

Salud mental comunitaria y cotidianidad en la infancia y adolescencia

José LEAL RUBIO

Patronat Municipal de Serveis Comunitaris
Ayuntamiento de Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

En los últimos años, se ha ido introduciendo paulatinamente, en el ámbito de la salud mental infantil, la proposición de que ésta no constituye un acontecimiento que ocurra, ni exclusiva ni prioritariamente, en el espacio privado de la vida de los niños. Asimismo, este reciente enfoque, al que nos referíamos en el presente artículo, se enmarca dentro de una nueva orientación en el ámbito general de la salud que prioriza los aspectos *preventivos* a los *curativos*; los *comunitarios* a los *individuales*. Es por ello por lo que centra su foco de interés en el cuidado de lo *cotidiano* en contraste con la asistencia a lo *excepcional*. Desde esta perspectiva, el apoyo y optimización de los contextos socio-institucionales en los que se desenvuelve la historia diaria de la infancia y la adolescencia, se convierte en un objetivo esencial de cualquier acción que se encamine hacia la consecución de la salud y el bienestar de este amplio grupo humano.

En un texto de Freud (1918) puede leerse que es previsible que alguna vez el analista despierte la conciencia de la sociedad, advirtiéndole a ésta que los pobres tienen tanto derecho a la psicoterapia como a la medicina, y que las neurosis amenazan tan gravemente la salud del cuerpo como la tuberculosis. Prevé asimismo, que se crearán instituciones para atender a los hombres, mujeres y niños, cuyo tratamiento será gratuito, aunque pasará quizás mucho tiempo hasta que el estado se dé cuenta de la urgencia de esta obligación suya. Las circunstancias de la época le hacían pensar que ese momento se retrasaría y que dichas actividades quizás serían comenzadas por la iniciativa privada, pero que indudablemente algún día el psicoterapeuta habría de plantearse la labor de adaptar su técnica a las nuevas condiciones.

Uno siente la tentación, en muchas ocasiones, de pensar que ese momento aún no llegó, o que lo hizo muy tímida o muy selectivamente o que se está en fase, aún, de expresión del deseo de que por fin la salud para todos sea una realidad. Sin embargo, aún con limitaciones, algunas de ellas consecuentes a lo que se está dando en llamar la crisis del Estado de Bienestar (Camarero, 1987) o del Estado Protector, las palabras de Freud han tenido en alguna medida, cumplimiento aunque éste no haya sido fácil.

Los últimos años han sido ricos en formas de acercamiento de la salud mental a las comunidades. En términos, unas veces de prestaciones clínico-asistenciales y otras, de nuevas intervenciones que pueden ser consideradas de ruptura con los esquemas tradicionales centrados en la mera asistencia al conflicto o enfermedad individualmente manifestada.

A esas nuevas intervenciones vamos a referirnos. Surgen en un momento cuestionador de la primacía de la clínica, en ocasiones como consecuencia de la evaluación de sus resultados (Leal, 1976) y significan una nueva forma de entender las necesidades de los sujetos y de la comunidad; de plantearse los límites en la cobertura de dichas necesidades así como una toma de postura nueva respecto a las características de la salud/enfermedad y al papel de todos los sujetos, incluidos los propios profesionales, en la promoción, prevención y recuperación de la misma.

El cuidado de la cotidianidad, en contraste con la asistencia a lo excepcional, es una de las características de la nueva práctica. Intentaremos, pues, describir dicha cotidianidad. Todo ello en el convencimiento de que toda práctica y muy claramente la comunitaria, evidencia carencias y abre espacios de los que la teoría, en su formulación actual no puede dar cuenta; he-

cho que no es de lamentar porque en sí colleva un factor de progreso teórico. Convencidos igualmente de que no hay trabajo preventivo y comunitario posible que no incluya la práctica sistemática de un análisis de la vida cotidiana, que dé lugar a una toma de conciencia de aquellos fenómenos institucionales y grupales que incidan sobre los sujetos y grupos.

