

## **Buenas prácticas en salud mental infantil. Estudio cualitativo multicéntrico: modalidades de atención y actividades desarrolladas en los sistemas públicos de salud mental de las provincias de Río Negro y Neuquén (2016-2017)**

Marcela A. Parra, M. Gabriela De Gregorio, Lorena M. Gallosi, Silvia A. Morales, Ximena P. Novellino, Gabriela A. Bercovich, Laura A. Cordero y Moira Griselda Ale

### **Introducción**

Pueden pensarse al menos dos posibilidades no excluyentes respecto de los modos en que pueden relacionarse la atención primaria de la salud y la salud mental: la incorporación de acciones de salud mental en las prácticas de atención primaria y la aplicación de sus principios a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica (Stolkiner *et al.*, 2007). En ese marco, podría plantearse que el primer modo ha constituido la característica principal de la política de salud mental de la provincia del Neuquén, debido el énfasis histórico que la atención primaria de la salud ha tenido en su política de salud, mientras que el segundo modo ha constituido el eje central de la política de salud mental en la provincia de Río Negro, por el énfasis en la desinstitucionalización implementada en ese territorio. En el contexto de esta realidad sanitaria, nos propusimos caracterizar en profundidad buenas prácticas (Buriyovich, 2011) en salud mental/psicosocial infantil desarrolladas en los sistemas públicos de salud de Río Negro y Neuquén, provincias en la que se ubica la Universidad Nacional del Comahue.

Para ello partimos de la consideración de que tanto la vida prenatal como la primera infancia son momentos fundamentales en la vida de los seres humanos, tiempos fundacionales en la constitución subjetiva, la construcción de la intersubjetividad y el desarrollo de los primeros vínculos, razón por lo cual se tornan períodos prioritarios para pensar intervenciones preventivas y promocionales –no sólo asistenciales– desde el ámbito de la salud mental (Fushimi *et al.*, 2009; Pedraza *et al.*, 2006). Así, el tema de investigación propuesto, al orientarse al estudio de modalidades de atención y actividades que abordan etapas vitales claves en la estructuración

psíquica del ser humano, adquiere relevancia por el potencial preventivo y de promoción que, desde la perspectiva de la salud mental, tiene el trabajo con niñas y niños.

No obstante la insuficiencia de políticas públicas específicas en el área de la salud mental infantil y el escaso conocimiento respecto a los procesos de cuidado de salud mental orientados a la niñez, reconocemos la existencia de modalidades de atención y actividades de salud mental/psicosocial que se constituyen en buenas prácticas en salud mental infantil y que son precisamente las que nos propusimos conocer en profundidad. Esto desde el entendimiento de que la investigación debe estar ligada a ideas de compromiso, participación y transformación social, y de que tanto el conocimiento como la sistematización de buenas prácticas en salud mental infantil contribuirá a la multiplicación de las mismas.

### **Marcos teóricos referidos**

**Salud mental.** En el marco de esta investigación, entendemos a la salud mental como la capacidad de las personas para amar, aprender, crear, trabajar, enfrentar crisis y conflictos, convivir en sociedad en una integración activa dando sentido a su propia existencia.

**Niñez.** La niñez tiene un carácter histórico y cultural, y es por ello que ha tenido diferentes apreciaciones en la historia, tales como la Convención de los Derechos del Niño (1989); la conmemoración del Año Internacional del Niño (1979); la Ley de Derechos del Niño y el Adolescente de la provincia de Neuquén (N° 2302/1999) y la Ley de Protección Integral de las Niñas, los Niños y los Adolescentes de la provincia de Río Negro (N° 4109/2006). Se instaura así un modelo de protección integral de la niñez donde se concibe a los niños y niñas como sujetos de derechos civiles (salud, educación, juego, etcétera) y protagonistas activos de su desarrollo y de su realidad social, y con capacidad de decisión, escucha y opinión, modelo que si bien desde su discurso garantiza los derechos de ciudadanía, no logra mitigar (Barcala, 2013) el embate de las políticas neoliberales de la sociedad capitalista. Asimismo, desde la perspectiva de la salud mental, se entiende que todo ser humano es un sujeto entramado en una red vincular y social compleja.

