que es ser *ser humano*. Hoy disponemos de tanta información sobre cómo se debe criar a los hijos, sobre las regulaciones en las relaciones de parentesco, sobre cómo amarnos, sobre el erotismo, sobre cómo el ejercicio de nuestro cuerpo produce endorfinas y eso nos hace más felices, sobre cómo la oxitocina interviene en lo que se ha llamado apego, sobre el mapa del genoma humano, sobre los cristales de melatonina y su efecto en el ciclo de sueño, y así mucho más, que tiene el efecto paradójico de convertirnos también, en unos desconocidos para nosotros mismos, aspirando a reconocernos en la idea sobre cómo debe ser la vida.

REFERENCIAS

- Abraham, T. (2000). *La Empresa de Vivir*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Abril-Collado, R. O., & Cuba-Fuentes, M. S. (2013). Introducción a la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 31-36.
- Allende, S. (2005 [1933]). Higiene mental y delincuencia. Tesis para optar al título de Médico Cirujano de la Universidad de Chile. Santiago: Ediciones Ceso
- Atención a la salud mental y adicciones. (s. f.). Acceso el 24 de Junio de 2016, de http://canalsalut.gencat.cat/es/home_ciudadania/el_sistema_de_salut/serveis_datencio_a_la_salut/atencio_salut_mental_i_addiccions/
- Atención primaria y comunitaria. (s. f.). Acceso el 24 de Junio de 2016, de http://canalsalut.gencat.cat/es/home_ciudadania/el_sistema_de_salut/serveis_datencio_a_la_salut/atencio_primaria_i_comunitaria/
- Babarik, P. (1979). The buried Canadian roots of community psychology. *Journal of Community Psychology*, 7(4), 362-367.
- Babcock, B. (1980). Reflexivity: Definitions and discriminations. *Semiotica*, 30(1/2), 1-14.
- Barry, A. (2001). *Political Machines: Governing a Technological Society*. London: The Athlone Press.
- Barry, A. (2006). Technological Zones. *European Journal of Social Theory*, 9(2), 239-253.
- Beers, C. W. (1910). A Society for Mental Hygiene as an Agency for Social Service and Education. Connecticut: Society for Mental Hygiene.
- Beers, C. W. (1917). A mind that found itself: An autobiography. Longmans, Green.
- Beers, C. W. (1917b). The mental hygiene movement. Longmans, Green and Company.

- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 7(2), 113-6.
- Bowlby, J. (1954). Los Cuidados Maternos y la Salud Mental. Publicaciones Científicas N°14. Serie de Monografías de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado a partir de <http://www.who.int/iris/handle/10665/169960>
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Centros sanitarios. (s. f.). Acceso el 24 de Junio de 2016, de <http://catsalut.gencat.cat/es/ciudadania/centres-sanitaris/>
- Collier, S. J., & Ong, A. (2008). Global Assemblages Anthropological Problems. En A. Ong & S. J. Collier (Eds.), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems* (pp. 3-21). Blackwell Publishing.
- Crossley, N. (1998). Transforming the mental health field: the early history of the National Association for Mental Health. *Sociology of Health & Illness*, 20(4), 458-488.
- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Barcelona: Paidós, Barcelona.
- Deleuze, G. (1989). ¿Qué es un dispositivo? En: *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa,
- Deleuze, G. (1996). *Conversaciones (1972-1990)*. Valencia, España: Pre-Textos.
- Deleuze, G. (2006). Post-scriptum sobre las sociedades de control. *Polis. Revista Latinoamericana*, (13). Recuperado a partir de <https://polis.revues.org/5509>
- Deleuze, G. (2007). *Pintura*. El concepto de diagrama. Buenos Aires: Cactus.
- Deleuze, G. (2013). *El saber. Curso sobre Foucault, 1*. Buenos Aires: Cactus.
- Dumit, J. (2004). *Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Foley, D. E. (2002). Critical ethnography: The reflexive turn. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 15(4), 469-490.