Preventivo y comunitario, constituyen dos términos que definen un modelo de intervención y que van a aparecer reiteradamente a lo largo de este trabajo. Entendemos lo comunitario no como un enfoque posible de una práctica ecléctica; no una lente intercambiable con otros enfoques posibles dependiendo del lugar o actividad que se realiza; no es el enfoque que se da a una práctica sino, al contrario, se conforma como una práctica que surge tras un posicionamiento conceptual, teórico-técnico, no contrapuesto a lo individual sino englobándolo y diferenciándolo a la vez, y con un soporte político en el que reside la legitimación de la misma. Todo ello configura un modo nuevo de contribución de la psicología – y otras ciencias/disciplinas – al desarrollo de la comunidad en sus diferentes aspectos, de uno de los cuales, la salud mental, nos ocuparemos en este trabajo de modo más detallado. El trabajo comunitario tiene su campo de actuación en el seno de la comunidad e incide sobre las diferentes instituciones y sectores de la población en base a prioridades planificadas, y sobre las situaciones de la vida cotidiana (CIFA, 1986).

Refiriéndonos al área específica de la salud mental, entendida, por supuesto, como constitutiva del sujeto integral biológico psicosocial, podemos tomar como punto de partida en el planteamiento de una atención primaria de carácter comunitario lo siguiente: a) que el sufrimiento psíquico implica, también, un desequilibrio de la relación dialéctica entre un sujeto, un colectivo, una comunidad y el medio externo; b) que los trastornos generados por dicho sufrimiento psíquico están relacionados de forma más o menos determinante, en su aparición, desarrollo, en algunos síntomas, en su conceptualización, en su pronóstico, en sus posibilidades terapéuticas y en su evolución, con algunas variables del contexto social en que dicho sujeto, colectivo o comunidad nace, vive y enferma; c) que algunas de esas variables pueden ser aisladas y cuantificadas; d) que es posible organizar y aplicar estrategias específicas, individuales y/o colectivas que atenuen los efectos nocivos y potencien los beneficiosos para la salud; e) que existen formas de programación y evaluación de dichas estrategias; f) que todo ello debe encuadrarse en proyectos interdisciplinarios de salud pública y servicios sociales, tendentes a la mejora de la calidad de vida de los sujetos.

Características de las consultas psicopatológicas tradicionales

Aunque sea brevemente describiremos las características más frecuentes de la asistencia psicológica a la infancia/adolescencia para marcar un punto de referencia en la exposición de las nuevas intervenciones. Y además, porque fué el análisis de las citadas consultas lo que llevó a muchos profesionales a la formulación de planteamientos alternativos.

Podemos caracterizar estas demandas como:

a) Por lo general, globales, inespecíficas y difícilmente verbalizables, bien sea por la índole del conflicto, porque no hay tal o porque no es percibido por quien consulta.

b) Referidas a problemas escolares, de lenguaje y comportamiento.

c) Pasivamente expresadas como problemas que otros percibieron. Muchas veces, avatares propios del desarrollo que tienen escasa contención en los medios habituales en que transcurre la vida del adolescente.

d) Frecuentemente son el final de un largo recorrido médico- burocrático en el que la posible patología se ha ido estructurando, y consolidando los síntomas. Cargados muchas veces de exploraciones y tratamientos agresivos, innecesarios, ineficaces y económicamente costosos, con el posible añadido de una fuerte carga yatrogénica. En ocasiones la consulta es refrendadora de una diferencia/estigma vergonzoso.

e) Con expectativas mágicas de solución del conflicto que no fue resuelto en consultas anteriores y en las que se potenciaron dichas expectativas. Para forzar la consulta, pues, en algunos casos, para compensar el sentimiento posible de impotencia o frustración sentida por la no solución del síntoma, en otros. Lo que recrea la derivación es que alguien, en última instancia, solucionará aquello, el síntoma, que puede estar evidenciando la falla en un nivel individual, familiar y/o institucional y que está planteado como problema de aquél por quien se consulta.

f) Tienen su origen en instituciones (escolar, sanitaria, etc.) y son escasamente compartidas y hechas ruinas por la gran mayoría de usuarios, muchos de los cuales culpan al derivador, de los males por los que son derivados.

A ello hay que añadir las características de los circuitos por los que transcurre el portador de una demanda asistencial:

a) Los tradicionales de la enfermedad, para una actividad que rompe con los esquemas clásicos de salud/enfermedad, normalidad/anormalidad; con métodos de diagnóstico y tratamiento radicalmente diferentes a los médicos/asistenciales con los que, a veces involuntariamente, los profesionales del llamado sector psicológico nos hemos miméticamente identificado (Leal, 1986).

b) Derivaciones muchas veces arbitrarias, dependiendo de la persona que ocupe uno de los muchos lugares de obligado paso antes de llegar a la consulta psicológica.

c) Circuitos complejos para una práctica de la simplicidad.

d) Carentes de control adecuados y de un sistema coherente y estable de organización que incremente las ansiedades que conlleva el hecho de consultar a servicios de psiquiatría y psicología.

e) Servicios pseudosaturados, por la inexistencia de otros cauces hacia los que dirigir la expresión de necesidades, que no siempre son de asistencia a conflictos ya instaurados.

f) Escasamente conectados con los agentes sociales generadores de demandas.

g) Alejados geográficamente o con medios de desplazamientos lentos, complicados y caros.

h) Por su ubicación, generalmente fuera del contexto normalizado, y por lo deslimitado de su función difícilmente pueden llegar a aquellos sujetos o grupos de más alto riesgo o necesidad.

