

ALGUNAS PUNTUALIZACIONES SOBRE EL TEMA DE LA DEMANDA PSICOLÓGICA EN EL DISPOSITIVO DE ASISTENCIA PRIMARIO

*Lic. Nicolás Matías Campodónico
nicolas_campodonico@hotmail.com
Facultad de Psicología, UNLP*

El presente trabajo apunta a vislumbrar las actividades y resultados parciales correspondientes a la labor realizada en relación al tema de beca de investigación de la Universidad Nacional de La Plata, que se encuentra en una fase preliminar, de observación, reunión de información, análisis e interpretación en esta primera aproximación al tema. El mismo se centra en el problema de la demanda de asistencia psicológica en los Centros de Salud de La Municipalidad de La Plata. De este modo, es de interés subrayar las condiciones de la institución para atender al carácter diversificado y no seleccionado de la problemática que presentan los sujetos que consultan en el Centro. Y es de importancia esto último, para atender a las particularidades de la clínica y sus novedades, como puntos de interrogación para elaborar una estrategia que permita la inserción del psicoanálisis en este tipo de dispositivo asistencial. Un gran número de psicoanalistas trabajan en instituciones que portan la etiqueta de la Salud Mental. El psicoanalista está en efecto preocupado por una clínica de los estragos ligados al discurso del Otro, que Freud ya había designado como "malestar en la cultura". En este recorrido, se podría plantear el desarrollo de una tensión irreductible entre el ámbito de la llamada "salud mental" y el psicoanálisis, de la cual resulta de interés una reflexión sobre dicho tópico.

Al comenzar el trabajo del proyecto se ha partido de la constatación reiterada en la bibliografía específica sobre el importante incremento de la demanda de atención psicoterapéutica en el ámbito público, tanto a nivel de los centros de salud municipales como en los servicios de Psicopatología y Salud Mental de las instituciones hospitalarias. Esto coincide con la ya conocida extensión de la oferta psicoterapéutica a nivel social, extensión que condiciona a su vez la apertura de un conjunto de demandas de asistencia desconocidas en tiempos pretéritos, tal como lo señala desde el campo de la Sociología A. Ehrenberg (Ehrenberg, 2010)

Nuevas condiciones históricas hacen de la Salud Mental un tópico de creciente preocupación. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), señala que 400 millones de personas en el mundo sufren trastornos mentales, neurológicos o problemas psicosociales, como los vinculados con el abuso de alcohol y drogas. En el mismo sentido, se observa que el suicidio representa el 1,8% del total de las causas globales de muerte y se calcula que para el 2020 llegará al 2,4%. Estas cifras representan un incremento del 48.1% en los últimos 15 años. Algunas patologías mostraron un aumento aún más notable, como por ejemplo, la esquizofrenia o los trastornos cognitivos y la ansiedad. En consonancia con esta realidad, en el año 1996 se desarrolló la Conferencia Internacional de Salud Mental en Nueva York; y en 1997, la PAHO

declaró el Año de la Salud Mental. El documento final de esa reunión, en acuerdo con la tendencia general en salud, destacó la necesidad de reorientar los esfuerzos desde el ámbito institucional hacia el comunitario y de incluir los servicios de salud mental en los programas de seguro médico. Se estimuló, además, la creación de programas destinados a asegurar el desarrollo social de los niños y los derechos de las personas con incapacidades mentales. En función a lo antes dicho, no solamente es posible extraer una estadística, conclusiones y resoluciones sobre el tema de la salud mental como ha sido planteado en reiteradas oportunidades por las organizaciones públicas y privadas, nacionales e internacionales, correspondientes al campo de la salud, sino sobre todo, la importancia de este tema en este momento particular de la sociedad.

En nuestro país, en el Plan Federal de Salud 2004-2007, estructurado en función de la Atención Primaria de la Salud, el Ministerio de Salud de la República Argentina plantea a la Salud Mental como una de las áreas importantes sobre las cuales es necesario implementar acciones específicas, pero denuncia a la vez “la ausencia de información para establecer líneas de base en algunos de los principales problemas de salud y factores de riesgo en la Argentina” (Consejo Federal de Salud, 2004, p.27). De esta manera y en función a la importancia de atender este campo que cobra cada vez mayor importancia, se recurre a la implementación de programas y planes que relacionan directamente al campo de la salud mental con el de la llamada atención primaria.

