

X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2018.

Atención primaria en salud mental: “¿por qué hacemos lo que hacemos?” trabajo con niños, niñas y familias en el centro de atención familiar y de salud de don torcuato, partido de tigre.

Abalo Miller, Silvia Karina.

Cita:

Abalo Miller, Silvia Karina (2018). *Atención primaria en salud mental: “¿por qué hacemos lo que hacemos?” trabajo con niños, niñas y familias en el centro de atención familiar y de salud de don torcuato, partido de tigre. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-122/79>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewym/vfw>

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>.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL: “¿POR QUÉ HACEMOS LO QUE HACEMOS?” TRABAJO CON NIÑOS, NIÑAS Y FAMILIAS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN FAMILIAR Y DE SALUD DE DON TORCUATO, PARTIDO DE TIGRE

Abalo Miller, Silvia Karina
Municipio de Tigre. Argentina

RESUMEN

Este trabajo presenta una práctica de atención primaria en salud mental destinada a la infancia. Consideramos que aún nos desafían los objetivos trazados por la estrategia de APS, y que es necesario revisar y revitalizar sus concepciones fundantes y su pertinencia en el campo de la salud mental. En nuestra tarea cotidiana permanentemente se ponen en tensión un modelo hegemónico centrado en la enfermedad, inclinado a la atención clínica individual y un modelo de atención comunitario, que sostiene que ocuparse de la singularidad es distinto a fijarse en la individualidad. Hoy recibimos nuevas demandas por padecimientos vinculados a la complejidad social. Repensar dichas demandas nos permite diseñar nuevas respuestas. Aquí presentamos la experiencia de trabajo con niños, niñas y familias que venimos llevando adelante en un centro de salud desde hace tres años, fundamentada en la eficacia del trabajo con grupos, la potencia de los espacios colectivos creativos, el valor estructurante del jugar, el fortalecimiento de las familias en sus funciones de cuidado, y la imprescindible articulación interdisciplinaria e interinstitucional, siempre desde una perspectiva que resiste a la psicopatologización de niños y niñas y que los mira como sujetos de derechos.

Palabras clave

Atención Primaria - Grupos con niños

ABSTRACT

PRIMARY ATTENTION IN MENTAL HEALTH: “WHY DO WE DO WHAT WE DO?” WORK WITH CHILDREN, GIRLS AND FAMILIES AT DON TORCUATO FAMILY AND HEALTH CARE CENTER, PARTY OF TIGRE
This paper presents a practice of primary mental health care for children. We believe that we still challenge the objectives set by the PHC strategy, and that it is necessary to review and revitalize its foundational conceptions and its relevance in the field of mental health. In our daily task, a hegemonic model centered on the disease, inclined towards individual clinical attention and a model of community attention, is constantly under tension, which holds that dealing with the singularity is different from focusing on individuality. Today we receive new demands for illnesses linked to social complexity. Rethinking these demands allows us to design new answers. Here we present the experience of working with children and families that we have been carrying out in a health center for three years, based on the effectiveness of working with groups, the power of collective creative spaces, the structuring value of playing,

the strengthening of families in their care functions, and the essential interdisciplinary and interinstitutional articulation, always from a perspective that resists the psychopathologization of children and that sees them as subjects of rights.

Keywords

Primary care - Groups of children

¿Por qué APS?

Como todos sabemos la estrategia de Atención Primaria de la Salud ha sido promovida por la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a fin alcanzar el objetivo social y político de “Salud para Todos”. La Conferencia de Alma-Ata declaró que la atención primaria de salud forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo social y económico, y es la función central y núcleo principal de **todo** el sistema. Allí se establece el concepto de la salud como “derecho humano fundamental” cuyo su logro exige la intervención. Quienes participaron de aquella propuesta fundadora sostuvieron que la salud es una realidad social que no puede separarse de otros ámbitos sociales y económicos. Sostenían que la salud es un proceso político dentro del cual se deben tomar decisiones de Estado (Tejada de Rivero, 2003).

