

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Un análisis desde la perspectiva de la psicología política de la nueva ley de salud mental N° 26.657.

Tosi, Lucas, González, Sergio Gabriel y
Orellano, Claudia Marcela.

Cita:

Tosi, Lucas, González, Sergio Gabriel y Orellano, Claudia Marcela (2014). *Un análisis desde la perspectiva de la psicología política de la nueva ley de salud mental N° 26.657*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/531>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/kf7>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

UN ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA POLÍTICA DE LA NUEVA LEY DE SALUD MENTAL N° 26.657

Tosi, Lucas; González, Sergio Gabriel; Orellano, Claudia Marcela
Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina

RESUMEN

La sanción de la ley de salud mental N° 26.657 posibilitó nuevos posicionamientos en torno a las personas con sufrimiento psíquico en el contexto del campo problemático de las adicciones. Este marco legal y legítimo interpela prácticas políticas, sociales, profesionales y científicas que deben estar abocadas a transformar los sistemas de atención por parte de las instituciones dedicadas a la asistencia de la salud mental. El panorama actual ofrece nuevas oportunidades pero también hace visible una serie de obstáculos en lo instituido que se presentan como resistencia para el desarrollo de la tarea a corto y largo plazo. En este sentido destacamos tres dimensiones de análisis desde la perspectiva de la psicología política: la reformulación del campo de las adicciones frente a la interpelación de la ley, la consolidación de proyectos políticos en salud mental comunitaria y adicciones alejados de la lógica partidaria; y por último, la ausencia de investigación cuantitativa y cualitativa en el campo de Salud Mental para la formulación de estrategias de convergencia de datos con intersectorialidad que orienten las reflexiones y modificaciones de los programas propuestos.

Palabras clave

Salud Mental, Sufrimiento psíquico, Campo de las adicciones, Intersectorialidad

ABSTRACT

AN ANALYSIS FROM THE PERSPECTIVE OF PSYCHOLOGY NEW POLICY MENTAL HEALTH LAW N° 26.657

The passage of the Mental Health Act N°. 26,657 new positions allowed around people with Psychic Suffering in the context of the problem area of addiction. This legal framework and legitimate challenges political, social scientific practices, professionals and should be doomed to transform systems of care from institutions devoted to the care of Mental Health. The current situation offers new opportunities but also makes visible a number of obstacles in the instituted served as resistance for the development of the task short and long term. Thus three-dimensional analysis include: the reformulation of the field of addictions interpellation against the law, the consolidation of political projects in community mental health and addictions away from partisan logic; and finally, the absence of qualitative quantitative research in the field of Mental Health, formulating strategies intersectoral convergence of data to guide the reflections and modifications of the proposed programs.

Key words

Mental Health, Psychic suffering, Field of addictions, Intersectoriality

Sobre el nuevo encuadre jurídico de la Salud Mental

La nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, brinda un marco de cuidado de los derechos humanos de las personas con padecimiento psíquico. Gravitando siempre sobre el Sujeto de Derecho, enfatiza el compromiso del cuidado de la salud en general y de los derechos humanos de las personas con sufrimiento psíquico. Define la salud mental como proceso bio-psico-socio-histórico-cultural y económico, donde la preservación y mejoramiento “implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (p.9)

En la reglamentación de la Ley de Salud Mental (Decreto 603/2013) se añade además una perspectiva del sujeto doliente, definiendo al padecimiento mental como sufrimiento psíquico ya sea de las personas individuales o de grupos humanos, vinculados a diferentes tipos de crisis e incluyendo en la prolongación de dichos procesos: los trastornos y las enfermedades mentales. Dentro de esta definición se resignifican las prácticas clínicas de diagnóstico, tratamiento y evaluación; quedando prohibido el diagnóstico de enfermedad mental por motivos económicos, raciales, identidad sexual, género, y además, las adicciones quedan comprendidas en el ámbito de la salud mental. Por otra parte el diagnóstico se repiensa como práctica interdisciplinaria debiendo firmarse al menos por dos profesionales de diferentes disciplinas de los cuales al menos uno debe ser psicólogo o psiquiatra.