En este contexto, la Atención Primaria de la Salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (1978) como “...la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. Forma parte del sistema nacional de salud, del que constituye la función central, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención de la salud lo más cerca posible del lugar donde residen y trabajan las personas. Constituye el primer elemento de un proceso permanente de de asistencia sanitaria...”.

Analizando el concepto anterior, Yamila Comes afirma que “...los organismos internacionales solo postulan definiciones amplias y muchas veces difusas. Las formas en que se lleven a cabo dependen de concepciones políticas, de lo que para cada estado en particular, signifique la salud de la población a su cargo...”; “...la forma en que cada gobierno interpreta lo que es la Atención Primaria de la Salud hace al modelo de Salud Pública en el cual se inscribe”. (Stolkiner, 1999)

Otros autores piensan el trabajo en Atención Primaria desde una óptica distinta. Uno de los criterios, es la igualdad en la calidad de atención (Galende, 1990); lo que supone pensar que el

trabajo en este nivel de atención no es solo “la puerta de entrada al sistema de salud ni es la medicina para los pobres” (Galende, 1990) sino que supone asegurar la cobertura en salud a todos los ciudadanos del territorio sin importar su clase social. Se trata de que la cobertura sea para todos.

Esta aproximación a las propuestas teóricas sobre Atención Primaria permite pensar que no existe actualmente una definición unívoca sobre el término. Hay distintas acepciones, condicionadas por los diferentes enfoques teóricos propios de las disciplinas de la salud que lo implementan. Desde esta perspectiva, se piensa entonces, el trabajo en este nivel de atención como un trabajo en red llevado a cabo por distintos profesionales que trabajan las problemáticas de salud desde equipos interdisciplinarios, siendo su objetivo la atención integral de las problemáticas que la comunidad y los sujetos que la componen presentan.

Yendo al plano local y de implementación del plan de la beca de investigación, es necesario mencionar que en la ciudad de La Plata según el plan de salud que presenta la municipalidad dentro del marco de la APS, hay 45 unidades sanitarias municipales, cada una de las cuales cuenta con equipamiento y personal profesional las 24 horas, los 365 días del año. Con el objetivo de mejorar la accesibilidad a los servicios de los grupos sociales más vulnerables y asegurar la calidad de la atención, la política general de la dependencia municipal apunta a aumentar las actividades preventivas en consultorios y en terreno. Sin profundizar todavía la cuestión, ya es posible plantear un interrogante definido ¿es posible pensar la Prevención en la salud mental? Veamos un poco más sobre el tema de la salud mental desde el ámbito de la salud conocido como de atención primaria.

En el marco de la ley nacional Argentina de salud mental N° 26657, en el artículo 3 “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”

Se entiende por salud mental desde la perspectiva preventiva, aquellas relaciones que permiten pensar al sujeto en su comunidad como aquello que lo sostiene particularmente en su vida y en el lazo social que sostiene con esta.

Alicia Stolkiner plantea un modelo que se asocia a la concepción participativa integral. Esto supone que la participación es en sí un indicador de lo que podríamos pensar como salud. Con este postulado se intenta replantear el concepto de planificación, pensándola como un proceso permanente de formulación, acción, evaluación y reformulación. Las acciones preventivas consisten en facilitar procesos en los cuales emergen conflictos que muchas veces se transforman en situaciones productoras de malestar.

La practica del psicólogo implicaría desde esta mirada, generar cierta demanda, relacionada con las problemáticas sociales o comunitarias y que estas puedan ser elevadas a la categoría de síntomas. Se tiende a realizar acciones integrales, incorporando lo específico de la salud mental en las acciones generales de salud en relación permanente con otras practicas sociales. En este sentido la prevención apunta a que la comunidad logre pensarse a si misma, se apropie de sus síntomas y pueda desplegar su capacidad transformadora.