En reiteradas ocasiones el sentido original del objetivo trazado ha sido mal interpretado y distorsionado, “el lema “Salud para todos” ha sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial, aunque ya irremediablemente obsoleto, que confunde la salud y el cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad” (Tejada de Rivero, 2003). Un sentido desvirtuado llevó a pensar lo primario no como principal sino como primitivo. Se confundió con una forma simple de programación, más técnica que social, y más burocrática que política. Consideramos importante estar advertidos y atentos a estos deslizamientos de sentido, y reivindicamos la idea integral de la salud cuya garantía es responsabilidad de los Estados.

¿Por qué APS en Salud Mental?

En consonancia con esta idea integral también el campo de prácticas de la Salud Mental ha ido cambiando, complejizándose y ampliando, en función de las exigencias de la realidad histórica, a partir del intento de sustituir los principios y las prácticas de la

asistencia psiquiátrica tradicional. Las condiciones de la vida social hoy forman parte de los interrogantes pertinentes y necesarios para construir nuevas respuestas. La redefinición de las problemáticas permite diseñar intervenciones más plurales e innovadoras, incorporando el carácter preventivo y comunitario de distintas prácticas. El actual campo de la salud mental, ha variado desde lo individual, ahistórico, a lo político vincular. “El factor más importante en la determinación del actual reordenamiento de Salud Mental es la emergencia de nuevas demandas de atención surgidas en el seno de una crisis muy profunda en la configuración de las actuales relaciones sociales y su impacto en la subjetividad. La pérdida de lazos de solidaridad, la fractura en los vínculos sociales, las modificaciones en los ordenamientos simbólicos de la familia, los cambios en los procesos de socialización de los niños y en los modos de crianza, los profundos trastocamientos de las relaciones de los sujetos con su cultura que imponen las migraciones internas y externas, etc. han generado un nuevo tipo de subjetividad...” (Galende, 1994).

Es fundamentalmente atendiendo a estas demandas en donde desarrollamos nuestro trabajo. Lo enmarcamos como práctica de “promoción de la salud”, como estrategia de atención primaria que incluye la prevención, inscripto en la perspectiva de salud mental pensada para nuestro país, desde los planteos del Dr. Goldenberg, quien privilegiaba el desarrollo de acciones preventivas, hasta la actual Ley de Salud Mental (Nro. 26.657). Esta Ley refleja aquella ampliación y complejidad del campo definiendo la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, y promueve modalidades de abordaje interdisciplinarios. En el proyecto que llevamos adelante en nuestro Centro de Salud intentamos correr el eje de lo asistencial individual, afianzar las redes establecidas y comenzar a tender nuevas redes interinstitucionales e intersectoriales para abordar la complejidad de las problemáticas emergentes. Si las nuevas demandas ya no responden a cuadros psicopatológicos clásicos, sino que se trata de sujetos inmersos en situaciones familiares y sociales complejas que traen aparejadas nuevas formas de sufrimiento, entonces las respuestas institucionales clásicas resultan hoy inapropiadas para atenderlas. Es evidente la imposibilidad de abordar dicha complejidad de un modo individual, por ello nos proponemos ensayar nuevas respuestas, que apunten a generar lazos más inclusivos y subjetivantes.

NUESTRO TRABAJO EN INFANCIA Y FAMILIA

¿Por qué espacios colectivos?

El trabajo en el Centro de Salud se ha ido orientando paulatinamente hacia el trabajo grupal con niños, niñas y sus familias. La estrategia que privilegia nuestra práctica es la construcción y sostenimiento de espacios colectivos de juego y creación.

La estructura social nunca es experimentada directamente, sino en pequeños grupos, mediadores entre la estructura y el individuo. Y es en el espacio grupal donde la subjetividad se constituye. Es junto a otros, en diversos modos relacionales, filiales, fraternos, institucionales, barriales, donde se entretajan los vínculos que irán impactando en la conformación de nuestra identidad.