- Foucault, M. (1966). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1995 [1971]). Nietzsche, la genealogía, la historia. En *Michel Foucault. Discursos, poder y subjetividad* (Oscar Terán). Buenos Aires, Argentina: Ediciones El Cielo por Asalto.
- Foucault, M. (1975/2000). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1976/2000). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (1991a). Omnes et singulatim: Hacia una crítica de la <<razón política>>. En *Tecnologías del yo. Y otros textos afines*. Barcelona: Paidós; I.C.E. de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Foucault, M. (1991b). *Tecnologías del yo. Y otros textos afines*. Barcelona: Paidós; I.C.E. de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Foucault, M. (2005). *El Poder Psiquiátrico. Curso del Collège de France (1973-1974)*. Ediciones AKAL.
- Foucault, M. (2009). *Nacimiento de la Biopolítica: Curso del Collège de France (1978-1979)*. Ediciones AKAL.
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de Poder*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1996). *Genealogía del racismo*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, M. (1991). *La gubernamentalidad*. Madrid. Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1991b). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (2002). *Dichos y escritos, tomo II*. Madrid: Editorial Nacional.
- Foucault, M. (2005). *La hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (2011). *Historia de la sexualidad*. Vol. 2: El uso de los placeres. México: Siglo XXI.
- Franklin, S. (2004). Stem Cells R Us: emergent life forms and the global biological. En *Global Assemblages: Technology, politics and ethics as anthropological problems* (pp. 59-78). John Wiley & Sons. Recuperado a partir de http://sarahfranklin.com/?attachment_id=212
- Garfinkel, H., & Sacks, H. (1970). On formal structures of practical actions. En *Theoretical sociology: perspectives and developments* (pp. 338-66). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Gibbon, S., & Novas, C. (Eds.). (2007). *Biosocialities, genetics and the social sciences: making biologies and identities*. London: Routledge.
- Gibson, K. L., Rimmington, G. M., & Landwehr-Brown, M. (2008). Developing global awareness and responsible world citizenship with global learning. *Roeper Review*, 30(1), 11-23.
- Giddens, A. (1996). Globalization: A keynote address. *Unrisd News*, 15, 4-5.
- Greco, M. (2004). The Politics of Indeterminacy and the Right to Health. *Theory, Culture & Society*, 21(6), 1-22.
- Greco, M., & Stenner, P. (2013). Happiness and the Art of Life: Diagnosing the psychopolitics of wellbeing. *Health, Culture and Society*, 5(1), 1-19.
- Guattari, F. (2004). *Plan sobre el planeta: Capitalismo mundial integrado y revoluciones moleculares*. Madrid: Traficantes de Sueños, 2004..
- Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad* (Vol. 11). Editorial Norma.
- Harding, C. (20 de Julio de 2016). How Japan came to believe in depression. BBC News. Recuperado de <http://www.bbc.com/news/magazine-36824927>

- Heater, D. (1996). *World citizenship and government. Cosmopolitan Ideas in the History of Western Political Thought*. London: MacMillan
- Heater, D. (2004). *World citizenship: Cosmopolitan thinking and its opponents*. London: Bloomsbury Publishing.
- Hunter, Matt (7 de mayo de 2016). Fitbit for the soul: Wristband can keep track of moods, mental health and memory to 'see inside your head'. Daily mail. Recuperado en <http://www.dailymail.co.uk/>
- Ihara, H. (2012). A cold of the soul: A Japanese case of disease mongering in psychiatry. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 24(2), 115-120.
- Ilcan, S., & Aitken, R. (2012). Postwar World Order, Displaced Persons, and Biopolitical Management. *Globalizations*, 9(5), 623-636.
- Integrando la Salud Mental a la Atención Primaria. (s. f.). Acceso el 14 de Enero de 2014, de http://www.who.int/mental_health/policy/services/SP.%20Brochure%20PHC.pdf
- International Congress on Mental Health, W. F. for M. H. (1948). *Mental Health and World Citizenship. A Statement Prepared for the International Congress on Mental Health*. World Federation for Mental Health.
- Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return. (s. f.). [Text/HTML]. Acceso el 27 de Mayo de 2016, de <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2016/04/13/investing-in-treatment-for-depression-anxiety-leads-to-fourfold-return>
- Katz, S. (2012). Embodied memory: aging, neuroculture, and the genealogy of mind. *Occasion: Interdisciplinary Studies in the Humanities*, 4(31), 1-14.
- Latour, B. (2012). *La Esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Barcelona: Gedisa.