Desde esta búsqueda por garantizar los derechos de las personas con sufrimiento psíquico, la ley despliega con detalle en el artículo 7 los derechos de los usuarios de servicios de salud. Destacan los derechos a recibir asistencia social, integral humanizada, basada en fundamentos científicos y principios éticos. Que sea gratuita y equitativa en el acceso de los insumos necesarios. Que facilite el conocimiento de la preservación de la identidad e historización con su grupo de pertenencia. El acceso al efector de salud más adecuado y menos restrictivo. Cabe destacar en la reglamentación se asegura que la información de los derechos circule entre los usuarios y familiares, quienes recibirán una copia del artículo 7 de la ley, y que además, este explícito en un cartel de 50 por 80 cm en toda institución de salud la vigencia de la Ley 26.657 y el acceso a críticas y denuncias por vulneración de los derechos con líneas telefónicas gratuitas.

En relación a los tratamientos, se abandonan las prácticas “manicomiales” y se concibe a las internaciones como restrictivas. Las instituciones monovalentes serán sustituidas en un plazo no mayor al 2020 por diferentes dispositivos terapéuticos y las adicciones incluirán en sus tratamientos la estrategia de reducción de daño. Los tratamientos en cualesquiera de sus modalidades: con residencia, ambulatorio, casa de día y medio día, serán realizados por equipos interdisciplinarios que reúna a diferentes profesiones, entre las que se menciona: Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Enfermería. La reglamentación aclara que la conformación

de los equipos de salud se adecuará a cada región.

Respecto a los procesos de evaluación de los tratamientos se crea un dispositivo complejo que involucra a todos los actores sociales, es el Órgano de Revisión. Creado en el Ministerio Público de la Defensa tiene por objeto la protección de los derechos humanos de los usuarios del servicio de salud mental. Su conformación es multidisciplinaria y reunirá representantes del Ministerio de salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos. (Artículos 38, 39 y 40; Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657)

El órgano de revisión velará para garantizar la no vulneración de los derechos humanos de los usuarios del servicio de salud. Para lo cual: pedirá informes a instituciones públicas y privadas; supervisará de oficio o por denuncia las condiciones de internación; supervisará las internaciones involuntarias y la no extensión de las mismas por razones no clínicas; las derivaciones fuera del ámbito comunitario y su adecuada fundamentación, y supervisar las declaraciones de inhabilidad de las personas. Realizará informes a la Autoridad de Aplicación, requerirá intervención judicial frente a las irregularidades, pero además, puede efectuar presentaciones al Consejo de la Magistratura si la irregularidad involucra a jueces. Supervisar el proceso mismo de la aplicación de la Ley, pudiendo ejecutar proyectos de modificación tendientes a garantizar los derechos humanos, promover la creación de órganos de revisión de cada jurisdicción.

La intersectorialidad propuesta por la ley implica una compleja logística para poder hacer realidad esta afirmación del sujeto derecho. Se convoca el compromiso de diferentes Ministerios: El Ministerio de Salud será la autoridad de aplicación, y en colaboración con las provincias el presupuesto en Salud Mental se elevará al 10 % del presupuesto de Salud. La inclusión social será fortalecida por el Ministerio de Desarrollo; mientras que la Inclusión Laboral y su fiscalización será realizada por el Ministerio de Trabajo. El Ministerio de Educación se encargará de la prevención y en la Educación Superior supervisará la Formación de grado. El Ministerio de Interior facilitará todo lo que involucra el proceso de Identificación de los usuarios, incluyendo la realización de DNI. Implicará la creación del Registro Nacional para la Búsqueda de Identidad y Filiación, presididos de forma conjunta con el Ministerio de Salud. Las adaptaciones edilicias involucrarán al Ministerio de Planificación. El Ministerio de Seguridad realizará los protocolos de urgencia y la Secretaría de Derechos Humanos los protocolos de fiscalización y los de investigación. Las políticas antidiscriminación estarán orientadas por INADI y AFSCA. La superintendencia regulará la adaptación de las Prepagas y OOSS. Y el INDEC aportará la realización de censos (Gorbacz, 2013).