**Buenas prácticas en salud.** Según Jacinta Burijovich (2011), la expresión destaca aquellas acciones cuyos resultados han sido positivos y que, por este

motivo, pueden ser consideradas como modelos, guías e inspiración para futuras actuaciones. Asimismo, el concepto remite a una acción en la que es posible observar un conjunto de condiciones en los actores (personales o institucionales), de contexto (político, comunitario), y del estado del conocimiento (saberes técnicos y sociales compartidos) que convergen “virtuosamente” en el espacio local para favorecer y habilitar dichas prácticas.

## **Metodología**

A nivel metodológico, se trató de un estudio cualitativo multicéntrico acerca de las modalidades de atención y actividades de salud mental orientadas a niños y niñas desarrolladas en los sistemas públicos de salud de las provincias de Río Negro y Neuquén, en el período 2016 a 2017.

Entendemos por investigación cualitativa aquella donde hay un diseño de investigación emergente y flexible; un contexto teórico compuesto por conceptos orientadores; un trabajo de campo realizado en los contextos cotidianos; un análisis de datos realizado de manera conjunta a la recolección de los mismos; y una búsqueda de resultados que, si bien no son universalizables, sí pueden ser transferibles a otros contextos.

Los dispositivos de producción de datos fueron: la revisión de documentación sanitaria existente; la realización de entrevistas en profundidad a los equipos profesionales responsables de los dispositivos y a los beneficiarios de los mismos; y la realización de observaciones de las distintas experiencias con apoyatura de registro fotográfico y videos. El análisis de datos se basó en el concepto de triangulación metodológica y estuvo inspirado en la teoría fundamentada y en el método de comparación constante.

Partiendo del concepto de buenas prácticas propuesto en el contexto conceptual, las dimensiones que se consideraron en la caracterización de cada dispositivo fueron las siguientes: nombre de la actividad; recurso humano que interviene (cantidad, disciplinas, sectores, etcétera); día y horario en el que se realiza; espacio de funcionamiento; necesidades a partir de las cuales surge; objetivo general que se propone; población a la que se dirige (problemáticas que abordan, criterios de inclusión y exclusión, características, etcétera); modos de acceso al espacio/actividad (espontánea, derivaciones, etc.); nivel de abordaje (individual, familiar, grupal, comunitario, otros); conceptos teóricos que orientan la actividad; legislaciones y normativas sanitarias provinciales y nacionales por las que se rigen; descripción de las

actividades y estrategias que se desarrollan; articulaciones intersectoriales y redes que establecen; resultados observados; formas de registro escrito existentes (planificaciones, sistematizaciones, presentaciones, otras); y formas de evaluación de la actividad.

Las experiencias seleccionadas para su caracterización en profundidad fueron las siguientes.

**Provincia de Río Negro.** Admisiones (Servicio de Salud Mental, Hospital Cipolletti); Interconsultas (Servicio de Salud Mental, Hospital Cipolletti); Taller de Niños Divertidos (ADANIL, General Roca); Consejo de Niñ@s (Servicio de Salud Mental, Hospital General Roca y Consejo Local de Niñez); La Huerta para Compartir (Servicio de Salud Mental, Hospital Villa Regina); Fútbol Callejero (Servicio Salud Mental, Hospital El Bolsón).