- Leigh Star, S. (2010). This is Not a Boundary Object: Reflections on the Origin of a Concept. *Science, Technology, & Human Values*, 35(5), 601-617.
- León-Sanromà, M., Aragonés Benaiges, E., Eichelbaum Sánchez, D., & Pascual Pascual, P. (2009). Medicina de familia y salud mental. *Atención Primaria*, 41(8), 427-428.
- Lescouflair E (2003) Brock Chisholm: Director-General, World Health Organization 1896-1971. Cambridge, MA: Harvard Square Library.
- López, E. E., Ochoa, G. M., & Olaizola, J. H. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28(4), 81-89.
- Manning, N., & Patel, V. (2008). Globalization and Mental Health. A Special Issue of Global Social Policy. *Global Social Policy*, 8(3), 299-300.
- Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24(1), 95-117.
- Mead, G. H. (1934) *Mind Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago: University of Chicago.
- Mead, M. (1959). Mental health in world perspective. *Culture and Mental Health*. Marvin K. Opler, ed. New York: The MacMillan Company.
- Mead, M. (1961). Psychiatry and ethnology. In *Soziale und angewandte Psychiatrie* (pp. 452-470). Springer Berlin Heidelberg.
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press.
- Mol, A., & Law, J. (2004). Embodied Action, Enacted Bodies: the Example of Hypoglycaemia. *Body & Society*, 10(2-3), 43-62.
- Moro Abadía, O. (2003). ¿Qué es un dispositivo? *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 0(6), 29-46.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Editorial Huemul.

- Okpaku, S. O., & Biswas, S. (2014). History of global mental health. En *Essentials of Global Mental Health* (Cambridge University Press). Cambridge, United Kingdom.
- OMS. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Publicaciones OMS. Acceso el 23 de Octubre de 2013, de <http://www.who.int/whr/2001/es/>
- OMS. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ediciones de la OMS. Acceso el 5 de Febrero de 2014, de http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- OMS. (2013). *Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020* (Informe de la Secretaría No. 132.a reunión).
- Ong, A. (2006). Mutations in Citizenship. *Theory, Culture & Society*, 23(2-3), 499-505.
- ONU. Salud - Desarrollo Sostenible. (s. f.). Acceso el 26 de Mayo de 2016, de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Patel, V., & Prince, M. (2010). Global Mental Health: A New Global Health Field Comes of Age. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 303(19), 1976-1977.
- Pelletier, J.-F., Davidson, L., & Roelandt, J.-L. (2009). Citizenship and Recovery for Everyone: A Global Model of Public Mental Health. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(4), 45-53.
- Pérez Soto, C. (2012). *Una Nueva Antipsiquiatría: Crítica y Conocimiento de las Técnicas de Control Psiquiátrico*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Rabinow, P. (1996) 'Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality'. In P. Rabinow, *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rabinow, P., & Rose, N. (2006). Biopower today. *BioSocieties*, 1(2), 195-217.

- Ramírez Parrondo, R., Arbesú Prieto, J., Arrieta Antón, E., López Chamón, S., & Casquero Ruiz, R. (2016). Promoción de la salud: promoción de la salud mental. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 42(2), 73-74.
- Rancière, J. (2006). *El odio a la democracia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Rees JR (1966) *Reflections: a Personal History and An Account of the Growth of the World Federation for Mental Health*. New York, NY: WFMH.
- Rodríguez, P. E. (2010). El renacimiento de la biopolítica. Notas para un balance. *Tramas. Subjetividad y procesos sociales* nº, 32, 63-90.
- Rogers, A., & Pilgrim, D. (1989). Mental health and citizenship. *Critical Social Policy*, 9(26), 44-55.
- Rogers, A., & Pilgrim, D. (2014). *A sociology of mental health and illness*. London: McGraw-Hill Education.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Rotblat, J. (Ed.). (2016). *World Citizenship*. London: Springer.
- Rothman, S. M. and Rothman, D. J. (2003) *The Pursuit of Perfection: The Promise and Perils of Medical Enhancement*. New York: Vintage Books.
- Ryle, G. (2009 [1949]). *The concept of mind*. New York: Routledge.
- Saavedra, A., & von Mühlenbrock, C. (2009). Promoción de la Salud Mental Ocupacional: Revisión y proyecciones para Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(4), 293-302.
- Salut mental. (s. f.). Acceso el 13 de Mayo de 2017, de <https://obertament.org/ca/lluïta-contral-estigma/salut-mental/que-es-salut-mental>

