

*Mental health and practical wisdom.
An attempt at integration
in a conceptual approach¹*

Juan Diego Lopera Echavarría²

¹ El presente artículo es producto de la investigación de tesis doctoral “Sabiduría práctica y salud mental”, del doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia.

² Profesor del Departamento de Psicología de la Universidad de Antioquia. Psicólogo, Magíster en Filosofía y candidato a Doctor en Ciencias Sociales de la Universidad de Antioquia. Integrante de los grupos de investigación: Historia de la salud de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, y de El método analítico y sus aplicaciones en las ciencias sociales y humanas, adscrito al Centro de Investigaciones Sociales y Humanas (CISH) de la Universidad de Antioquia. Correspondencia: juandlopera@antares.udea.edu.co y juandlopera@yahoo.com. Medellín - Colombia.

Salud mental y sabiduría práctica. Un intento de integración y aproximación conceptual

Recibido: enero 18 de 2012
Revisado: febrero 1 de 2012
Aprobado: marzo 1 de 2012

ABSTRACT

When talking about mental health, usually go to the technical concept that was proposed in 1950 by the World Health Organization (WHO). In this article I will refer initially to the background of this concept, dating back to the Mental Hygiene Movement of the first half of the twentieth century and the second part will show its relationship to a broader sense, the 'soul health', understood as practical wisdom.

Key words: Mental hygiene, mental health, practical wisdom, harmony.

RESUMEN

Cuando se habla de salud mental, usualmente se acude al concepto técnico que fue propuesto en 1950 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este artículo me voy a referir inicialmente a los antecedentes de este concepto, que se remontan al Movimiento de Higiene Mental de la primera mitad del siglo XX; y en la segunda parte mostraré su relación con una acepción más amplia, con la 'salud del alma', entendida como sabiduría práctica.

Palabras clave: Higiene mental, salud mental, sabiduría práctica, armonía.

Introducción

Para diversas disciplinas y saberes actuales (psicología, psicoanálisis, psiquiatría, medicina, pedagogía, filosofía, historia, salud pública, sociología médica), la **salud mental**, como concepto y como experiencia individual y colectiva, se constituye cada vez más en un campo prioritario de investigación. La razón de ello reside, por un lado, en la preocupación por el alto número de personas que, según resultados de investigaciones recientes, padece en la actualidad de trastornos mentales; y por otro, en los diversos interrogantes que han surgido acerca del concepto de *salud mental* en cuanto tal, con base en el cual se hacen este tipo de mediciones y se planean formas de intervención e investigación.

En efecto: constatamos que el concepto de salud mental ofrecido en 1950 por la Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante) -y que continúa vigente- es objeto de cuestionamiento por parte de numerosos autores que, a su vez, proponen definiciones alternativas (puestas muchas veces entre sí) en unos casos, o simplemente las omiten, en otros. Asimismo, es fácil constatar que la mayoría de autores en lugar de definir *salud mental* se ocupan de la *enfermedad* y de los *trastornos mentales*, soslayando así el objeto del que supuestamente quieren dar cuenta.

Una aproximación histórica a la salud mental permitiría, probablemente, comprender cómo surgió el concepto técnico ofrecido por la OMS en 1950, cuyos antecedentes algunos autores ubican en el Movimiento de Higiene Mental estadounidense de comienzos del siglo XX. Pero esta aproximación nos muestra que, contrario a lo esperado, el concepto oficial de salud mental es decididamente político e ideológico, más que científico o derivado de investigaciones en el seno de la higiene mental. Aclaremos de entrada que este carácter político e ideológico no le resta importancia al concepto de salud mental; al contrario, permite establecer

múltiples relaciones con otros saberes, entre ellos, la filosofía, desde el punto de vista de lo que se conoce como **sabiduría práctica**.

Las reflexiones filosóficas, particularmente las de los filósofos clásicos, han mostrado que las llamadas *cuestiones límite de la humanidad*, o cuestiones esenciales de todo ser humano (la felicidad, la sexualidad, el amor, la amistad, la muerte, la salud, la enfermedad) requieren un abordaje no sólo *epistémico* (científico en sentido lato) sino también literario, mitológico, poético, filosófico, que nos descubren otras facetas y matices insospechados. Muchas veces una obra literaria o filosófica revela verdades que la investigación científica no conoce aún o que apenas vislumbra, verdades que alimentan nuestras preguntas y enriquecen nuestro asombro por el mundo. Konrad Lorenz propone una síntesis entre las ciencias de la naturaleza y las ciencias del espíritu, entre el método inductivo (método de las ciencias de la naturaleza) y la intuición (método de la filosofía) para lograr una ciencia natural del hombre que no sólo contemple la dimensión biológica y evolucionista del ser humano, sino también sus dimensiones expresivas, valorativas, sociales y culturales. En suma, propone una síntesis entre el abordaje causalista (propio de la ciencia que busca determinaciones) y el abordaje holista e intuitivo (propio de la filosofía) que capta las relaciones profundas entre los diferentes datos. Dice: "Si no existiera la visión intuitiva, de la que los naturalistas hacen caso omiso, la investigación se parecería a una ciega partida de dados sin noción previa alguna de lo que debería producir ¡y que sería entonces de los resultados!" (Lorenz, 1993, p. 105).