Desde el programa municipal de salud mental se promueve un modelo de atención en salud mental que contempla el establecimiento de estrategias que consideren la participación de la comunidad en el proceso de salud-enfermedad-atención. Se apuesta a la articulación y construcción de redes entre los diferentes actores y escenarios institucionales para orientar las prácticas desde una mirada intersectorial en la problemática de la salud mental, buscando como impacto cambios en el sistema de salud, en la comunidad en general y en los sujetos en particular.

Objetivos

- Aportar conceptos teóricos en relación a la clínica diferencial en la actualidad.
- Facilitar el diagnóstico, según las nuevas presentaciones sintomáticas en este particular dispositivo de asistencia.
- Explorar las características de la demanda de atención psicológica y las características de las nuevas modalidades de presentación de síntomas en la época actual en el dispositivo asistencial.

Metodología

Se utilizará un método argumentativo – demostrativo que se basará en la exégesis bibliográfica correspondiente y su demostración clínica a través del análisis de casos obtenido de una casuística en Centros de Salud municipales, que demostraran las características de las presentaciones de los síntomas en la demanda asistencial.

Para obtener cierta información pertinente para elaborar la casuística del trabajo, se considerará la presentación del síntoma, su articulación con la demanda de tratamiento y la particularidad de la institución, y para ello resultará de suma importancia el recurso de la entrevista de admisión, crucial para la entrada al dispositivo asistencial denominado de atención primaria, al igual que una ficha clínica elaborada específicamente para la recolección y sistematización de la información.

Los operadores conceptuales que orientarán el análisis de los textos estarán centrados en las diferentes nociones y conceptos de la atención psicológica en este espacio de atención de prevención y asistencia, y los conceptos y nociones del campo lacaniano del psicoanálisis sobre el

tema de la demanda, de la presentación del síntoma y de la inserción del psicoanálisis en la oferta social actual. Para tal fin se utilizará un amplio corpus bibliográfico diverso:

1. de los escritos, seminarios y conferencias de la enseñanza de Lacan;
2. de las referencias utilizadas por el autor así como las reformulaciones que reciben;
3. de los estudiosos de la obra lacaniana.

Resultados

A lo largo del periodo de trabajo se han podido realizar 50 entrevistas de admisión para atención psicológica durante el año 2011-2012. Algunos números representativos que constituyen la casuística del proyecto de investigación.

En este punto se puede decir que de la población entrevistada, hay una predominancia de mujeres que consulta al Centro, 84 % sobre el total de las admisiones realizadas (Ver Gráfico A). En cuanto al rango de edad que concurre a la atención de salud mental, se caracteriza por una atención a adolescentes jóvenes (18-25 años) y adultos, no habiendo atención a niños en dicho servicio en el Centro de Salud en donde se asiste, siendo derivadas dichas consultas a otros servicios públicos de psicología.