Necesidades de nuevas propuestas o alternativas

Esta descripción de los servicios tradicionales de asistencia psiquiátrica y psicológica —referidos muy especialmente a la infancia y adolescencia— no pretenden cuestionar la necesidad de las actividades asistenciales puesto que no cuestiona la existencia de conflictos psíquicos más o menos firmemente instaurados en los sujetos, pero sí permite dudar de la eficacia de la clínica en su actual formulación y organización, a la que cabe atribuir escasos resultados en el campo de lo individual y menos aún en el comunitario.

Cabe, pues, hablar de un campo alternativo de intervención en salud mental, entendiendo por alternativo no sólo la dotación de servicios nuevos que modifiquen en algo las viejas estructuras ni la extensión de los actuales para llegar a mayor cobertura. Se trata, en suma, de lograr una práctica innovadora que conlleve una nueva forma de relación comunidad y equipo de atención, en el que la participación e implicación sea una característica determinante. Difícilmente puede haber modelo alternativo si permanecen las viejas estructuras y mentalidades. Estructuras y mentalidades cuyo cambio es tarea difícil que cuenta en su contra con la aún tendencia a la demanda asistencialista en la que el sujeto demandante o el portador se sitúa ante el demandado, supuestamente detentador de aquellos medios para satisfacer la necesidad.

Esta dinámica fue largamente compartida por usuarios y técnicos como hemos descrito anteriormente. En aquéllos, la expresión de demandas y los intentos de satisfacción de necesidades tienen un cauce aprendido, esto es, la prestación de servicios en forma de intervenciones de los técnicos. En éstos, las resistencias al cambio, a veces apoyadas en criterios de realidad y otras como defensa ante las ansiedades que conlleva la modificación del rol tradicional, pueden hacer de freno a la implantación de un nuevo modelo.

La modificación necesaria de este circuito (demanda-respuesta técnica) ha de hacerse a través de un cambio en la escucha de las demandas y de lo que se ha dado en llamar reconversión de las mismas, término que me parece ambiguo y que prefiero sustituir por el de elaboración participativa. Pero no sólo reconversión o elaboración que dejaría a los técnicos el frecuentemente ingrato papel de frustrar o reconvertir una expectativa. La intervención comunitaria no puede apoyarse fundamentalmente en la tradicional recepción de demanda, más propia de los servicios clínicos-asistenciales sino que debe crear modos de intervenciones debidamente explicitadas y planificadas.

La posibilidad de nuevas intervenciones en el campo de la salud mental infantil/adolescencia y de atención psicopedagógica ha venido de la mano de las instituciones públicas, principalmente ayuntamientos, tras la vuelta a la democracia, debido a las imperiosas

necesidades de la población expresadas a veces de modo fuertemente reivindicativo y al uso de las competencias, a veces sobrepasadas, de los ayuntamientos en la promoción de la salud, y en la atención primaria.

La prevención primaria y la promoción de la salud pueden ser entendidas como el conjunto de estrategias que permitan facilitar los medios necesarios para que la ruptura dialéctica, es decir la enfermedad, entre un sujeto, un colectivo o una comunidad y su medio interno y/o externo no se produzca o de producirse, averiguar (diagnóstico individual, grupal o de comunidad) el lugar probable donde dicha ruptura se originó, posibilitando la reubicación de la demanda de solución allí donde es factible pensar que pueden hallarse elementos individuales y/o colectivos para su recomposición, o realizando propuestas de intervención tendientes a modificaciones estructurales de las situaciones que generan inhibición en el desarrollo saludable.

Promoción de la salud, un instrumento de la cual es la educación, entendida como llevar a una situación en que la gente desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantenerla y busque ayuda cuando la necesite. Asimismo, optimización de recursos y capacidades personales y grupales que tengan como resultado una implicación personal y colectiva, así como la evitación de la depositación y la estereotipia.