El presente artículo se propone, con base en lo anterior, realizar una breve historia del concepto técnico de salud mental, que se remonta a los comienzos del siglo XX con el surgimiento del movimiento de higiene mental; mostrar el carácter político de este concepto en tanto deriva

de los propósitos básicos de la Organización de las Naciones Unidas en el momento de su creación; y establecer algunas relaciones entre la definición oficial de la salud mental y el concepto de *sabiduría práctica* de la filosofía, con el fin de esclarecer algunos de sus términos básicos, entre ellos, el de armonía.

Metodología

El trabajo de investigación doctoral del cual deriva este artículo, se basa en un estudio histórico-hermenéutico, es decir, en una comprensión del sentido (tendencia, orientación) de la historia singular de un aspecto (en este caso, del concepto de salud mental), mediante una interpretación de los textos en los que esta historia se materializa. De acuerdo con Habermas (1973, 1992, p. 215-245), este tipo de estudio posibilita, por un lado, una reconstrucción racional de un saber específico, y por el otro, una autorreflexión crítica acerca de determinadas ideologías o poderes que se han sedimentado al modo de una historia 'natural'.

Si bien la hermenéutica ha sido considerada tradicionalmente un arte y una ciencia, ligada en principio a la exégesis de textos sagrados (Dilthey, 2000), ha sido asumida como opción metodológica en las ciencias sociales. Se fundamenta en el análisis del discurso, mediante una lectura intratextual, intertextual y metacontextual, (Ramírez, 2012, ens. 79, pp. 156-158; Pérez 1997, p. 112) que permita el examen de validez de las interpretaciones realizadas. La interpretación se define como *una conjetura sobre el sentido de un discurso* (hablado, escrito, pintado, esculpido, escenificado, vivido, encarnado, gesticulado, entre otras formas de expresión) y se corrobora mediante un examen de su *consistencia* y *eficacia*. La consistencia indaga si la interpretación (conjetura) es coherente y no contradictoria con el discurso sobre el que se ejerce y con el horizonte aceptado de conocimientos y creencias; y la eficacia explora los efectos de la

conjetura al ser contrastada en una experiencia *discursiva* (discursos, interpretaciones, teorías de otros o del mismo autor) o en una experiencia *empírica* (modos de vida, acciones, costumbres, políticas). Si la interpretación cumple ambos criterios (consistencia y eficacia), decimos que es válida (Ramírez, 1991).

Cabe anotar que en toda interpretación realizada hay siempre una *anticipación* de sentido por parte del intérprete: su horizonte de comprensión (la historia que lo determina, la época, sus intereses) presupone de entrada un sentido en el texto a interpretar. Por eso Gadamer dice que *todo comprender es un precomprender*, de allí que la "interpretación empieza siempre con conceptos previos que tendrán que ser sustituidos progresivamente por otros más adecuados. (...) Aquí no hay otra objetividad que la convalidación que obtienen las opiniones previas a lo largo de su elaboración" (Gadamer, 1993, pp. 333-334). Esta anticipación de sentido, en lugar de ser un obstáculo para la comprensión hermenéutica, es su condición de posibilidad, puesto que es la que permite una primera orientación, una guía, que habrá de contrastarse en el camino de indagación.

Desde el punto de vista de la investigación histórica, tenemos en cuenta las consideraciones de Ludwik Fleck en torno a los colectivos de pensamiento: por un lado, el conocimiento y la producción del mismo excede la capacidad intelectual de un individuo, de allí que sea más bien una experiencia colectiva; por el otro, este trabajo colectivo está siempre influenciado por las creencias míticas, mágicas, religiosas, políticas y científicas de cada época, las más de las veces operando conjuntamente. (Fleck, 1986, pp. 86-88).

Asimismo, nos basamos en algunos de los planteamientos de Canguilhem sobre la historia epistemológica de los conceptos, desde la cual que se puede indagar por el desarrollo *intracientífico* de

un concepto sin desconocer el contexto social en el que se da (Canguilhem, 1975).

Para el trabajo histórico-hermenéutico de la presente investigación tomamos como referentes fuentes primarias (documentos históricos relacionados con la higiene y la salud mental, documentos oficiales e históricos de organizaciones internacionales y nacionales de salud; autores principales: Aristóteles, Gadamer, Canguilhem, entre otros); fuentes secundarias (artículos de revistas especializadas en salud mental tomadas de diferentes bases de datos; libros, tesis, memorias).

El movimiento de higiene mental

Diversos autores coinciden en afirmar que el concepto actual de salud mental tiene sus orígenes en el **movimiento de higiene mental** estadounidense de comienzos del siglo XX. En 1908 Clifford Beers escribió un libro llamado *A Mind That Found Itself*, en el que relata su experiencia como paciente psíquico interno en tres instituciones. En este libro denuncia los tratos indignos y humillantes recibidos en los sanatorios y alienta a la creación de un movimiento de higiene mental que busque mejorar las condiciones de atención para las personas con enfermedades mentales (Beers, 1908). Muy probablemente el éxito de este libro se debió a que fue patrocinado por el psiquiatra suizo Adolf Meyer, residente desde 1893 en Estados Unidos, y por el filósofo William James. Meyer propuso que el movimiento de higiene mental no se centrara solamente en la mejora de las condiciones de atención, sino que tuviese un alcance más vasto, dirigido a la prevención de las dolencias mentales y al trabajo con las comunidades.