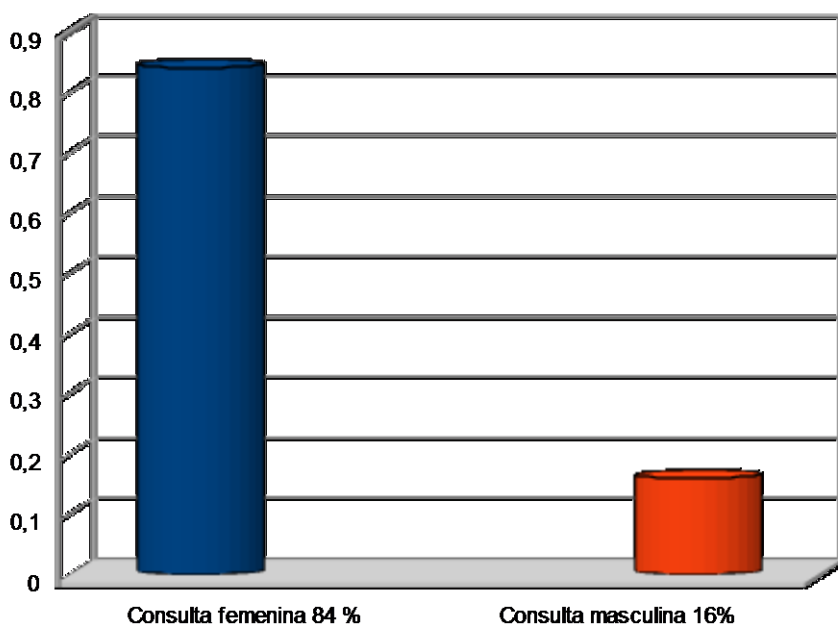


Gráfico A

La ficha clínica elaborada en los primeros meses de trabajo resume los principales aspectos que consideramos de importancia en las entrevistas de admisión. Esta ficha clínica sirve además para la sistematización y análisis de los datos que se han podido extraer, determinando ciertas categorías importantes que permitan una aproximación de los principales motivos de consulta en este tipo de servicio salud, caracterizando el origen del que provienen, la posición

subjetiva del consultante ante la demanda, la existencia de tratamientos previos sean psicológicos o psiquiátricos. Por otra parte resulta necesario tener en cuenta, las variadas modalidades de presentación, condicionadas por las características particulares de la cultura de la época, que otorgan cualidades especiales a la demanda de asistencia en un momento dado. Además resulta importante subrayar, que teniendo en cuenta que se trata de una demanda no seleccionada y que el centro de salud pertenece al campo asistencial: los tipos de síntomas que llegan a la consulta, y su articulación con la demanda; la posibilidad del establecimiento de la transferencia analítica y las posibles transformaciones del síntoma en el transcurso del tratamiento.

Entre otros datos extraídos de la casuística, se puede mencionar, en cuanto a la existencia de tratamientos previos que, solamente, el 12 % (6 casos), ha consultado en algún momento en alguna instancia, pública o privada, a un psicólogo, y 6 % (3 casos) a consulta psiquiátrica y un tratamiento farmacológico.

Nos resulta de interés en primer lugar, resaltar la categoría que denominamos “origen de la demanda”, o sea la diferenciación de la demanda ya sea, espontánea, de interconsulta, derivaciones médicas o indicación judicial (Ver Grafico B). Sin embargo es necesario precisar que el lugar al que se dirige la demanda no es ajeno a la forma y al contenido al que esta se presenta. Y centrarnos en este condicionamiento y en las transformaciones que se pueden operar es uno de los objetivos de la investigación.

1. Consulta espontánea: en esta categoría se ubican el tipo de consulta que llega a la institución por decisión propia. En la consulta espontánea constatamos que sobre el total de las entrevistas realizadas el porcentaje fue el 78 % (39 casos). Ya sea que se trate de un padecimiento que perturba e interfiere en el desarrollo de la vida del sujeto, y que se presenta entonces como síntoma patológico, o ya sea, como acontecimiento doloroso, como urgencia subjetiva, lo que está en juego en este tipo de demandas es la búsqueda de una asistencia terapéutica que puede formularse en ocasiones con claridad como un pedido de psicoterapia, en otros como de consejos u orientación, y finalmente de tratamiento farmacológico. Nos detenemos especialmente en el problema de la implicación subjetiva que acompaña la presentación del síntoma, así como de las respuestas a las intervenciones que pueden realizarse en el curso de la primera entrevista.

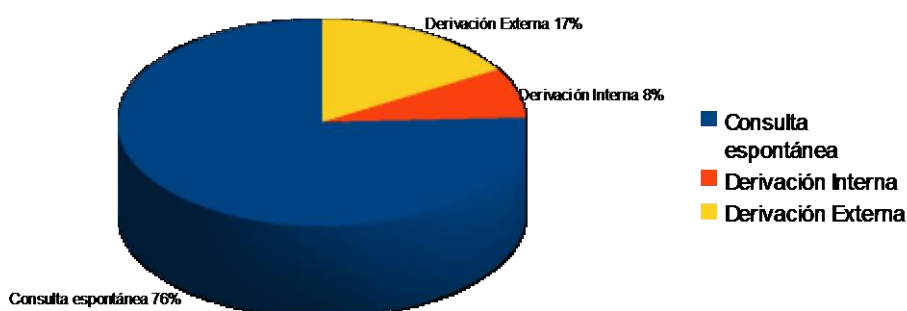
2. Consultas por Derivación: esta categoría a su vez se puede dividir en 2 sub-categorías para mostrar la pertinencia de la unidad de análisis:

Derivación Interna o Interconsulta: este tipo de derivación consiste en el pedido de los profesionales de salud del Centro de Salud, ya sea el médico clínico, ginecóloga u obstetricia, quienes son los principales derivadores. La derivación interna muestra un 8 % (4 casos) con respecto al origen de la demanda que llega a la institución.

Derivación Externa: esta derivación se caracteriza por provenir de diferentes instituciones:

A) Otras Instituciones de salud como son hospitales de la zona u otros centros de salud que no cuentan con servicio de Psicología., en un 8 % (4 casos) de la población entrevistada; B) Secretaria de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de La Plata que es una sede del municipio que deriva cuando son causas de asesoría de menores. Este tipo también implica un 3 %. C) Juzgado de familia, encargado de intervenir en los casos de divorcio, imponiendo como requisito la realización de tratamiento psicológico cuando se trata de la resolución del problema de la tenencia de menores. Esta sub-categoría está representada por el 3 % de los casos vistos y presenta la particularidad de que en realidad no existen ni motivación ni implicación subjetiva sino que lo requerido es solamente el certificado de comienzo de tratamiento para así presentarlo ante quien corresponda. D) Patronato de Liberados, que interviene y deriva en una causa radicada en el departamento judicial de La Plata.

Gráfico B



Discusión

Para comenzar a pensar el campo de la salud mental, resulta importante tomar en este momento, como punto de partida la definición de salud de la OMS, según la cual la salud es: "... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad". Se podría suponer que puede leerse en esta definición lo que se puede entender como salud mental, en tanto la salud entendida en estos términos propone un equilibrio que incluye "lo mental". De esta manera se puede ver como la definición de Salud Mental de la OMS en términos de promoción del bienestar y de prevención de los trastornos mentales extiende su acción a todos, sin distinción.

Suponemos que la salud como fue anteriormente definida, funciona como ideal, asociándose con la armonía que, como tal, no solo es efímera, sino que no se corresponde con el funcionamiento del aparato psíquico según lo propone el psicoanálisis.

Así como la salud se define como bienestar completo y posible, el psicoanálisis ha postulado al síntoma como un malestar que insiste. Lacan lo plantea al síntoma, en este punto en

“La tercera”, “... como aquello que se pone en cruz para impedir que las cosas anden”. Ahora bien, surge el interrogante de cómo operar con el síntoma. Y Lacan se pregunta en relación a la dirección de la cura: “¿la perspectiva teórica y práctica de nuestra acción debe reducirse al ideal de una armonización psicológica?”. Nuestro propósito como analistas, creo, que no se reduce a suprimir lo sintomático como si se lo proponen otras prácticas psicológicas.

La referencia al “bienestar” no es más que una reducción de las virtudes preconizadas anteriormente a un higienismo que se pretende científico. Esto es posible ver a partir de algunas palabras extraídas del Primer Congreso Europeo de Psicoanálisis que plantea la cuestión de si la salud mental existe. Allí donde la salud mental intenta estandarizar el deseo para que el sujeto marche al paso de los ideales comunes, el psicoanálisis sostiene una reivindicación del derecho al “no como todo el mundo”. (Miller, 2008) Allí donde la Salud Mental lleva la huella de la caridad, el psicoanálisis, según la expresión de Lacan, “descarida” y alivia al sujeto de la voluntad del “Otro que quiere el bien”. (Lacan, 1970)