- Simmons, H. G. (1978). Explaining social policy: The english mental deficiency act of 1913. *Journal of Social History*, 11(3), 387-403.
- Souza y Machorro, M. (1984). La Atención Primaria y la Educación para la Salud Mental. *Salud Mental*, 7(3), 15-21.
- Star, S. L., & Griesemer, J. R. (1989). Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science*, 19(3), 387-420.
- Star, S.L. (2010). This is not a boundary object: Reflections on the origin of a concept. *Science, Technology, & Human Values*, 35(5), 601-617.
- Summergrad, P. (2016). Investing in global mental health: the time for action is now. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 390-391.
- The Mental Health of Mankind. (1948). *The Lancet*, 252(6521), 298.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(48\)90660-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(48)90660-6)
- The World Bank [World Bank]. (2016, abril 12). Making Mental Health a Global Development Priority [Archivo de video]. Recuperado de
<https://www.youtube.com/watch?v=THT43iz9E8Y>
- The World Bank (10 de febrero de 2017). Mental Health. Recuperado de
<http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/mental-health>
- Thomas, S. P. (2013). Mental Health Across the Globe: Theme for 2013. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(1), 1.
- Thompson, J. (1998). 'Community identity and world citizenship'. En D. Archibugi, D. Held y M. Köhler (eds) *Re-imagining Political Community*. Cambridge: Polity Press, pp. 179-97.
- Tirado, F. J., & Domènech, M. (2001). Extituciones: del poder y sus anatomías. *Política y sociedad*, 36, 183-196.

- Toms, J. (2012). Political dimensions of 'the psychosocial' The 1948 International Congress on Mental Health and the mental hygiene movement. *History of the human sciences*, 25(5), 91-106.
- Verdugo, M. A., & Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. Acceso el 13 de Mayo de 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242507>
- Vigarello, G. (2006). *Lo sano y lo malsano: historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid: Abada editores.
- Vitores, A., & Domènech, M. (2004). Telepoder: tecnologías y control penitenciario. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*.
- Walgreens To Expand Mental Health Services - Forbes. (s. f.). Acceso el 27 de Mayo de 2016, de <http://www.forbes.com/sites/brucejapsen/2016/05/10/walgreens-expands-access-to-mental-health-services/#688367c77747>
- Ward, A.. UK health tech group devises apps to detect mental illness. *Financial Times*. Acceso el 1 de Marzo de 2016, http://www.ft.com/cms/s/8ef4f08e-dee6-11e5-b072-006d8d362ba3,Authorised=false.html?siteedition=uk&_i_location=http%3A%2F%2Fwww.ft.com%2Fcms%2Fs%2F0%2F8ef4f08e-dee6-11e5-b072-006d8d362ba3.html%3Fsiteedition%3Duk&_i_referer=&classification=conditional_standard&iab=barrier-app#axzz4A5DGhuqS
- Weindling, P., (1989), *Health, Race, and German Politics between National Unification and Nazism, 1870-1945*, Cambridge: Cambridge University Press.
- WFMH. (2013). A Brief History. WFMH. Recuperado de <http://www.wfmh.org/03Briefhistory.htm>

World Health Organization. (1951) Annual Report of the Director-General to the World Health Organization and to the United Nations. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (1958). Los Diez Primeros Años de la Organización Mundial de la Salud. Acceso el 11 de Marzo de 2016, de <http://www.who.int/iris/handle/10665/39275>

World Health Organization. (2016). Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return. Disponible en <http://www.who.int>

Zangaro, M. (2011). Subjetividad y trabajo: el management como dispositivo de gobierno. Trabajo y sociedad, (16), 163-177.