Ese mismo año de la publicación de libro de Beers, en 1908, hubo una reunión destinada a crear un comité nacional de higiene mental, en la que participó, además de Beers y Meyer, William Welch, decano de la Escuela Médica de John Hopkins. Como resultado de esa reunión, se crea

en Connecticut la primera Sociedad de Higiene Mental, comprometida con una “war against the prevailing ignorance regarding conditions and modes of living which tend to produce mental disorders”¹ (Mandell); y al año siguiente, el 19 de febrero de 1909 se funda la Comisión Nacional de Higiene Mental de Estados Unidos.

Aclaremos que lo anterior no significa que la preocupación por estos temas surgió en ese momento en Estados Unidos y como efecto de la publicación del libro de Beers. Como ocurre con todo acontecimiento, hay una serie de condiciones que lo hacen posible. Por ejemplo, ya había una rica discusión sobre la esquizofrenia a raíz de las elaboraciones del psiquiatra suizo Eugen Bleuler, quien acuñó el término (Bleuler, 1934). A su vez, Bleuler y otros mantenían una colaboración científica con Sigmund Freud, pues desde 1907 con la visita a Viena del médico Eitington de la clínica de Zúrich -a la que pertenecía Bleuler- se dio inicio a un trabajo compartido que llevó a la creación del Primer Congreso Psicoanalítico en Salzburgo (Austria) entre partidarios del psicoanálisis de Viena, de Zúrich y de otros lugares. En 1909 se fundó la revista de psicoanálisis *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*, dirigida por Bleuler y por Freud (Freud, 1998, p. 26). En ese mismo año Freud es invitado por Stanley Hall, el presidente de una prestigiosa universidad norteamericana, la Clark University (Worcester, Massachusetts), a dictar una serie de conferencias en la conmemoración del vigésimo aniversario de la fundación de dicha universidad. Asistieron también Sándor Ferenczi, Ernest Jones y A. Brill (Strachey, 1976, pp. 6-7).

También influyeron en el movimiento de higiene mental las discusiones que venían desde

1 Una “guerra contra la ignorancia que prevalecía en torno a las condiciones y modos de vida que tienden a producir los trastornos mentales” (Mandell) [Traducción nuestra].

mediados del siglo XIX entre los organicistas, que consideraban que las causas de la locura eran biológicas, y los alienistas, que hacían énfasis en las condiciones psíquicas y sociales como causantes de las dolencias mentales (Cardona, 2001). De hecho, Bleuler, a diferencia de Kraepelin, consideró que la esquizofrenia (la *dementia praecox*) se debía a un mecanismo psíquico de disociación, la *spaltung*, y no una disfunción de tipo neurofisiológica (Bleuler, 1934). Esta concepción permitía pensar en una curación o, si esta no era posible, en una prevención de las psicosis mediante un trabajo profiláctico y educativo.

La impronta 'practicista' del Movimiento de Higiene Mental

Una impronta del movimiento de higiene mental estadounidense fue su énfasis práctico, centrado en el interés por disminuir las dolencias psíquicas. Esto llevó a un privilegio por la profilaxis, la prevención y el estudio de las patologías mentales. Las reflexiones e investigaciones sobre la *salud* mental, fueron más bien indirectas, y quizá por ello no se proporcionó, al menos de manera oficial, una definición de lo que se entendía por salud mental. Esta situación no ha cambiado mucho en nuestros días si nos referimos a la Organización Mundial de la Salud: en sus informes sobre *salud mental* encontramos más bien descripciones y datos sobre prevalencias de enfermedades mentales, y muy poca o nula reflexión sobre la salud mental.

La creación de la Comisión Nacional de Higiene Mental estadounidense en 1909 llevó a una internacionalización de sus actividades, como medio de promover la creación de Ligas de Higiene Mental en diferentes partes del mundo (Francia, España, Italia, Sudáfrica, Hungría) (Bertolote, 2008, p. 113), y finalmente a la constitución del Comité Internacional de Higiene Mental (ICMH; por sus siglas en inglés) en 1919 (World Federation for Mental Health), un año después de finalizada la Primera Guerra Mundial.

En 1917, dos años antes de la creación de este Comité Internacional, y uno antes de finalizar la Primera Guerra Mundial, el director general de sanidad de Estados Unidos pidió al Comité Nacional de Higiene Mental la creación de un programa de higiene mental para el Ejército y la Marina: Las innumerables bajas 'psiquiátricas' que trajo la guerra requerían una intervención pronta y oportuna, pues cada soldado menos en combate o, sobre todo, incapacitado debido a la contracción de una neurosis de guerra, representaba un gasto enorme para ese país. El carácter práctico de la higiene mental no solo se acentuaba sino que develaba, entre otras de sus funciones, su interés adaptacionista a las condiciones sociales y políticas, mediante cierta corrección de las conductas y modos de ser humanos. Asimismo, el control social de la psiquiatría comenzaba a tener cada vez más fuerza, como fue evidente con la extensión de su área de influencia por fuera de los hospitales psiquiátricos.