Y prevención, que como queda dicho, debe hacer hincapié en el análisis y modificación profunda estructural de aquellas causas que están generando conflictos o que pueden desencadenar procesos en los que quede dificultado el desarrollo individual y social.

Los desencadenantes de los conflictos y la vida cotidiana

En el campo de la salud mental llamamos desencadenantes de la enfermedad a aquellas circunstancias que suceden a lo largo de la vida —en lo cotidiano— y que pueden asociarse a la aparición de un conflicto psíquico. Lejos como estamos de considerar el comportamiento en términos de causa-efecto, hemos de decir que es desencadenante en tanto que actúa sobre una estructura de personalidad formada por la influencia de un gran número de variables y que tiene como resultado provocar situaciones de cambio en el equilibrio preexistente.

Los desencadenantes pueden ser circunstancias individuales (entrada a la escuela, notas, traumatismos, etc.) o colectivas (paro, emigración, etc.) y pueden provocar cambios que se evidenciarán individual (síntomas varios) o colectivamente (marginación, delincuencia, fracasos escolares, etc.). Siempre ambos niveles, individual y colectivo, están entrelazados. Los desencadenantes o convergencia causal no se dan en un medio neutro (Paz, 1973), sino en un contexto relacional que se va construyendo día a día en lo cotidiano.

¿Qué es la cotidianidad?

Este modelo de intervención que venimos describiendo tiene su campo prioritario y definidor en el cuidado de la cotidianidad. Vamos a describir a la misma

como el conjunto de actividades modestas, insignificantes; de productos y obras muy diferentes de los seres vivos; un momento compuesto de momentos, necesidades, trabajo, goce, productos y obras; pasividad y creatividad, medios y finalidades, etc., interacción dialéctica tal que sería imposible no partir de ella para realizar lo posible (Lefebvre, 1965).

A partir precisamente de la aparente trivialidad de errores y faltas de la lengua hablada, Freud sienta uno de los pilares básicos del psicoanálisis. Me refiero al texto *Psicopatología de la vida cotidiana* en que penetra en los mecanismos inconscientes de la vida de todos los días y en los misterios del lenguaje.

La cotidianidad es también el terreno de lo que Lefebvre llama *las ciencias parcelarias* (Lefebvre, 1965), lo multidisciplinar entre nosotros, el lugar en que se ponen de manifiesto los conflictos entre lo racional y lo irracional; el lugar en que se formulan los problemas de la producción en sentido amplio, la forma en que es producida la existencia social de los seres humanos.

Este campo de lo cotidiano, complejamente definible y tal vez, pesadamente definido, es el campo específico de la Atención Primaria de Salud.

La conferencia de Alma Ata ha marcado un momento de ruptura con lo que venía siendo la estereotipia y tecnificación de las prestaciones sanitarias totalmente en manos de los técnicos. El concepto de Atención Primaria de Salud es positivo y describe un modelo de atención cuyas características son ser integral, integrada, continuada, permanente, activa, accesible, participativa y comunitaria (OMS, 1976).

La cotidianidad en la vida de los niños. Las instituciones

La vida cotidiana en la infancia está rígidamente marcada en lo institucional y pautada por etapas de desarrollo más o menos descriptibles que tienen un valor y una respuesta individual o grupal y social.

La vida de los niños y adolescentes, más la de aquéllos, transcurre en ámbitos institucionales aparente o manifiestamente desconectados entre sí pero que forman una urdimbre relacional más o menos ligera o pesante, bloqueadora o fuente de creación y desenvolvimiento. Esas redes relacionales y los espacios institucionales donde transcurren han de ser el objeto central de la atención primaria a la salud mental de los niños.

En la actualidad, de las instituciones surge un porcentaje muy alto de intervención psiquiátrica, psicológica y psicopedagógica. Y a las instituciones vuelven los niños que aceptaron ir a consulta, tras el más o menos aparatoso recorrido por los tradicionales circuitos de la enfermedad, aunque no padezcan enfermedad alguna. Alguien, no obstante maestro, médico, etc., percibió algo que creyó objeto de consulta psicopatológica.

La derivación frecuentemente tapona un conflicto en la institución y dota al niño de una identidad prestada o impuesta que, como dice Bleger, a veces sirve de soporte de la angustia que el sujeto o los otros vivió como falta de lugar o de estado (el disléxico, la sordita, el ambliope, el que se muerde, el que babea, etc. —términos todos ellos sacados de la práctica en diversas instituciones—).