**Provincia del Neuquén.** Grupo de Padres de Bebés Prematuros Internados (Servicio de Neonatología, Servicio Psicosocial y Servicio Social, Hospital Castro Rendón); Grupo de Niñ@s (Servicio de Salud Mental, Hospital Horacio Heller); Taller de Crianza (Servicio de Salud Mental, Hospital Bouquet Roldán); Murguita Trapitos de Colores (Área Psicosocial, Centro de Atención Primaria de la Salud, Confluencia); La Casita Itinerante (Área Psicosocial, Centro de Atención Primaria de la Salud, Parque Industrial); Actividad Sala de Espera (Área Psicosocial, Hospital Mariano Moreno); Taller de Educación Sexual y Afectiva (Área Psicosocial, Hospital Mariano Moreno); Red Intersectorial Neuquén (Centro de Atención Primaria de la Salud, Don Bosco).

### **Re-conceptualizando los criterios de buenas prácticas en salud mental infantil**

En el marco de la investigación que aquí relatamos, el término “dispositivo” alude a las modalidades de atención y actividades orientadas a niñas, niños, sus familias y familias gestantes que desarrollan los equipos de salud mental/salud psicosocial (admisiones, tratamientos, grupos terapéuticos, talleres, etcétera). Dichos dispositivos pueden ser individuales, familiares, grupales o comunitarios. A tal fin, utilizamos de manera indistinta las expresiones “dispositivos”, “experiencias”, “modalidades de atención” y “actividades” para referirnos a aquello que estamos analizando.

Para Claudia Salazar Villava, dispositivo es una noción instrumental, palabra “hueca” cuya operación metafórica permite imaginar formas de

intervención en el campo social. Ella se diferencia de los instrumentos metodológicos tradicionales justamente en su indefinición, en su apertura permanente, en la imposibilidad que afirma, de construir un manual que conduzca paso a paso por el cumplimiento de los requisitos para la correcta acción metodológica, necesaria para intervenir; en su vacío, esta noción es apertura en tanto da lugar a la incertidumbre y se niega a pre-ver. Esta prescripción paradójica de no prescribir es precisamente la utilidad de semejante noción (Salazar Villava, 2003).

Los dispositivos son como las máquinas, según las analiza Michel Foucault (1991); son máquinas para hacer ver y para hacer hablar, máquinas que funcionan acopladas a determinados regímenes históricos de enunciación y visibilidades, pero también para silenciar y para invisibilizar (como los dispositivos de encierro, la prisión, el manicomio). Asimismo, el dispositivo, desde el concepto foucaultiano, plantea la hipótesis de lo complejo, lo heterogéneo, lo singular, el desorden creador de órdenes, y el desorden presente en el orden, la multirreferencialidad, la lógica de lo recursivo y lo retroactivo, para la comprensión de la totalidad, de las mutaciones y los procesos sociales.

En este marco, la indagación de dispositivos que pueden ser considerados buenas prácticas de salud mental en la atención de niños y niñas adquiere sentido porque implica desafiar los actuales discursos hegemónicos que, según Alejandra Barcala (2013), naturalizan la psicopatologización/medicalización/desatención de la niñez y cierran las posibilidades de llevar adelante acciones creativas y prácticas comunitarias que inviten a la inclusión y a la socialización, y que garanticen el derecho a la salud.

En contraposición a esta tendencia, buscamos indagar dispositivos que posibiliten la construcción colectiva y la multiplicación de dispositivos comunitarios y subjetivantes desde un modelo de salud mental comunitaria y desde el entendimiento de que la investigación debe estar ligada a ideas de compromiso, participación y transformación social.

En este marco, concebimos a los dispositivos de salud mental como aquellos dirigidos a abordar la dimensión subjetiva del proceso de salud/enfermedad/atención desarrollados por los equipos de salud mental.

Según Buriyovich (2011), la procedencia conceptual del término “buenas prácticas” se relaciona con los procesos de reforma de la gestión pública y su creciente interés por caracterizar, sistematizar y difundir “buenas prác-

ticas” en el sector público. Para esta autora, la atención puesta en dicho término puede explicarse porque permite a los funcionarios que formulan políticas públicas conocer “experiencias probadas” o la identificación de métodos que resultan ser adecuados, dada su orientación a soluciones concretas y efectivas. En ese sentido, esta noción jerarquiza y prestigia a los servicios públicos.