En Francia se crea la Liga de Higiene Mental el 8 de diciembre de 1920, bajo la coordinación de Toulouse (Trillat, 2000, p. 330). En 1925 Toulouse y Mourgue escriben un artículo titulado *Le caractère social de l'Hygiène et de la prophylaxie mentales*, que publican en el Boletín de la Liga de Higiene Mental Francesa (Toulouse & Mourgue, 1925). Destacamos este artículo entre otros, por dos razones: los autores diferencian entre higiene mental y salud mental, entendiendo por esta última *eficiencia social*; y proponen una humanización de la psiquiatría al tener en cuenta las dimensiones que condicionan la conducta humana: lo biológico, lo psicológico y lo social (Toulouse & Mourgue, 1925, p. 150-151). Con estas formulaciones, la función social del psiquiatra se amplía considerablemente, como señala Ricardo Campos al referirse a las actividades de Toulouse y de la Liga de Higiene Mental Francesa:

La trascendencia de las reformas y de la acción de la Ligue d'Hygiène Mentale residía en el im-

pulso de una red asistencial extra-hospitalaria que penetrase en la sociedad. Por medio del dispensario y su servicio social, la psiquiatría favorecería el acceso a los cuidados médicos de una gran parte de la población pero, al mismo tiempo ejercía un control más riguroso sobre la misma. Esta formidable extensión de la función médica y psiquiátrica comprendía en un mismo proceso el tratamiento y la vigilancia de cualquier expresión del desorden patológico que anunciase la enfermedad. En este sentido, la higiene mental se inscribe, junto a sus principios filantrópicos, en una tentativa de mantenimiento del orden que asegure la defensa social (Campos, 2001, p. 61).

Estas críticas podemos extenderlas al Comité Internacional de Higiene Mental, liderado por el Comité estadounidense. Es innegable su carácter filantrópico interesado en ayudar a disminuir las dolencias psíquicas humanas pero, por esa vía, deliberadamente o no, se ejercía una vigilancia constante sobre la sociedad en nombre de la salud, destinada a mantener determinado orden social. En este sentido, la profilaxis debía encaminarse a la corrección temprana del niño, a la adecuación de su ambiente, a la educación para promocionarle un desarrollo ideal. En 1930 los propósitos del movimiento de higiene mental, eran, a juicio de Schwartz, “first, the study of psychotic and feeble-minded individuals; second, the problems of child guidance and habit-training clinics; and third, the mental state and preventive aspects of the ordinary rank and file of individuals” (Schwartz, 1930, p. 1422)². Poco a poco se iba decantando lo que denunciaría mucho más adelante Thomas Szasz:

2 “Primero, el estudio de los psicóticos y de los débiles mentales; segundo, el problema de la dirección infantil y de la formación de hábitos clínicos; y tercero, el estado mental y los aspectos preventivos de los rangos comunes de los individuos”. [Traducción nuestra].

Desde que comenzó el siglo XX, y sobre todo luego de las dos Guerras Mundiales, el ritmo de esta conquista psiquiátrica se aceleró mucho. Como resultado, hoy, particularmente en el rico mundo occidental, todas las dificultades y problemas de la vida se consideran afecciones psiquiátricas, y todas las personas (salvo la que hace el diagnóstico) están mentalmente enfermas. En verdad no exagero al decir que la vida misma se concibe ahora como una enfermedad que comienza con la concepción y termina con la muerte, y que requiere, en todas y cada una de las etapas del trayecto, la ayuda experta de los médicos, y en especial de los profesionales de la salud mental (Szasz, 1970, pp. 14-15).

Señalemos que desde el seno mismo de la psiquiatría hubo críticas tanto a ese carácter vigilante como al trato inhumano que, pese a los cambios obtenidos en la asistencia asilar, seguían presentándose. La insistencia en que no se debería tener interno a alguien por el hecho de presentar una enfermedad mental y terminar aislándolo completamente como si fuese criminal, procuraba formas de intervención por fuera del hospital, en la comunidad, que mantuviesen en su medio al alienado, como se decía entonces. Es lo que se conoce como *Política del sector en psiquiatría* (Huertas, 1991, p. 74), movimiento que surge con fuerza durante la Segunda Guerra Mundial, en particular por los horrores que esta Guerra trajo para los enfermos mentales.

En Alemania, desde 1940, había campos de exterminio para las personas que eran consideradas ‘incurables’. “En total se estima que un tercio de los enfermos mentales fue exterminado en los hospitales psiquiátricos del Tercer Reich” (Trillat, 2000, pp. 334-335). Otros más, murieron como consecuencia de las condiciones precarias en su atención: falta de alimentos y cuidados médicos, por ejemplo, lo que llevó a la comparación de los asilos para enfermos mentales con campos de concentración (Huertas, 1991, p. 74).