En Freud, uno de los modos en que aparece esta noción de bienestar es en relación a la idea de felicidad. En el texto freudiano “El malestar en la cultura”, se interroga: “¿Que es lo que los seres humanos mismos dejan discernir por su conducta, como fin y propósito de su vida? ¿Que es lo que exigen de ella, lo que en ella quieren alcanzar? No es difícil acertar con la respuesta: quieren alcanzar la dicha, conseguir la felicidad y mantenerla” (Freud, 1929) Por lo tanto la felicidad es lo que los hombres esperan y han esperado en todo momento encontrar en su vida. Pero he aquí otra cuestión ¿es posible que la felicidad perdure?, ya lo había dicho Freud en este texto, y pensamos que ésta solo es posible por momentos, y la armonía creada en esos momentos de felicidad del sujeto se quiebra al encontrarse otra vez con su síntoma. Entonces, podríamos decir que el síntoma es el responsable de romper con la ilusión de una “salud mental completa”, en tanto quiebra con la ilusión de unidad de una salud alcanzable.

Desde los comienzos del Psicoanálisis, Freud se ocupa de organizar el campo de su clínica a partir de la histeria, considerando la forma de presentación del síntoma y su relación con aquello que lo determina. Sin embargo, en la actualidad el campo de la Psicopatología incluye los llamados “nuevos síntomas”, aquellos que en estrecha relación con aspectos específicos de la cultura contemporánea, se presentan frecuentemente con carácter epidémico. Estas manifestaciones, constituyen un verdadero desafío para los abordajes terapéuticos, así como para los programas de prevención, considerando la escasa implicación subjetiva que afecta a quienes las presentan. Nos referimos a perturbaciones tales como la anorexia, la bulimia, las automutilaciones, y los diferentes tipos de adicciones. De esta manera, es necesario tener en cuenta, las variadas modalidades de presentación, condicionadas por las características particulares de la cultura de la época, como es el caso de esos “nuevos síntomas” que otorgan cualidades especiales a la demanda de asistencia en un momento dado y que se encuentran inscriptas sin fijeza alguna, dentro de los 3 grandes grupos diagnósticos que están delimitados en

el campo freudiano.

En este sentido, fue el creador del psicoanálisis quien vislumbraba ya la articulación entre el por entonces nuevo dispositivo y la salud pública, cuando afirmaba: “Ahora supongamos que una organización cualquiera nos permitiese multiplicar nuestro número hasta el punto de poder tratar grandes masas de hombres. Por otro lado, puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica. Y que las neurosis no constituyen menor amenaza para la salud popular que la tuberculosis, y por tanto, lo mismo que a esta, no se las puede dejar libradas al impotente cuidado del individuo perteneciente a las filas del pueblo. Pero cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso, ajeno a todo partidismo” (Freud, 1919). Aclaremos, no obstante, la distinción ética que aleja al psicoanálisis de una función de normalización o adaptación, por ejemplo en los términos de Deleuze y Guattari, en tanto y en cuanto apunta de manera radical a la dimensión subjetiva. Jacques Lacan ha afirmado que “promover en la ordenanza del análisis la normalización psicológica incluye lo que podemos llamar una moralización racionalizante” (Lacan, 1959, p.360); en otro sentido, advierte acerca de los riesgos que supone “un error del analista, aunque solo fuese el de querer demasiado el bien del paciente, cuyo peligro ha denunciado muchas veces Freud mismo” (Lacan, 1971, p. 215).

El psicoanálisis se sostiene en una ética del deseo, y al hablar de ello, se abandona el terreno antinómico del bien y del mal; el deseo como tal excede esta lógica. En el Seminario 8, Lacan se refiere a Alcibíades como el hombre del deseo diciendo: “Alcibíades no dice es por mi bien o por mi mal, por lo que quiero eso que no es comparable con nada y que se encuentra en ti ágalma. Dice lo quiero porque lo quiero, sea mi bien o sea mi mal”. Sin embargo, opuesto a esta lógica del deseo, otras corrientes psicológicas se sostienen en lo que se lo podría llamar como lógicas del bien. Mazzuca en *Psiquiatría y Psicoanálisis, encuentros y desencuentros*, define a estas lógicas de la siguiente manera: “En estas éticas de bienes la cuestión de la felicidad, del bienestar, esta siempre presente ya que funciona la hipótesis de que hay siempre una articulación entre el bien y el bienestar, se supone que el sujeto que procede en su conducta guiándose por esta ética, es decir orientándola hacia el bien, obtiene el bienestar, consigue la felicidad”. Por el contrario en el psicoanálisis no existe la promesa de la felicidad, no hay garantías de ella en aquellos sujetos que se ponen a andar por el camino del deseo. Lacan lo dice de la siguiente manera: “incluso para quien avanza hasta el extremo de su deseo, todo no es rosa”. En la Institución de salud pública, el analista no solo recibe la “demanda de felicidad” del paciente, esta demanda de restaurar el equilibrio, sino que también se ve impelido a responder a otras demandas: de la institución, del médico, del juzgado, etc. Demandas de eficiencia y eficacia. Entonces, ¿Cómo se ubica un psicoanalista en este entramado institucional? ¿Cómo responder