Este concepto ha recibido distintas críticas (Grupo de Trabajo HPH, 2007; Astellarra Bonomi, 2003; Buriyovich, 2011) no obstante lo cual, como equipo de investigación, decidimos utilizarlo por las potencialidades que también dicho concepto tiene. En ese sentido, valen realizar las siguientes aclaraciones:

- No se trata de un criterio normativo que juzgue “lo que está bien y lo que está mal” ni que aluda a algún “deber ser” universal y absoluto.
- No se trata de un criterio absoluto: una práctica puede ser buena en un contexto y no en otro.
- No es tampoco una receta universal que debe repetirse sin más: buenas prácticas, buenas experiencias ajenas, pueden servir como importantes fuentes de aprendizaje. Sin embargo, también pueden confundir. Depende de las propiedades del caso y su contexto. Hay experiencias que son trasladables de una sociedad a otra y otras que no, de un momento histórico determinado a otro y otras que no. El riesgo que se corre es que ahora, a través de recomendaciones basadas en “buenas prácticas”, se reproduzcan los errores y costos de la receta universal.
- No implica que las prácticas que no se incluyan bajo esta denominación –o que no hayan sido seleccionadas para ser caracterizadas en este estudio– sean “malas”.
- Se necesita más teoría que explique por qué y qué variables tornan una experiencia aplicable o no fuera de su matriz originaria; esto debido a que el análisis de buenas y de malas prácticas, así como de prácticas similares (buenas o malas) a veces han producido resultados disímiles.

En el marco del presente proyecto, y basándonos en distintas fuentes bibliográficas, definimos buenas prácticas a partir de algunos criterios iniciales, que se fueron re-significando a lo largo de la investigación. Se detallan a continuación.

**Inédito, novedoso, previamente inexistente:** por el tipo de dispositivo, por la población con la que trabaja, por el contexto teórico que utiliza, etcétera, “se trata de desarrollar prácticas innovadoras y/o transformadoras” superando las modalidades tradicionales (Barcala, 2013: 3); así, la idea principal es que las experiencias seleccionadas rompan de alguna manera con las formas más tradicionales de atención en salud mental (tratamiento individual, asistencia, etcétera) y con las actividades más convencionales en alguno de sus aspectos, y puedan ir adecuándose a las nuevas demandas de atención y necesidades; como sostiene Emiliano Galende “en las últimas dos décadas, los servicios de salud/salud mental fueron detectando nuevas problemáticas, y se vieron desbordados por nuevas demandas de atención implícitas y explícitas que surgieron en el seno de una crisis profunda en la configuración de las actuales relaciones sociales y su impacto en la subjetividad [...] las clásicas respuestas institucionales fueron tornándose inapropiadas para responder a estos nuevos problemas” (Galende, 1992: 53).

**Carácter colectivo:** entendemos que las formas más tradicionales de trabajo dentro del campo de la salud mental tienen un formato sobre todo individual, por lo que, sin desmerecer la potencialidad de este tipo de abordaje, apuntamos a relevar formas de atención y actividades que tengan en alguna medida un carácter colectivo; dicho carácter colectivo, además, coincide con los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657/2010).

**Participativo:** entendemos la participación como la posibilidad de que, el grupo/comunidad/institución/persona con la que trabajamos sea parte del proceso de toma de decisiones, en contraposición a aquellas posturas que asocian la *participación* a la mera presencia o concurrencia de personas (niñas, niños, adultos responsables) a la convocatoria realizada; este *ser parte* tiene distintos grados de habilitación y está condicionado siempre por las situaciones de partida (instituciones, programas, normas, etcétera) de cada proceso; en ese sentido, si bien consideramos el carácter participativo como un criterio de buena práctica, dicho criterio debe tomarse rompiendo el mito de la posibilidad absoluta y “pura” de participación; en ese sentido, siempre hay que estar atentos a las imposibilidades internas que a veces dificultan los procesos de participación, a la vez que ser críticos con el hecho de que la apela-

ción a la participación no legitime el corrimiento del Estado como garante de los derechos de las poblaciones. De igual modo, en este ser parte y en contraposición al mundo adultocéntrico en el que vivimos, es relevante poder jerarquizar la voz de los niños y niñas, sus decires y sus necesidades, tanto en la en la planificación como en el desarrollo y la evaluación de los dispositivos.