La intersectorialidad no se limita al poder ejecutivo también involucra a las organizaciones sociales, entre ellas las organizaciones de: usuarios, familiares, profesionales y otros trabajadores, derechos humanos y otras de incumbencia en la temática. La estructura involucrada permite pensar en los ejes que orienten la política de salud, para Gorbacz (2013) esto implicaría la cercanía, que facilita la no ruptura del lazo social y de los vínculos afectivos, lo que implica además articulación interinstitucional dando continuidad y seguimiento. La participación comunitaria es fundamental en la preservación y recuperación del proceso de salud. El respeto por la diversidad sea étnica, religiosa, cultural o de identidad sexual y género es otro eje fundamental. La integración de equipos de atención

primaria en el territorio. Como así también la adaptación de los programas de trabajo, educación, cultura, arte, deporte, vivienda, etc. Asimismo, los tratamientos de adicciones deben estar orientados por la perspectiva de salud integral. Focalizados en la singularidad, más allá del tipo de adicción y deben incluir dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños.

Adicción: Subjetividad Instituida

Pensar en la compleja temática de las adicciones nos fue llevando a la relectura de autores referentes que nos inspiraron en los inicios no solo profesionalmente sino a nivel humano, nos dieron su axiología para que no durmiéramos en los laureles de “las muy buenas teorías”, teorías que nos dejaron en soledad a la hora de producir una práctica clínica en la institución, una práctica de la realidad, una práctica de la complejidad, del desconcierto pero también del reconocimiento. Los “casos de los libros” no se parecían a las personas que llegaban al consultorio o a la sala del hospital. Uno de estos autores referentes ha sido Ignacio Lewcowikz, quien se cuestionó, allá por fines de los '90 acerca de la Subjetividad adictiva planteando la existencia de un tipo psicossocial instituido. El autor formulaba estos interrogantes ¿Cómo es socialmente posible la figura omnipresente del adicto? ¿Cómo es posible que una sociedad no sólo produzca adictos sino que, sobre todo, los instituya como tales, como un tipo reconocido, admitido, predicado y tratado? ¿En qué condiciones socioculturales es posible que la adicción se constituya inequívocamente en institución social?. Desde una perspectiva historiadora reconstruye los sentidos en torno al sujeto de la adicción, destacando puntos ciegos en su evidencia. Ignacio Lewcowikz, resalta el hecho que las adicciones corresponden al campo inespecífico de los problemas sociales.

“Este reconocimiento general que hace de la adicción un objeto particular de predicación de cualquier discurso, viene a indicar -para la mirada historiadora- que no estamos sólo ante una estructura clínica particular, o en presencia de unos fármacos específicos que alteran las personalidades de las personas, o ante una modalidad delictiva particular. No estamos ante el mero incremento cuantitativo de unas prácticas que llamamos adictivas sino ante la instauración cualitativa de un tipo radicalmente nuevo de subjetividad socialmente instituida.” (Lewcowikz, 1999, pg. 91-107)

El análisis postula que las condiciones socioculturales de la vida de los individuos se encuentra enmarcado en una red práctica, en donde lo social y lo individual producen su propia autonomía, no su integración. La figura del adicto, dice Ignacio Lewcowikz, más allá de las clasificaciones médicas, jurídicas y psíquicas, es una figura socialmente instituida, es un tipo subjetivo reconocible. La institución social “adicción” existe porque socialmente es posible la subjetividad adictiva. La adicción es una instancia reconocible universalmente porque la lógica social en la que se constituyen las subjetividades genera sentidos e imaginarios para ese tipo de prácticas. Las anomalías adictivas de sujetos portadores de la irracionalidad y de escasa voluntad, de hoy se asemejan a las anomalías históricas respecto del discurso médico. Lo que socialmente se llama adicción es efecto de discursividad y del tratamiento del sujeto consumidor por parte de los medios y sus instrumentos institucionales (comunicación y autoayuda). Formulación del par adicto-delincuente.