Cuando la derivación (no se olvide que es a partir de ahí que en ocasiones puede intervenir en algunas instituciones), en cualquiera de sus formas, surge de la institución, el cliente del psicólogo —tema éste importante— es aquél que formula la petición de ayuda que lleva implícita una o unas demandas. El paciente ha de ser entonces considerado intermediario sin que debamos por ello rechazar que a su vez puede expresar sus propias demandas sentidas, aunque a veces sea pedir ayuda ante la arbitrariedad del derivador, o a su vez petición de ayuda para aquél; demanda que no hay que desoir. No es sin embargo lo más frecuente recibir demandas sentidas que no procedan de algún profesional.

El niño por quien se consulta, digamos por quien se interesa la institución, evidentemente, es un niño sintomático: sintomático portador de uno o varios signos de malestar en sí mismo evidenciados y/o evidenciador de un modo de funcionamiento de la institución. En ambos casos lo consideramos como producto de complejas fragmentaciones que operan en el seno de una o varias instituciones en que se halla.

Por todo ello, entendemos que un proyecto coherente de salud mental para la infancia y la adolescencia que priorice la promoción de la misma así como la prevención primaria debe cuidar el ámbito de los sujetos que forman las instituciones. En el campo de la infancia y de la adolescencia, la escuela y los institutos de BUP y FP que son los espacios más organizados y punto de partida de grupos más o menos estables (asociaciones, deportes, ocio, etc.) ese cuidado a la institución es un proyecto y tarea valiosa en una concepción comunitaria de la salud. Es mas, el descuido de la institución puede bloquear cualquier programa de salud mental, por ejemplo mediante demandas sistemáticas de tipo diagnóstico/terapéutico indiscriminadas. Demandas que, por otra parte, son las más fáciles de expresar; demandas de uno para otro; demanda siempre ocultadora y muy frecuentemente de imposible satisfacción. Se pide algo del psicólogo: que diga lo que le pasa al niño o a la familia y que proponga un tratamiento más allá del deseo de aquél para quien se pide; demanda mágica, de otra parte inquisidora, de designación de culpables que nos coloca en el lugar de juez y nos depoja por tanto del papel de psicólogo. En este sentido, nos gustaría recordar una frase de Umberto Eco, en la que hace referencia a que con frecuencia los inquisidores, para demostrar su esmero, arrancan a cualquier precio una confesión al acusado porque piensan que sólo es buen inquisidor el que concluye el proceso encontrando un chivo expiatorio (Eco, 1980). Muchas veces también caemos en la trampa.

Un primer nivel primero de intervención institucional ha de ser una nueva escucha de lo individual, de lo vivido como síntoma de otro, para retornar a la institución su emergente, el niño y/o el adolescente, sistemáticamente derivado fuera. Y para restituir al maestro la posibilidad de detener su inercial tendencia a la depositación.

Proceso no fácil pero gratificador si se efectúa; que debe además evitar caer en depositar sobre el maestro la competencia del nivel asistencial/terapéutico, de cuya carencia hay también que dejar constancia. Pero

nunca éste, sin aquél, podrá resolver el conflicto que llevó a que un niño fuera erigido en emergente o chivo de una falla institucional.

Pero también los adultos, maestros, educadores, profesores, cuidadores, sufren individual y colectivamente el peso de lo institucional. Entramos así, en un campo de mayor complejidad si cabe. Toda nueva intervención genera nuevas resistencias. Cuando el psicólogo en un segundo momento pretende sobrepasar el marco de lo asistencial —sea clínico, psicológico o clínico-pedagógico— y de lo individual, surgen tremendas dificultades; ello hace más necesario definir lo más claramente posible la tarea, lo que no evita dificultades en su realización, pero sí las limita y elimina algunas fantasías de partida. La más persistente es aquélla que atribuye al psicólogo una oferta terapéutica grupal, en un pensamiento más o menos de este tipo: *lo que se nos ofrece es lo que pedimos para los niños o la familia; luego se nos coloca en el lugar que los colocamos a ellos: enfermo.*

El punto de partida de la tarea grupal en la institución, sea cual fuere, es el convencimiento de que la toma de conciencia de lo que ocurre en y con la tarea puede llevar a los individuos y al grupo si lo desean, a proponer y llevar a cabo transformaciones en la institución y/o a elaborar la dificultad de llevarlas a cabo y obrar en consecuencia (Pichón, 1970), que a veces es el abandono de la propia institución. Igualmente a compartir mejor la información y las responsabilidades, así como a trabajar las relaciones interpersonales de los profesores entre sí, profesores-alumnos, padres-profesores.