sin abandonar por ello la posición de analista? Son preguntas esenciales para pensar la función del psicoanálisis y del psicoanalista en una institución de salud pública.

Sin embargo, la asunción de una ética subjetiva no impide la consideración del levantamiento de los síntomas del paciente. Una publicación reciente (Miller, J-A. 2006) analiza la práctica del psicoanálisis ante los requerimientos institucionales y los desafíos conceptuales que estos implican. Como afirma Adriana Rubinstein “el psicoanálisis enfrenta hoy, igual que en sus inicios, el desafío de tener que dar cuenta de sus resultados sin ceder en sus principios” (Rubinstein, 2005).

Concluyendo, la población entrevistada en las consultas psicológicas en el Centro de Salud, posee características particulares en cuanto al origen de la demanda de esta población, evidenciando peculiaridades en las modalidades de presentación de los síntomas en dicha población. En nuestra investigación se tiene en cuenta la clínica novedosa que presenta la demanda no seleccionada y la necesidad de estudiar estrategias específicas de intervención orientadas desde el Psicoanálisis aplicado.

Referencias Bibliograficas

- Consejo Federal de Salud (2004). Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007, Buenos Aires: Ministerio de Salud de La Nación.
- Ehrenberg, A (2010), *La société du malaise. Le mental et le social*. Paris. Editorial Odile Jacob
- Freud, S. (1919) “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” en *Obras Completas Bs.As: Amorrortu Ed. Volumen XVII*
- Freud, S. (1929). “El malestar en la cultura” En *Obras Completas. Bs. As. Amorrortu. Volumen XXI*
- Galende, E. (1990): “Psicoanálisis y Salud Mental”. Buenos Aires. Paidós.
- Lacan, J. (1959): “La ética del psicoanálisis”. *El Seminario 7*. Buenos Aires. Paidós
- Lacan, J. (1960): “La Transferencia”. *El Seminario 8*. Buenos Aires. Paidós
- Lacan, J. (1970): *Radiofonía*. En *Otros Escritos*. Buenos Aires. Paidós.
- Lacan, J. (1971): “De un discurso que no fuera del semblante”. *El Seminario 18*. Buenos Aires. Paidós.
- Lacan, J. (2007): *La tercera*. En *Intervenciones y textos II*. Buenos Aires. Manantial
- Ley nacional Argentina de salud mental N° 26657
- Mazzuca, R. (2001): *Psiquiatría y Psicoanálisis, encuentros y desencuentros*. Buenos Aires. Eudeba
- Miller, J-A. (2006) *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Miller, J-A. (2008): *Sutilezas Analíticas*. Buenos Aires. Paidós
- OMS (1978). *Declaración de Alma – Ata*. OMS.
- OMS (2000). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Atlanta. EE.UU.
- Programa de Asistencia en Atención Primaria en Salud Mental. Ley 25.421. Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2001)
- Rubinstein, A. (2005), *La Perspectiva Freudiana de la Eficacia del Análisis*. Anuario de Investigaciones XIII, Universidad de Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (1999): “Derechos humanos y salud mental”, en J.C. Fantin y P. Fridman. *Bioética, Salud mental y psicoanálisis*, Buenos Aires, pp 171-187. Buenos Aires. Serie Conexiones