Tensiones en el campo de las Adicciones

La posibilidad de pensar las tensiones de la presente ley en relación al campo profesional cotidiano nos interpela no solo en la dimensión técnica sino en lo ético político (Montero, 2001). En tanto agentes de salud que desempeñamos el rol de psicólogo en institu-

ciones de salud pública para la recuperación de personas con derechos vulnerados asociados al uso de sustancia psicoactivas. Somos integrantes de equipos de trabajo, donde se visualiza al usuario como sujeto de derecho y se piensa y hace con otros profesionales acorde con la nueva Ley Nacional de Salud Mental.

Orientamos la siguiente reflexión en referencia a tres ejes: 1) La reformulación del campo de las adicciones frente a la interpelación de la ley; 2) la consolidación de proyectos políticos en salud mental comunitaria y adicciones que se sostengan más allá de las banderías políticas; y por último, 3) la ausencia de investigación cuantitativa en el campo de Salud Mental, la formulación de estrategias de convergencia de datos con intersectorialidad que orienten las reflexiones y modificaciones de los programas propuestos. Es pertinente visibilizar en base a los tres ejes expuestos, un conjunto de confusiones problemáticas de carácter técnico-conceptual que persisten en el cuerpo del nuevo encuadre jurídico. Las mismas serán detalladas en el desarrollo de cada uno de los ejes.

Las tensiones que observamos y vivenciamos en el campo particular de las adicciones son múltiples, cabría mencionar la homologación sin mucha investigación al respecto, de las Comunidades Terapéuticas al Hospital monovalente psiquiátrico. Homologación que conduce a una verdadera confusión tensionante, la cual apunta a la perspectiva poco diáfana respecto a las Comunidades Terapéuticas. Dicha perspectiva equipara este tipo de dispositivos a las instituciones monovalentes psiquiátricas, conceptualizadas por Goffman (2001) como autoritarias y totales. Es decir, las Comunidades terapéuticas para adicciones se homologan al tratamiento aplicado al amplio espectro de psicosis en las instituciones de encierro. Las Comunidades Terapéuticas de acuerdo al espíritu de la ley, funcionarían como sistemas sofisticados de control social.

La lectura de la bibliografía es muy nutricia al respecto. En Alende y Ardila, la observación de que las Comunidades Terapéuticas con el modelo de Maxwell Jones (1950) implican sentidos dentro del campo de la salud que tienen que resignificarse, y que por lo tanto, las comunidades terapéuticas de adicciones son lugares de aislamiento que operan con la lógica manicomial de privación de lo afectivo social, constituye una interrogación digna de pensarse pero también de investigarse. Quizás no todas las comunidades terapéuticas operen bajo la lógica manicomial y la eventual integración socio comunitaria en el territorio mismo podría ser un lugar de diálogo y encuentro, al momento en que el caso particular y el juicio de equipos interdisciplinarios propone la mejor estrategia posible. La investigación podría librarnos de la paradoja presente donde se sigue internando a personas, y brindando estrategias terapéuticas que se las supone no eficientes. La espera de algo por construirse no nos libra del compromiso ético que versa sobre el mejor efector de salud disponible. La tendencia constructiva propone más bien, crear un nuevo modelo de comunidad terapéutica acorde con el sujeto. Las adicciones son un campo problemático en la Ley Nacional de Salud Mental, quizás porque en su afán de pensar la salud mental en un nivel macro y teórico no diferencia los matices de estos campos que se refieren al sufrimiento psíquico. La práctica es una voz potente que convoca a la reflexión conjunta y a compartir experiencias, tal como se vivencia en congresos de actualidad (APSA, 2014) en espacios de talleres que buscan compartir la construcción del compromiso en salud mental comunitaria.