Algunas sugerencias a modo de conclusión

Hemos intentado exponer algunas cuestiones de tipo teórico/técnico referente al cuidado de la salud mental de los niños y adolescentes, centrándonos especialmente en el ámbito de las instituciones, considerando el marco en que fundamentalmente transcurre la vida cotidiana de la infancia y adolescencia.

Hay otras muchas líneas que pueden ser seguidas en esta cuestión, más referidas a lo concreto, a programas específicos, gran parte de los cuales transcurre en contextos institucionales: el acceso de los padres a lo que llamamos proceso de paternalización y maternalización; los primeros cuidados; la socialización; la entrada en la guardería, parvulario, inicio de la escolaridad, el paso de FP/BUP calle las expectativas depositadas en el aprender y su frustración; las relaciones del adolescente con sus padres; la sexualidad, etc.

Campo abierto y complejo el de la atención primaria y el cuidado de la cotidianidad. Que se debate aún entre los modos tradicionales, más o menos barnizados de asistencia, y un futuro que está siendo construido con ensayos más o menos certeros; atrapados en ocasiones en un cierto voluntarismo y con dificultades para pasar de éste a la profesionalización. Necesario aquél para poner en marcha servicios que intenten paliar las graves carencias y discriminaciones en las que se hallan muchos sectores; pero imprescindible el pase a la profesionalización para poder pensar y rentabi-

lizar la tarea en términos técnicos y no exclusivamente políticos, es decir, de pequeña política.

Campo abierto asimismo éste del trabajo comunitario, legitimado fundamentalmente por el encargo político y la apuesta ideológica que supone, pero en riesgo de ser atrapado en decisiones coyunturales de diverso signo o procedencia. Realizado, más veces de lo que sería deseable, en términos de precariedad laboral por muchos profesionales (psicólogos, pedagogos, médicos, asistentes sociales, etc.) —trabajadores sociales todos ellos— para quienes las administraciones han contemplado escasos, o al menos insuficientes recursos económicos, con mecanismos a veces extravagantes para su consecución y con un alto descuido de los espacios de formación e investigación. Expuestos muy frecuentemente a encargos contradictorios o al menos de una cierta confusión donde convergen la dificultad de los otros para definir qué debe hacer el psicólogo, con la de éste para explicar que aunque la psicología puede saber de muchos campos, el psicólogo no puede estar en todos a la vez por, entre otras razones de eficacia, incompatibilidad entre roles (Bleger, 1972) —pero éste es un tema al que valdría dedicarle un detallado estudio—. Cuestiones todas éstas que son inherentes a la práctica pública; cada equipo está determinado no sólo por la institución en la que desarrolla sus actividades sino también por las administraciones y organismos que planifican, ordenan y financian los programas de atención.

No es fácil aún hallar el equilibrio entre los niveles políticos y técnicos de la intervención comunitaria, como no lo es definir los criterios e indicadores de salud mental y sus riesgos, a la vez que es evidente la carencia de instrumentos y recursos teóricos y técnicos en la intervención comunitaria. Instrumentos y recursos que tienen que ir siendo sistematizados paralelamente a la nueva intervención social; para ello habrá que disponer de espacios adecuados de supervisión, formación, investigación y transmisión del nuevo conocimiento que la práctica viene generando.

Referencias

- BLEGER, J. *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- CAMARERO, C. La crisis del Estado de Bienestar y su repercusión en la calidad de vida. *Papeles del Colegio Oficial de Psicólogos*, 1987.
- C.I.F.A. *Treball comunitari: aspectes polítics i tècnics*. Barcelona: Col. Serveis Socials, 1986.
- ECO, U.(1980). *El nombre de la rosa*. Barcelona: Lumen, 1983.
- FREUD, S.(1918) *Los caminos de la terapia psicoanalítica. Obras Completas, VII*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- LEAL, J. *La atención psicológica a la infancia en L'Hospitalet de Llobregat*. Barcelona: C.E.H., 1983.
- LEAL, J. *La atención psicológica a la infancia y adolescencia; dificultades derivadas de la desconexión entre los diferentes niveles*. Madrid: Dirección General de Acción Social, 1986.
- LEFEBVRE, H.(1965). *La vida cotidiana en el mundo moderno*. Madrid: Alianza Editorial, 1984.
- O.M.S. *L'attention Primaire du Salut*. Ginebra: Unicef, 1976.
- PAZ, R. *Psicopatología, sus fundamentos dinámicos*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1973.
- PICHON-RIVIERE, E. (1970). *Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1987.