**Pertinencia/relevancia:** en términos de dar respuestas específicas a las demandas y/o problemáticas del contexto en el que está inserto el dispositivo y a las necesidades de las poblaciones con las que se trabaja.

**Efectividad:** en términos de lograr los objetivos que se proponen.

**Promoción de derechos humanos de la infancia:** para su aplicación efectiva pero teniendo presente siempre los límites de la concepción liberal y etnocentrista de los derechos humanos con la que nos manejamos, y teniendo también siempre en cuenta que, por ejemplo, cuando hablamos del derecho de los niños y niñas a ser escuchados eso nos marca un horizonte pero no nos da una teoría acerca de qué implica en términos subjetivos individuales y sociales escuchar a un niño o niña, ni nos dice nada acerca de cuáles son las condiciones para posibilitar dicho proceso.

**Integralidad, intersectorialidad e interdisciplinariedad:** Fundamento de las propuestas de atención primaria de la salud y de la Ley Nacional de Salud Mental.

**Creación de nuevos espacios institucionales y simbólicos:** promoviendo cambios en las concepciones y prácticas de crianza en las familias y en el abordaje e intervención con los niños y niñas en las instituciones.

**Efecto multiplicador:** en tanto puedan ser imitados y adaptados en y a otros espacios, no como recetas o fórmulas acabadas, pero sí como fuentes de inspiración.

**Generación de una situación de aprendizaje y de producción de conocimiento:** propiciando un mayor compromiso de los distintos actores involucrados, así como la integración de nuevos aliados.

**Eficiencia:** entendida como optimización de los recursos; no obstante, en relación a este punto es necesario tener en cuenta que el

trabajo en salud mental requiere profundidad, tiempo, presencia, etcétera, y que esas características muchas veces van en contra del objetivo de minimizar el uso de recursos.

**Continuidad, sostenimiento a través del tiempo y disponibilidad:** este criterio, no obstante, debe ponerse en tensión con la adecuación que también tienen que tener los dispositivos a las necesidades siempre cambiantes de las poblaciones a las que están dirigidos; en este punto Barcala (2017) habla de sostenibilidad e incidencia.

**Enmarcados en la normativa sanitaria regional y nacional:** esto implica la instauración de un espacio de legalidad para la vida social según la Ley de Salud Mental de Río Negro (N° 2440/1991), el Plan Provincial de Salud Mental de Neuquén y la Ley Nacional de Salud Mental, como así también a normativas de protección de niños y niñas, como la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (N° 26.061/2005), la Ley de Derechos de las Personas con Discapacidad (N° 26.378/2006); y las citadas leyes 2.302, de Neuquén y 4.109, de Río Negro.

**Existencia de algún tipo de registro:** escrito, fotográfico, etcétera, en tanto criterio de buena práctica y también como requisito para poder realizar un proceso de sistematización y caracterización en profundidad de una experiencia que posibilite la socialización de la misma.

Otro criterio que se utilizó para la selección de las experiencias fue el de diversidad entre los distintos dispositivos que se seleccionaron (por el diseño de los mismos, la metodología que utilizan, los actores que participan, el equipo que lo desarrolla, los espacios, territorios y localidades en las que se materializa, las modalidades de abordaje que implementan, etcétera).