Que las políticas pública en salud mental, en los últimos años, no han tenido continuidad, es algo que ha afectado severamente el hacer profesional de los equipos interdisciplinarios. Téngase en cuenta que la Subsecretaría de atención de las Adicciones en la Provincia de Buenos deambuló en los últimos tiempos por diferen-

tes Ministerios. Así hacia el 2007 comenzó un derrotero que la llevó a abandonar en el 2010 el Ministerio de Salud para formar parte del Ministerio de Desarrollo Social y regresar nuevamente a Salud, como Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones en el 2012. Por lo tanto, en el hacer cotidiano se vivenció un vacío de planificación en salud pública de las adicciones que repercutió de manera singular al interior de cada Equipo Interdisciplinario. Esto contribuyó a que cada equipo desarrollara su praxis cotidiana con un estilo propio y la desorganización consecuente de la totalidad del campo de la salud pública. A esto se suma el hecho de que los cargos jerárquicos en la Provincia de Buenos Aires tienden a representar a la bandería política de los vencedores lo que acarrea cambios periódicos de Distritales, Regionales, y de la coordinaciones a nivel más amplio en donde se abandonan determinados lineamientos que se había implementado para luego proponer otros que muchas veces se diluyen sin poder concretarse por la velocidad de los cambios. La nueva ley de salud mental promete esperanza al respecto al proponerse como marco que direccionador de las políticas en salud mental y adicciones a corto, mediano y largo plazo. Ahora bien, las banderías políticas e ideológicas no sólo se expresan del modo explicado, sino que también se encuentran sus expresiones en la contribución a un segundo tipo de confusión problemática. En este caso, aquella que se vislumbra en el avasallamiento del plano político ideológico por sobre el plano técnico. Este avasallamiento trastoca la eficacia de los tratamientos de las adicciones basados en la metodología de la Comunidad Terapéutica y en otras modalidades institucionales terapéuticas, dando lugar a plausibles consecuencias iatrogénicas. Una propuesta quizás utópica, ingenua si se quiere, pero que este anhelo compartido de crear nos permite esbozar, es la elección de funcionarios distritales y regionales por votación de los agentes de salud que comprenden el territorio pertinente. Esto facilitaría la legitimación de estos cargos tan potentes para las praxis territoriales. Cuando se trata de pensar programas de Salud Mental Comunitaria con líderes que no cuentan con apoyo y confianza auténtica la resistencia se multiplica. Otra opción clara, que establece la ley es el acceso a los cargos directivos por concurso por antecedente y oposición, llevada esta lógica a los referentes distritales y regionales podría favorecer el sostenimiento de las políticas públicas. Este tipo de propuestas pone sobre el tapete el carácter político del comportamiento de todo agente de salud, ya que sus elecciones tienen un impacto significativo sobre el orden socio-institucional establecido (Martín Baró, 1991).

Otro punto de tensión se visualiza en torno a la investigación empírica cuanti y cualitativa al respecto del verdadero funcionamiento de las instituciones que brindan sus servicios en el campo de la salud mental comunitaria. La presencia de las universidades si bien ha mejorado en los últimos años todavía es insuficiente al respecto. En reuniones provinciales y municipales las universidades están ausentes. Y es una voz potente en lo que refiere a este punto, sino se sabe a ciencia cierta qué camino es más eficiente o preferible en términos técnicos y científicos se libra a la intuición y a las coyunturas políticas decisiones máximamente importantes. Al decir de Galende el campo de la salud comunitaria no se reduce a la militancia política y ética sino que requiere una sólida formación científica. Que las Universidades incrementen su participación, no meramente con su contribución en la formación de profesionales de calidad, sino en extensión e investigación, configurará un sólido pilar. Consideramos fundamental este punto, ya que es un elemento sustancial para desterrar una tercera confusión problemática. Al establecer al campo de las adicciones como una configuración más del orden del sufrimiento psíquico, se sostendría la confusión a partir de la cual