La Organización de las Naciones Unidas y la noción de salud

La finalización de la Segunda Guerra Mundial condujo a la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en reemplazo de la Sociedad de Naciones y destinada a precaver a la humanidad de los horrores de las guerras. Fue así como en 1945 en San Francisco, en la reunión constitutiva de la ONU, los representantes de 51 países en la Carta de las Naciones Unidas declaran su interés por “preservar a las generaciones venideras del flagelo de la guerra que dos veces durante nuestra vida ha infligido a la humanidad sufrimientos indecibles” (Carta de las Naciones Unidas). Uno de los Consejos más importantes de la ONU, el Consejo Económico y Social, propondrá en 1946 la creación de una organización internacional encargada de atender la salud (ONU, 1946). En respuesta a este mandato, entre el 18 de marzo y el 5 de abril de 1946 se reúne en París un Comité Técnico Preparatorio de esta organización mundial (OMS, 1946a). Tres meses después, entre el 19 y el 22 de julio en Nueva York los representantes de 61 países firman la que fue llamada Constitución Oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946b), que entrará en vigencia el 7 de abril de 1948.

Es particularmente importante que analicemos con detalle el Acta Oficial de la Constitución de la OMS del año 1946 pues en ella vemos con claridad cómo la definición de la salud en general y de la salud mental en particular responde a unos intereses políticos e ideológicos muy precisos: evitar nuevas guerras, promoviendo la solidaridad entre los pueblos. En esta Acta los Estados participantes declaran los principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de los pueblos (OMS, 1946b, p. 100). Vemos en estos principios una protección contra los horrores de la guerra, más específicamente, contra las condiciones de su producción: si se logran la felicidad, las relaciones armoniosas y

la seguridad de las personas, ¿Qué necesidad habría de hacer la guerra? Ahora bien, para la OMS entre los principios básicos para lograr estas tres cosas, el primero es la salud, que allí es definida como “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (OMS, 1946b, p. 100), que la Federación Mundial de la Salud Mental traduce como “un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (World Federation for Mental Health).

Resulta mucho más llamativa y correspondiente con la búsqueda de la felicidad, la armonía y la seguridad la definición de salud mental que será propuesta en el año 1950 por el Comité de Expertos en Higiene Mental de la OMS, en su segunda reunión. Esta definición establecerá la diferencia entre higiene mental y salud mental, términos indistintos durante la primera mitad del siglo XX. Dicen textualmente:

Ya que existen tantas definiciones de salud mental, el comité cree importante declarar qué concepto de este estado tuvo presente durante sus discusiones. Es evidentemente poco satisfactorio definirlo negativamente como un estado en el cual el individuo no sufre de ningún trastorno psiquiátrico abierto; pero si mantenemos que la adaptación al ambiente es en todo los casos un fenómeno mental sano, no tenemos en cuenta que un ambiente puede ser tal que la reacción saludable sea intentar cambiarlo. Sin embargo, aunque el impulso para adaptarse a cualquier ambiente no es una característica de la salud mental, la capacidad de establecer relaciones armoniosas con otras personas sí lo es.

La salud mental, tal como la comprende el comité, es influenciada por factores tanto sociales como biológicos. No es una condición estática, sino sujeta a variaciones y fluctuaciones de cierta intensidad; el concepto del comité implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y

social o de contribuir con ello de modo constructivo. Implica también su capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos, potencialmente en conflicto; armoniosa porque culmina en una síntesis integrada, más bien que en la abstención de la satisfacción de ciertas tendencias instintivas, como fin de evitar la frustración de otras.

(...) Es igualmente necesario explicar en qué forma se usa en este informe el término “higiene mental”, pues la palabra se emplea a menudo en sentido eufemístico para designar el tratamiento psiquiátrico temprano, presumiblemente para evitar el estigma que aún se le imputa con frecuencia a los trastornos psicóticos establecidos y, a través de estos, a la palabra “psiquiatría”. En este informe el término se usa en un sentido estricto y literal, análogo al modo en que se usa el término general de “higiene” en la práctica de salud pública. Para el comité, entonces, la higiene mental consiste en las actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental. Su práctica requiere que grupos de individuos examinen y vuelvan a valorizar las modalidades de las relaciones interpersonales, a la luz de su influencia sobre el desarrollo de la personalidad y la salud mental (OMS, 1950).

El centro de gravedad de la definición de salud mental está en la capacidad de establecer relaciones armónicas con terceros pues, ¿De qué otra manera se consigue la seguridad y la solidaridad de los pueblos? Asimismo, al entender esta armonía como una confluencia equilibrada de los propios instintos, una síntesis integrada y no la abstención ni frustración de la satisfacción instintiva, ¿no se pretende dar cabida a una noción de felicidad?

Finalmente, la OMS resume la anterior definición de salud mental 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” (OMS, 2011). En los diferentes documentos de la OMS, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de las Políticas en Salud Mental en Colombia aparecerán ambas concepciones de la salud mental: la resumida, que acabamos de citar, o la extendida, con lo que constatamos que después de 62 años de haber sido propuesta esa definición no ha sido cambiada, a pesar de los innumerables cuestionamientos de los que ha sido objeto, pues para los críticos ya no es apropiada para la situación actual (Bertolote, 2008, p. 115).