Como dijimos, los criterios anteriormente enunciados nos sirvieron inicialmente para seleccionar los dispositivos a caracterizar a la vez fueron reelaborados, modificados, ampliados y enriquecidos durante el proceso de investigación.

En lo que sigue, queremos destacar aquellas características novedosas y específicas que pudimos ir construyendo a lo largo del proceso de investigación como categorías emergentes, y que consideramos pueden ser incorporadas como criterios de buenas prácticas en salud mental infantil.

Dichos criterios son: que se rescaten los saberes y las prácticas existentes; que exista una planificación previa pero flexible del dispositivo; que esté organizada a partir de las necesidades de los participantes; que realice un aporte a la despatologización de la infancia; y que se genere y desarrolle allí donde los niños y niñas y/o sus familias trascurren sus vidas cotidianas y/o en aquellos espacios y momentos en los que ya están convocadas las familias.

Asimismo, otros criterios que surgieron fueron: que cuente con espacios de formación y de supervisión y co-visión externas al dispositivo; que los profesionales a cargo de la actividad cuenten con una formación en las temáticas específicas que trabajan; que respeten las necesidades e intereses de las chicas y los chicos, y escuchen sus voces; que se promuevan lazos solidarios; que sea una práctica humanizante y subjetivante; que esté encuadrada en las normativas sanitarias y legales e incluya la perspectiva de los derechos humanos; que se constituya en un acto de emancipación para los niños y niñas; que combine la sencillez y la complejidad; que realice un abordaje integral; que materialice el trabajo con la primera infancia; y que haya apertura y disponibilidad por parte de los profesionales desarrollan los dispositivos para dar a conocer su trabajo.

De igual modo, surgieron también como criterios: que se trabaje no sólo con el niño o niña sino con el ámbito familiar más inmediato y las relaciones sociales significativas; que sean espacios donde se asista de manera voluntaria; que den valor a los distintos modos de expresión del niño o niña; que le hablen a los niños y niñas con la palabra que dice “la verdad”; que promueva la co-responsabilidad entre las distintas instancias que participan en la crianza y el abordaje de los niños y niñas; que posibilite que el tiempo del tratamiento/ actividad sea acorde a las necesidades de cada niño o niña; que sea un espacio físico amigable, acondicionado para el trabajo con los más pequeños; y que exprese de alguna manera la realidad del barrio en la que viven los niños y niñas y constituyendo una fuerte crítica social a dicha realidad.

Otros criterios de buenas prácticas en salud mental infantil que pudimos pensar fueron: que tienda hacia la autonomía y la autogestión; que se sostenga en el compromiso de quienes coordinan la actividad; que trabaje desde el respeto hacia los chicos y chicas y estableciendo una relación de confianza con ellos; que permita una inserción y articulación distinta en y con la comunidad; que articule actividades realizadas desde el estado con las acciones de distintas organizaciones y agentes comunitarios; que sienta las bases para una política social y de salud alternativas que debería ser

prioritaria; que sea un dispositivo de salud mental y psicosocial, pero que no requiera necesariamente la coordinación directa del equipo; que trabaje desde una concepción amplia de la salud mental y psicosocial que entienda como parte del trabajo de los agentes de salud el acompañamiento en la vida cotidiana y en los eventos comunitarios en los que las personas participan; que articule el carácter asistencial del trabajo con la tarea preventiva-promocional; que articule distintos tipos de saberes profesionales –del sector salud con otros sectores– y de la comunidad; y que se adecúe a la realidad cultural de los niños y niñas.

Por último, pudimos re-conceptualizar las buenas prácticas en salud mental infantil criterios tales como: que redefina las demandas que llegan desde los distintos actores sociales; que ponga el eje en la humanización de la atención y en una mirada integral de la salud mental entendiendo que esta forma parte de la salud en general; que redefina las dinámicas grupales competitivas en juegos cooperativos; que sean ideados y desarrollados con la participación democrática de los distintos actores involucrados; que realicen intervenciones en los diferentes espacios de pertenencia de los niños y niñas; que se adecúen a los recursos disponibles; que impliquen la implementación de modalidades de abordaje que ya cuentan con cierta tradición en el campo de la salud mental pero que muchas veces continúan sin un reconocimiento fuerte; que tengan un carácter inclusivo; que impliquen “poner el cuerpo”; que promuevan valores alternativos; y que sean constantemente evaluadas.