se manifestaría la anulación de la especificidad y particularidad de la problemática socio-sanitaria de las adicciones. La inclusión de la problemática adictiva en campo de la salud mental, vale decir otorgándole un lugar marginal en el cuerpo total de la ley, no reconoce la especificidad ontológica de la adicción, ni considera las particularidades noxas físico-químicas y psico-socio-culturales del problema. La profundización en la formación de agentes de salud mental, en el área extensionista y en el campo de la investigación, configurará una comprensión acabada y contemporánea de la problemática. Alineada, sin desconocer las variables situacionales y locales sociales y culturales, a los planteamientos globales referidos al campo de las adicciones. En este sentido, vale explicitar que para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) adicción es un estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por la compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, por la tendencia al aumento de la dosis, por una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos, y por consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad. Para el Instituto Nacional de Abuso de Drogas de Estados Unidos (2013), adicción es una enfermedad crónica con recaídas caracterizada por la búsqueda y el abuso compulsivo de la droga y por cambios químicos de larga duración en el cerebro, en los que se alteran los mecanismos de regulación conductual, motivacional y emocional, que dependen del sistema límbico. A esto último se le añade que tanto las sustancias psicoactivas en términos de potencia adictiva, toxicidad, composición química, situación legal; como las personas que consumen tales sustancias en términos de diferenciación subjetiva, factores psicosociales de protección o vulnerabilidad, manifiestan gran diversidad.

Conclusión

La permanencia en los dispositivos terapéuticos, como se sabe a nivel mundial, es correlato, no de cura, pero sí del trato humano. Esto nos orienta hacia la focalización del tratamiento en la restitución de derechos vulnerados y el corrimiento de la sustancia como tema central. La mirada que crea la nueva Ley de Salud Mental concentrada en el Sujeto de Derecho, permite repensar todas las prácticas clínicas desde el diagnóstico, tratamiento y supervisión, abriendo al diálogo a todos los actores sociales. Permite un proceso de democratización, de práctica colectiva comprometida como base para la preservación de procesos de salud comunitarios. Aunque por otra parte, coincidimos en la percepción de la impostura de los fundamentos que sostienen en este momento basar la prevención y asistencia de las adicciones en términos político-partidarios-institucionales. Creemos que es importante debatir en un contexto de diálogo los aspectos positivos y los considerados criticables del nuevo marco jurídico nacional. El intercambio reflexivo entre todos los actores componentes del campo de la salud mental y de las adicciones, es un diálogo que nos transforma, tras el encuentro auténtico las esperanzas se potencian y el hacer subjetivo se nutre de nuevos sentidos.

BIBLIOGRAFIA

- Ardila, S. y Galende, E. (2011). El Concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. Revista Salud Mental y Comunidad, Ediciones de la Universidad de Lanús.
- Decreto Reglamentario N° 603/2013
- Gerlero, S. y otros (2010). Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina. Revista Argentina de Salud Pública. Vol. 1 N° 2.
- Goffman, E. (2001). Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed, Amorrortu. Buenos Aires.
- Gorbacz, L. (2013). Ley de Salud Mental N° 26.657. Decreto Reglamentario N° 603/2013. Síntesis Temática.
- Instituto Nacional de Abuso de Drogas (2013). Glosario de términos. Departamento de Salud y Servicios humanos. NIDA, EEUU.
- Ley de Salud Mental N° 26.657
- Lewcowikz, I. (1999). Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial instituido. Condiciones históricas de posibilidad. En Dobon, Juan y Hurtado, Gustavo (compiladores) (1999) Las drogas en el siglo...¿que viene?... Ediciones FAC, Buenos Aires. Págs. 91 a 107.
- Martín Baró, I. (1991). El Método de la Psicología Política. En Acción y Discurso, Educen, Caracas (Maritza Montero Coord.)
- Montero, M. (2001). Ética y Política en Psicología. Las dimensiones no reconocidas. En: www.blues.es/athenea/num0/maritza.htm
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Serie de Informes Técnicos, ONU, N° 116 y 117, 1957.