Nos preguntamos sin embargo, si no es apropiada, ¿por qué sigue vigente o por qué los diferentes autores que la critican no proponen una que resuelva las falencias que ellos mismos señalan? Incluso puede constatarse que, más que una definición de salud mental, lo que con frecuencia encontramos en diversos autores es una descripción de lo que *no es* salud mental o, en los casos más acusados, una definición de enfermedad mental, como si por contraste se pudiera entender qué es salud mental: se investiga sobre la locura (Silveira & Braga, 2005); sobre el concepto de anomia (Parales-Quenza, 2008); a lo sumo, se acude al concepto de normalidad como homólogo a salud mental (Urrego, 2007, p. 308). En otros casos no se define directamente el concepto de salud mental sino que se apela a las circunstancias que generan la enfermedad mental, como es el caso de la teoría de los determinantes sociales en salud, pero aquí también encontramos diferencias: unos privilegian la relación entre salud mental, pobreza y violencia (Prieto, 2002, p. 75), otros la desigualdad socioeconómica (Ortiz, López & Borges, 2007, p. 1263), o la relación entre desigualdad y género (Bravo, 2006, p. 171), o entre salud mental y derecho internacional (Jiménez & Vásquez, 2001), o la falta de acceso a los servicios de salud (Roses, 2005, p. 223). Pese a estos importantes estudios, las concepciones de salud mental que proponen o que les subyace, no son claras. En algunos casos ni siquiera se define lo que se entiende por salud mental y, sin

embargo, se pasa a la búsqueda de sus determinantes sociales. Desde otras orientaciones teóricas, por ejemplo desde algunas escuelas psicoanalíticas de inspiración lacaniana, se critica el concepto de *bienestar* presente en la definición de salud mental, al considerarlo equivalente a equilibrio o a ausencia de tensión, cuando se supone que lo característico del hombre es el conflicto y su condición errática (Lacan, 1988).

Estas dificultades en definir la salud mental o el deslizamiento que se hace (a menudo inadvertidamente) de la salud mental a una definición de la enfermedad, dolencia o trastorno mental, nos muestran dos cosas: por un lado el valor que, no obstante las críticas que ha recibido, tiene el concepto de salud mental de la OMS de 1950, pues ha sido un punto de partida para muchos estudios y aún está vigente; por el otro, que la salud en general y la salud mental en particular son menos perceptibles, más difíciles de captar que la enfermedad, la dolencia o el trastorno. ¿No será acaso que la salud hace parte de esa dimensión humana relacionada con las cuestiones-límites de la existencia, con una forma de sabiduría relacionada mucho más con la *doxa*, o saber práctico, intuitivo, que con la *episteme*, o saber formalizado, sistemático, susceptible de ser cientifizado? ¿La salud mental se trataría de una experiencia humana no formalizable sino solo en parte? Es en este punto donde la filosofía puede ofrecernos puntos de reflexión valiosos para avanzar en nuestras preguntas sobre la salud mental.

La salud mental como sabiduría práctica

Sócrates, Platón y Aristóteles le dieron mucha importancia al cuidado del alma. La búsqueda de la virtud o excelencia del ser humano era el propósito esencial en la vida a través del ejercicio de la filosofía (Platón, 1966, 313a). En este sentido, la filosofía no era solamente una actividad contemplativa o teórica sino también un ejercicio ascético, tendiente a la transformación del alma humana (Jaeger, 1963, p. 534) o ascesis subjetiva.

Ahora bien, esta excelencia del ser humano consiste en un modo de ser que se adquiere por ejercitación o hábito y que se corresponde con una actualización de las propias capacidades y potencias (Aristóteles, 1985, 1106b, p. 35), un despliegue del ser.

El supuesto griego es que este despliegue del ser coincidiría con la salud del alma en el sentido de su salvación, cultivo, cuidado, en tanto deriva en una moderación o *enkrateia* (Foucault, 1993, p. 61), una posibilidad de ser dueño de sí mismo y no esclavo de las propias pasiones. Precisamente el hombre saludable o sano, si nos referimos a los términos griegos, es aquel que despliega sus potencias pero que, en ese despliegue, logra la moderación o templanza, que le hace dueño de sí.

La posibilidad de llegar a ser lo que se es (expresión paradójica pero llena de sentido) tiene que ver con la capacidad de instituir nuevas normas de vida, de actualizar las propias potencias (entelequia) en un despliegue natural de ser. Por eso, para Gadamer sanar es retomar las vías restablecidas de la vida y la salud es el milagro del olvido de sí (Gadamer, 1996, pp. 113-114), que corresponde con ese fluir que implica trascender-se, llegar a ser a partir de lo otro, en un proceso de formación que comporta algo de enajenación (Gadamer, 1993, p. 43).

Para Foucault, sin referirse directamente a la salud, la posibilidad de hacer un trabajo sobre nosotros mismos, de trascendernos, pasa por una ontología, por la posibilidad de saber qué nos constituye como tales (Foucault, 1995, p. 16).