Nuestros espacios grupales en el Cafys se han constituido en el

escenario privilegiado para el conocimiento de la dinámica social e intersubjetiva, en ocasiones nos lleva a reflexionar en torno a las modalidades vinculares propias de la época (la premura, la fluidez, las dificultades para transitar la frustración o el dolor, la inmediatez, el valor del consumo, las respuestas excluyentes frente a las diferencias), al mismo tiempo se ponen en escena los modos en que cada niño se ubica en relación a los otros, a sus pares y a los adultos, qué lugar tiende a ocupar, qué espera de su entorno, cómo se comunica. Estos espacios son por ello también escenario privilegiado para la intervención a nivel singular y comunitaria, nos permite introducir una pregunta allí donde aparece una certeza que clausura, hace posible la vivencia de otros modos vinculares, permite equivocar los sentidos de aquello que viene del otro siempre signado del mismo modo, abre la posibilidad de ensayar otros lugares, otros roles. -Compartimos un retazo de estos procesos: Hacía varios encuentros que Valentín de 6 años se imponía en la elección del juego del grupo, disponía los títeres y el improvisado retablo, repartía los personajes y guiaba la acción narrativa, en el tercer encuentro consecutivo en el que había vuelto a proponer su juego, Eric, su compañero de 9 años, responde, como conclusión de un proceso interno que tuvo lugar durante los encuentros previos, “yo no soy un títere”. Para Valentín significó la posibilidad de registrar y empatizar con el otro y para Eric la posibilidad de afirmarse en su propia voluntad y deseo logrando poner en claras palabras un límite a un tipo de acción arbitraria que lo borraba como sujeto. En estas breves pero significativas escenas los niños se construyen a sí mismos, logrando el reconocimiento mutuo, para jugar a los títeres sin ser ellos mismos ni títeres ni titiriteros.

¿Por qué nuestro dispositivo es el Taller?

El dispositivo en tanto artificio, marco espacial y temporal, es un catalizador de procesos. Elegimos denominar nuestra modalidad de intervención “taller”. El universo de representaciones a las que remite esta palabra incluye la idea de trabajo, como producción, distinta de la producción en serie, un hacer en donde quien lo realiza transforma el entorno dejando su marca y se transforma también en ese proceso. A propósito de la producción, Leonardo de 8 años llega traído por su madre a causa de una dificultad para la concentración, en el taller despliega su inquietud, un estar alerta -¿para huir, como tuvo que hacerlo? nos preguntamos-, esto entre otras cosas le impide entrar en juego, cuando todos sus compañeros producen él no puede decidir dónde apaciguarse y crear, en estos días concluimos un proceso de varios meses, y su madre nos cuenta agradecida y emocionada que Leo puede al fin dibujar).

Tanto la labor artística como el juego, implican acción. Hannah Arendt define a la acción como un comienzo, “actuar es inaugurar, añadir algo propio al mundo” (Arendt, 2009). Al tomar la iniciativa quien actúa no sólo cambia al mundo puesto que se halla siempre entre otros, sino que se cambia también a sí mismo al revelar más acerca de lo que antes de actuar sabía de su propia identidad. Se trata de poder ser y hacer con otros, de modo que la acción no tiene lugar en el aislamiento, el mundo humano es un espacio “entre”, cuya ley es la pluralidad y es allí donde se revela la identidad.

Adoptamos y recreamos el dispositivo de *grupos centrados en una tarea*, y hemos comprobado su eficacia en cuanto a la transforma-

ción subjetiva que se opera en quienes atraviesan la experiencia de crear con otros.

¿Por qué el juego y el arte?

Entendemos el juego como una actividad estructurante del sujeto. Los niños al jugar construyen un espacio simbólico, un espacio psíquico. Crean en principio su propio cuerpo, otorgan a la realidad un nuevo orden, inventado por ellos, donde las cosas y las experiencias se transforman según su deseo. Al tiempo que crean sus escenarios de ficción su psiquismo se estructura en ese ir y venir, aparecer y desaparecer, incluir y excluir, frente el espejo de sus semejantes y bajo la mirada de los adultos significativos para él.