Consideramos que estos criterios de buenas prácticas pueden orientar la revisión de nuestros dispositivos de intervención, la planificación de las experiencias en salud mental orientados a niños y niñas, y la definición de políticas públicas en esta área. No obstante, ello no implica pretender que todos y cada uno de los aquí enunciados se encuentren presentes en los dispositivos, experiencias y políticas públicas que generemos ya que probablemente sería demasiado exigente pensarlo de ese modo.

En ese sentido, entendemos que toda práctica humana tiene sus alcances y límites, sus potencias y debilidades, y ubicamos a los criterios de buenas prácticas en salud mental infantil como aquellas potencialidades en relación a las cuales sería prometedor orientar nuestras prácticas sabiendo, de antemano, que las mismas estarán siempre radicalmente condicionadas.

En ese sentido, consideramos que los criterios acerca de las buenas prácticas en salud mental infantil que hemos aquí conceptualizado pueden servir

como inspiración y horizonte utópico hacia el cual caminar, pero siempre desde la conciencia de que nuestras prácticas cotidianas siempre estarán necesariamente atravesadas por las tensiones entre el poder y la potencia. Asimismo, los criterios propuestos no deben ser entendidos como universales sino como parciales y situados.

### **Bibliografía citada**

- Astellarra Bonomi, J. (2003). Buenas prácticas y auditoría de género. Instrumentos para políticas locales”. Institut d’Edicions de la Diputació de Barcelona.
- Barcala, A. (2013). “Sufrimiento psicosocial en la niñez: el desafío de las políticas en salud mental”. *Revista Actualidad Psicológica*, marzo.
- Barcala, A. (2017). “Programa de actualización de posgrado “Infancia: desarrollo, salud mental y vulnerabilidad psicosocial”. FACE, Universidad Nacional del Comahue. Anotaciones.
- Burijovich, J. (2011). “El concepto de buenas prácticas en salud: desde un enfoque prescriptivo a uno comprensivo”, en M. Rodigou Nocetti y H. Paulín, *Coloquios de Investigación Cualitativa*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Foucault, M. (1991). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Fushimi, C.F. y M. Giani (2009). “Herramientas subjetivas que protegen. Guía para la Atención y el Cuidado de la Salud de los Niños y Niñas de 0 a 6 años”. Provincia del Neuquén.
- Galende, E. (1992). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Grupo de Trabajo HPH (2007). “Promoción de la Salud de la Infancia y la Adolescencia en y por los Hospitales (HPH-CA)”. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias.
- Pedraza, M., A. Marcus y M. Sánchez (2006). “Viaje a la vida. Una propuesta de humanización temprana al niño y/o niña en gestación y su familia”. Zapala, Neuquén.
- Salazar Villava C. (2003). “Dispositivos: máquinas de visibilidad. Anuario de investigación 2003”. México: UAM-X, CSH.

Stolkiner, A. y R. Solitario (2007). "Atención primaria de la salud y salud mental: la articulación entre dos utopías", en D. Maceira, *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós.

### **Bibliografía consultada**

Armesto, M.A. (1996). "Una evaluación del programa Área de Atención Comunitaria de la Dirección de Prestaciones Integrales en Salud Mental". DGSM, CICyTPCba. Informe.

Janín, B. (2013). "Intervenciones subjetivantes". *Revista Novedades Educativas*, 268, abril, 13-16.

Sirvent, M.T. (2003). "El proceso de investigación". Manual de Cátedra, Investigación y Estadística Educacional I, Universidad de Buenos Aires.