Canguilhem por su parte considera que lo normal (sano) es la capacidad de instituir nuevas normas de vida (ser instituyente), mientras que lo patológico es la rigidización o el apego a normas ya caducas, que imposibilitan la creación de otras que sean adecuadas al medio físico y social (Canguilhem, 1984, p. 104). Desde esta concepción, cada ser humano tiene una norma

o molde, un modo de andar la vida, de instituir nuevas normas, de cambiar las anteriores y de transformar el medio. Se es saludable cuando se vive conforme a la propia norma o molde interno, aunque en un devenir que lleva al cambio mismo de esa norma, para afrontar mejor las variaciones del ambiente. Esta es la paradoja de vida: deviene (cambia) para poder ser.

Por estas razones, devenir, desplegarse, actualizar las propias potencias, ha de contar no solamente con nuestras propias normas internas, sino también con el entorno humano y ecológico que nos rodea. Es esta una condición para que el despliegue sea armónico, pues entendemos la armonía como lo acorde con el ser, el acorde entre el saber (inconsciente) y la razón (Ramírez, 2012, p. 135), que produce a su vez un sentimiento de contento, de alegría, más que de felicidad. Esta perspectiva no significa que la armonía sea un estado permanente o un logro que, una vez alcanzado, se mantenga invariable. Hablamos de *momentos* de armonía, de experiencias en las que el ser humano fluye y se despliega, con base en un acorde entre sus propias tendencias, sus motivaciones inconscientes, su razón (logos) y el entorno.

Asimismo, estos momentos armónicos se diferencian de esas experiencias de euforia desmedida, de exaltación arrebatada del ánimo, de las que usualmente queda, como efecto, una resaca (física) o un remordimiento (moral), que muestran claramente el exceso en el que se incurrió. El despliegue armónico del ser comporta una sabiduría práctica, un saber vivir la vida que no puede ser aprendido mediante libros o a través de la transmisión teórica, sino en la vida misma, en el trabajo que hacemos sobre nosotros mismos (Foucault, 2002, p. 36), procurando constituirnos en tanto sujetos, depurando nuestros prejuicios y asumiendo la responsabilidad de nuestras decisiones (Ramírez, 2012, pp. 48-50).

Conclusiones

Con base en las consideraciones previas, definimos la salud como el devenir alegre del ser. No diferenciamos entre salud mental y salud física, sino que la entendemos como un concepto unitario, que abarca las facetas discursivas (espirituales, en sentido amplio, tal como lo entiende Foucault, 2002, p. 33) y carnales.

El concepto técnico de salud mental que desarrollamos en la primera parte de este artículo tiene un fundamento político e, incluso, ideológico, puesto que fue acuñado a partir del interés de procurar la solidaridad, la armonía entre los hombres y la felicidad. Sin embargo, con las consideraciones filosóficas que expusimos, vemos que la salud, como despliegue armónico del ser, conduce a unos fines similares: la armonía entre las propias tendencias, motivaciones, razones, valores, creencias, se articula finalmente con las razones, motivaciones, valores y creencias de los demás, en un pluralismo que posibilita el reconocimiento del otro, su inclusión como interlocutor válido y, de manera más profunda, como compañero en la existencia.

De otro lado, cabe destacar que la salud como despliegue armónico del ser es correspondiente con una crítica y cuestionamiento de las desigualdades injustas que influyen de manera negativa en la salud de los colectivos. De ninguna manera se entiende el despliegue del ser como una adaptación acrítica y sumisa a las condiciones históricas y, en no pocas ocasiones, de dominación que grupos de poder ejercen sobre la inmensa mayoría. Por el contrario: realizar y actualizar las propias potencialidades, crear las propias normas de vida, implica un trabajo de constitución de sí como sujeto, una crítica de los aspectos que nos determinan y una transformación del medio social cuando esté subyuga o coarta el despliegue de sí.

Referencias

- Aristóteles. (1985). *Ética nicomáquea*. Madrid: Gredos.
- Beers, C. W. (1908). A mind that found itself. En: <http://www.gutenberg.org/ebooks/11962>
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental, en: *World Psychiatry. Revista oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Vol. 6, No 2*. En: <http://www.contener.org/boletin/be2828.pdf>. Consultado el 20 de septiembre de 2009.
- Bleuler, E. (1934). *Textbook of the psychiatry*. New York, The Macmillan Company. (University of Florida).
- Bravo de Rueda, C. (2006). Bioética, salud mental y género, En: *Acta bioética, Vol.12, No 2*. Santiago.
- Campos, R. (2001). De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia (1860-1940). En: *Frenia*, Vol. 1, No 1.
- Canguilhem, G. (1984). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Canguilhem, G. (1975). *La formación del concepto de reflejo en los siglos XVII y XVIII*. Barcelona: Avance.
- Cardona, A. (2001). Somaticismo y socio-psicologismo en el desarrollo histórico de la psiquiatría desde el siglo XVII, en: *Anales de la academia de medicina de Medellín, época V, Vol. 13, No. 1, 2, 3 y 4, 2000, y Vol. 14, núm. 1, 2, 3 y 4, 2001*.
- Organización de las Naciones Unidas. (2012). Carta de las Naciones Unidas. En: <http://www.un.org/es/documents/charter/preamble.shtml>
- Dilthey, W. (2000). *Dos escritos sobre hermenéutica: El surgimiento de la hermenéutica y los esbozos para una crítica de la razón práctica*. Madrid: Istmo, S.A.
- Fleck, L. (1986). *La génesis y desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza.
- Foucault, M. (1993). *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*. México: Siglo XXI, 6ª ed.
- Foucault, M. (1995). ¿Qué es la crítica? (Crítica y Aufklärung). En: *Daimon. Revista de Filosofía*, Universidad de Murcia, Departamento de Filosofía y Lógica. No 11, julio-diciembre de 1995.