Cuando los niños juegan en nuestros talleres involucran en ello toda su personalidad, deciden, experimentan, se muestran creadores y ésta es una base saludable para la vida. “Lo que hace que el individuo sienta que la vida vale la pena de vivirse es, más que ninguna otra cosa, la apercepción creadora. Frente a esto existe el acatamiento, que implica un sentimiento de inutilidad en el individuo, y se vincula con la idea de que nada importa y que la vida no es digna de ser vivida” (Winnicott, 1971). Si un niño no accede a esa zona de experiencias existe un verdadero riesgo. Para que pueda desear alimentarse bien, aprender, vincularse con otros, deberá transitar confiado por el territorio de la fantasía. Creemos que si esta práctica significativa es lo primero que se afecta cuando algo no anda bien, es también la actividad preventiva por excelencia.

El juego nos ofrece una herramienta que pone a los niños y niñas en continua interacción, movimiento y cambio, invitando de este modo a la observación que nunca es objetiva ni distanciada, sino que por el contrario exige de nosotras participación, observación e intervención continuas. En los talleres cada vez se recrea el escenario donde se despliegan sus habilidades y dificultades, sus anhelos y sus fantasías temidas, sus preguntas, sobre la vida y sobre la muerte, sobre la propia identidad. Un nuevo girón de la experiencia: Tomás de 6 años ha vivido durante el transcurso de su participación en el taller de arte la separación de sus padres, ha visto a su padre mostrarse inaccesible, violento y temerario, en el diálogo que cotidianamente se entabla en el desayuno juega a equivocar los sexos, *sos una nena, si hacés eso no sos varón*, pone en juego sus preguntas en torno a la construcción la identidad de género, y mientras juega junto a sus compañeros, con la masa intenta una y otra vez armar una figura humana, y concluye, también como pidiendo ayuda, “qué difícil es hacer un hombre”. ¿Cómo construir su identidad masculina sin identificarse a los rasgos violentos y desconcertantes de su padre? Hablamos entre todos entonces acerca de las muchas maneras de ser hombre y de ser mujer.

Frecuentemente recibimos en el Centro de Salud a familias que llegan derivadas de las escuelas por dificultades en el aprendizaje de niños y niñas que manifiestan además retracción, aislamiento, vergüenza, y/o agresividad, malestar, inquietud. Pensamos que el juego también es una vía para comenzar a abordar esta problemática. El juego y el aprendizaje tienen una estrecha vinculación que ha sido estudiada y fundamentada por psicólogos y pedagogos. Es una de las más importantes manifestaciones del pensamiento infantil, colabora en el pasaje de la inteligencia práctica a la representativa, es un motor del pensamiento y la razón (Piaget, 1946). El juego

promueve el desarrollo.

Los niños y niñas en el taller mientras juegan llevan adelante procesos que son necesarios a la hora de aprender:

- ejercitan funciones cognitivas con las que se cuenta
- potencian la exploración y construcción del conocimiento
- negocian con otros
- construyen confianza en las propias capacidades
- adquieren la fuerza de voluntad para perseverar en el aprendizaje,
- aprenden a coordinar acciones
- toman decisiones
- desarrollan una progresiva autonomía
- resuelven problemas y reducen las consecuencias que pueden derivarse de los errores frente a situaciones nuevas

¿Por qué trabajamos también con los adultos que rodean al niño?

Pensamos las conductas de los niños en relación a la subjetividad de la época, a la trama social y familiar, a las formas del lazo, que los atraviesa en su constitución misma. Con frecuencia llegan a la consulta niños y niñas que presentan dificultades en la relación con sus pares, a veces se muestran inquietos, desafiantes, otras se les dificulta el disfrute en el juego, se manifiestan ansiosos o dispersos. Nos proponemos resistir a la psicopatologización del conflicto y las dificultades de crianza, ofreciendo espacios no estigmatizantes, eludiendo el etiquetamiento y trabajando en dirección al desarrollo de potencialidades de salud. Para ello es imprescindible el trabajo en grupos de adultos, los que realizamos con regularidad mensual o quincenal como condición *sine qua non* para la participación de los niños en los talleres. En estos grupos se gesta una trama de confianza y solidaridad, donde no tiene lugar el juzgamiento, los adultos a cargo de los niños reflexionan juntos acerca de sus dificultades, pueden acceder a preguntarse qué de cada ambiente familiar está afectando al niño y se esbozan respuestas y estrategias construidas en ese diálogo, esto alivia la angustia de muchos de quienes ejercen las funciones de cuidado. Y tenemos la convicción de que esta tarea en sí misma también alivia al niño, que ya no carga entonces con el signo del problema o la patología. Melanie de 5 años se presenta por primera vez, ante la pregunta *¿cuál es tu nombre?* responde: *me porto mal*. Podemos compartir cómo estos encuentros entre adultos tuvieron consecuencias, y en donde fuimos mediadoras entre la angustia puesta en palabras de los niños y las acciones reparadoras de sus familias: Benjamín de 7 años llega mostrándose muy desconectado de todo lo que pasa a su alrededor, apatía y tristeza son sus señas más notorias, paulatinamente nos fue confiando cuánto miedo sentía durante las largas horas que quedaba solo en casa; en las reuniones familiares su madre se fortaleció y logró afirmarse frente a sus empleadores accediendo a cambios en el horario laboral, en el cierre del año compartió en el grupo que fue ella quien más cambió en este proceso y pudo así ayudar a su hijo. Paula de 9 años, nos contó, en ese momento que inaugura cada encuentro en el que cada uno toma la palabra, que era maltratada por los adultos que la tenían a su cargo, lo que dio origen a un proceso que culminó con una nueva medida de abrigo y su inclusión en otra familia cuidadora, donde se siente contenida,

cuidada y querida.

También recibimos consultas por niños con alto grado de sufrimiento psicosocial, las llamadas patologías “graves”, en relación a ellas asumimos el desafío de repensar las prácticas de atención primaria, desde nuestro lugar de agentes que sin tener el poder de diseñar políticas consensuamos en equipo nuestras estrategias, de modo de dar respuestas que alojen ese sufrimiento, orientando a las familias, incluyendo a esos niños en nuestros dispositivos, y trabajando en las posibles articulaciones con otras instituciones. Thiago de 9 años, no se comunica verbalmente, se desconecta por momentos, emite intempestivos sonidos o palabras sin intencionalidad comunicativa, entre otras manifestaciones, su familia no había consultado antes. Thiago es incorporado en el taller de arte, su inclusión fue beneficiosa para todo el grupo, entre tanto realizamos un trabajo de acompañamiento a la familia en el acceso a diagnóstico, aceptación de lo que éste implica y gestión de los recursos necesarios para su tratamiento específico. En este caso nuestra función fue alojar, orientar y acompañar.

¿Cuáles son nuestros desafíos?

La naturaleza integral de los problemas de salud nos lleva a la necesidad de actuar desde diferentes sectores sociales para resolverlos. Se trata de comprender el sufrimiento mental, ya no desde una perspectiva médica de “enfermedad”, sino de avanzar hacia el entendimiento de las condiciones sociales, económicas y culturales que actúan en la existencia real del sujeto que lo padece[1]. Trabajar con problemas tales como el maltrato, la violencia familiar, el abuso, el suicidio, los consumos problemáticos, la exclusión social, la desesperanza, el aislamiento, las condiciones de vida adversa que menoscaban las potencialidades y producen sufrimiento, rebasa las posibilidades del sector salud. Resulta imprescindible aprender a trabajar con otros, en equipos interdisciplinarios y en redes interinstitucionales.

Sostenemos que los fenómenos consecuentes de la desafiliación (Castel, 1997) complejizan la producción de padecimiento. Por ellos nos proponemos ensayar prácticas que promuevan itinerarios por espacios comunitarios que inviten a la inclusión y a la socialización, prácticas que recompongan lo colectivo y valoren el factor de lo intersubjetivo.

“El desafío es asumir que la complejidad de los nuevos modos de padecimiento psíquico requiere de una política integrada desde diversos sectores, que generen condiciones de articulación e integración efectiva para responder a las necesidades de las niñas, los niños y las familias” (Barcala y Conde, 2015). Así lo promueve la Ley de Salud Mental en su artículo 11 que impulsa a la “coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria”.