- Foucault, M. (2002). *Hermenéutica del sujeto*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1998). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico (1914). En: *Obras completas*, Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gadamer, H-G. (1993). *Verdad y método I*. Salamanca: Sígueme.
- Gadamer, H-G. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa, pp. 113-114.
- Habermas, J. (1992). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
- Habermas, J. (1973). Conocimiento e interés (conferencia). En: *Ideas y valores*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Nos. 42-45.
- Huertas, R. (1991). Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en la psiquiatría. En: *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XI, No. 37.
- Jaeger, W. (1963). Los griegos y la vida filosófica. En: *ECO. Revista de la Cultura de Occidente*. Bogotá. No. 42, Tomo VII-6.
- Jiménez, H., & Vásquez, J. (2001). El derecho internacional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 9, No. 4.
- Lacan, J. (1988). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 7. La ética del psicoanálisis 1959-1960*. Buenos Aires: Paidós.
- Lorenz, K. (1993). *La ciencia natural del hombre. "El manuscrito de Rusia (1944-1948)*. Barcelona: Tusquets.
- Mandell, W. (2011). The realization of an idea. En: <http://www.jhsph.edu/dept/mh/about/origins.html>. Consulta realizada el 16 de julio de 2011. Página oficial de John Hopknis Bloomberg. School of public health.

- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1946a). Official Records of the World Health Organization, N° 1. Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference. Held in Paris.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1946b). Official Records of the World Health Organization, N° 2. Proceedings and final acts of the International Health Conference. Held in New York.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1950). Comité de Expertos en Higiene Mental. “Informe de la segunda reunión. Ginebra, 11-16 de septiembre de 1950”. Organización Mundial de la Salud. Serie de informes técnicos, No. 31.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2011). Salud mental: un estado de bienestar. En: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1946). Resolución 20 (III) Organización Mundial de la Salud. Resolución del 17 de septiembre de 1946. En: *Resoluciones aprobadas por el Consejo Económico y Social (ONU) en su tercer periodo de sesiones, del 11 de septiembre al 10 de diciembre de 1946*, p. 26. En: http://www.un.org/es/ecosoc/docs/resdec1946_2000.shtml
- Ortiz, L., López, S. & Borges, G. (2007). *Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana*, p. 1256. En: *Cadernos de saúde pública*, Vol. 23, No. 6.
- Parales-Quenza, C. (2008). Anomia social y salud mental pública. En: *Revista de salud pública*, 10 (4): pp. 658-666. Departamento de psicología, Universidad Nacional de Colombia.
- Pérez, J. (1997). Elementos para una teoría de la lectura. En: *Utopía siglo XXI. Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia*. Vol. 1, No. 1, junio-agosto.
- Platón. (1966). Protágoras. En: *Obras completas*. Madrid: Aguilar.
- Prieto, A. (2002). Salud mental: situaciones y tendencias. En: *Revista de salud pública*. Volumen 4 (1). Universidad Nacional de Colombia.

- Ramírez, C. (1991). El método científico en el psicoanálisis. En: *Revista Universidad de Antioquia*. Medellín. LX, No 224. Universidad de Antioquia, Medellín, pp. 35-41.
- Ramírez, C. (2012). La armonía. En: *La vida como un juego existencial. Ensayitos*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, pp. 133-137.
- Ramírez, C. (2012). Ens. 16. La responsabilización. En: *La vida como un juego existencial. Ensayitos*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, pp. 48-50.
- Ramírez, C. (2012). Ens. 79. Lectura psicoanalítica. En: *La vida como un juego existencial. Ensayitos*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, pp. 156-158.
- Roses, M. (2005). La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan Am J Public Health* 18(4/5).
- Schwartz, L. (1930). Approaches to Mental Hygiene. En: *The american journal of nursing*, Vol. 30, No. 11, pp. 1421-1429.

- Silveira, L., & Braga, V. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. En: *Revista Latino-Americana de Emfermagem*, 13 (4).
- Strachey, J. (1976). Nota introductoria. En: Sigmund Freud. *Cinco conferencias sobre psicoanálisis (1910) [1909]*. *Obras completas*. Vol. 11. Buenos Aires: Amorrortu.
- Szasz, T. (1970). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Toulouse, E., & Mourgue, R. (1925). Le caractère social de l'Hygiene et de la prophylaxie mentales. En: *La Prophylaxie Mentale. Bulletin Trimestriel de la Ligue D'hygiene Mentale*. 1^{er} Année N^{os} 1-2, 1^{er} y 2^o Trimestres 1925, pp. 150-160.
- Trillat, É. (2000). Una historia de la psiquiatría en el siglo XX. En: Jacques Postel y Claude Quétel (coordinadores). *Nueva historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 319-346.
- Urrego, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. En: *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXVI / No. 2.