Desde el Centro de Salud trabajamos en articulación con escuelas y con los Equipos de Infancia y de Género. Creemos que es un desafío clave afianzar, profundizar y ampliar el trabajo con éstos y otras instituciones y sectores del municipio.

¿Por qué hacemos lo que hacemos?

Desde el Centro de Salud estamos en una posición privilegiada, nos dice Alejandra Barcala, en tanto *mediadores* para alojar el sufrimiento y comprender cómo se vinculan las niñas y los niños y adolescentes con sus contextos, respetando la expresión de sus deseos y acompañando su trayectoria de vida. “...la mirada y posicionamiento de los profesionales que los escuchan desempeña un papel clave en los procesos de constitución subjetiva. Ese encuentro se convierte en posibilitador de transformaciones y puede incidir en los procesos de estructuración psíquica en momentos tempranos de la vida, disminuyendo el sufrimiento e incrementando las potencialidades propias de la infancia” (Barcala y Conde, 2015).

Desde el año 2015 en que comenzamos a implementar ampliamente estos dispositivos han participado de ellos más de 150 niños y niñas, y muchos de ellos han culminado su proceso. Ariana, de 9 años, que había llegado a la consulta por sus inhibiciones sociales, explica a los nuevos compañeros que inician cuando ella está terminado: “acá aprendemos a hacer amigos, conversamos, hablamos de las cosas íntimas o de todos los días, de algo que nos pasó, algo alegre o algo triste... yo no tenía amigos y ahora tengo amigos”

A la pregunta ¿Por qué hacemos lo que hacemos? Le caben respuestas en dos sentidos, desde los fundamentos y desde las motivaciones. Hasta aquí los fundamentos, cada una de nuestras acciones refleja una toma de decisión anclada en nuestro saber, nuestra experiencia y la construcción colectiva de más y mejores conocimientos.

En cuanto a las motivaciones, nos causa los ideales de justicia social, el amor por los niños y niñas, la sensibilidad frente al sufrimiento del otro. Como dice Arendt, nuestra acción cambia al mundo, un poquito, es una acción micropolítica como diría Guattari, y al mismo tiempo nos revela más acerca de nosotras mismas. Resistimos la psicopatologización de la infancia, alojamos el conflicto y el padecimiento, haciendo lugar a la singularidad de cada niño y cada familia en una trama social, y es posible hacerlo porque contamos con otros, con el apoyo de nuestros compañeros, jefas y colegas, intentando construir, también para nosotras, espacios saludables, de creatividad y entusiasmo.

Como trabajadoras del campo de la Atención Primaria reivindicamos la idea de Salud como proceso social y político y como Derecho Humano fundamental, y trabajamos cotidianamente para su efectivo cumplimiento con absoluta responsabilidad y compromiso.

NOTA

[1] “Acentuar la noción de sufrimiento y distinguirla de la enfermedad permite recuperar la dimensión temporal, historizar el proceso que le da origen, otorgándole visibilidad a las relaciones que lo ligan con el proceso de constitución del sujeto singular, con las vicisitudes y eventos de su vida cotidiana, así como las condiciones objetivas de vida en el seno de su grupo social de pertenencia” (Augsburger y Gerlero, 2005)

BIBLIOGRAFÍA

Arendt, H. (1997). *¿Qué es la política?* Buenos Aires: Paidós.
Augsburger, A.C. (May/Aug. de 2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedad*, 16(2).

- Barcala, A., & Luciani Conde, L. (2015). *Salud Mental y Niñez en la Argentina*. Buenos Aires: Teseo.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Paidós.
- Castel, R. (1987). La contradicción psiquiátrica. En F. y. Basaglia, *Los crímenes de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*. México: Siglo XXI.
- Comes, Y. (1997). Atención Primaria de la Salud y Sistemas Locales de Salud. *Ficha de cátedra*. Cátedra de Salud Pública-Salud Mental. Facultad de Psicología UBA.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (2005). *Micropolíticas. Cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Tejada de Rivero, D. (2003). Alma-Ata: 25 años después. (O. P. Salud, Ed.) *Revista Perspectivas de Salud*, 8(1).
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. España: Gedisa.