



## ¿HAY ESPACIO PARA LA ESCUCHA DE LOS NIÑOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL?

Dyhalma N. Ávila-López<sup>1</sup>

*Quizá sea difícil de concebir al niño como un sujeto que abriga deseos, sueños e ilusiones propios, cuando éste no tiene representación alguna como sujeto en el cuerpo social. El niño viene a ocupar el lugar de objeto, al cual no se le concibe como interlocutor. Es siempre objeto de la acción de los adultos, de ahí pasa a ser objeto de la educación de los padres y de los maestros, objeto de tratamiento y de estudio del médico, del terapeuta, etc.*

E. Abrevaya, *El niño, su sufrimiento y la pobreza*

### ***Sinopsis***

Este trabajo aborda la posición que, en términos generales, asumen las instituciones de salud mental, respecto a tres de los propósitos del pre-congreso sobre los derechos de la niñez y la adolescencia: “identificar las buenas prácticas en materia de participación infantil”; “contribuir a consolidar una concepción de ciudadanía desde la niñez y la adolescencia, a través de su verdadera incorporación activa en un sistema democrático”; y “fomentar su participación en todos aquellos ámbitos en los que su opinión deba ser oída y atendida”. Con este fin, se examinan, por un lado, algunos de los rasgos esenciales de las instituciones y, por otro, una propuesta particular de escucha que, a juicio de la autora, resulta de gran relevancia para el trabajo clínico que se realiza dentro del contexto institucional: la propuesta psicoanalítica.

***Palabras clave:*** instituciones de salud mental, derechos de los niños, psicoanálisis

---

<sup>1</sup> Doctorado en filosofía y letras con especialidad en Psicología, de la Universidad de Puerto Rico. Psicóloga clínica con práctica privada en la Clínica de Servicios Psicológicos, en San Juan, PR. Supervisora clínica de internado de estudiantes doctorales del programa graduado de psicología de la Universidad de Puerto Rico, en el Dispensario del Plan de Bienestar UTM-PRSSA, en San Juan, PR.



***Abstract***

This work examines the position that is generally held by institutions that offer mental health care, regarding three goals of the pre-congress on the rights of children and adolescents: to identify good practices in terms of child participation; to contribute to the consolidation of a conception of citizenship for children and adolescents, through their true active integration in a democratic system; and to promote their participation in all areas in which their opinion must be listened to and taken into account. With this aim, it will discuss, on the one hand, some of the characteristics that are essential to institutions and, on the other hand, a particular proposal of “listening” which, from the author’s perspective, has great relevance for clinical work that takes place within the institutional context: the proposal of psychoanalysis.

***Key words:*** mental health institutions, children’s rights, psychoanalysis

***Sometido:*** 8 de noviembre de 2007

***Aprobado:*** 4 de diciembre de 2007



El presente trabajo abordará la posición que, en términos generales, asumen las instituciones de salud mental respecto a tres de los propósitos de este pre-congreso sobre los derechos de la niñez y la adolescencia: “identificar las buenas prácticas en materia de participación infantil”; “contribuir a consolidar una concepción de ciudadanía desde la niñez y la adolescencia, a través de su verdadera incorporación activa en un sistema democrático”; y “fomentar su participación en todos aquellos ámbitos en los que su opinión deba ser oída y atendida”. Con este fin se examinará, por un lado, algunos de los rasgos esenciales de las instituciones y, por otro, una propuesta particular de escucha que, a mi juicio, resulta de gran relevancia para el trabajo clínico que se realiza dentro del contexto institucional: la propuesta psicoanalítica.

Según la elaboración de Sigmund Freud, las instituciones producen serios *impasses* vinculados al modo en que operan bajo un discurso de dominio y prohibición. A través de la historia, las instituciones para manejar la locura, desde las carcelarias hasta las hospitalarias, han favorecido prácticas apoyadas en ese discurso. El psicoanálisis hizo posible, por primera vez, una práctica sustentada en un discurso diferente, orientada a escuchar, no a suprimir, lo que el síntoma encubre. Aunque, en la coyuntura actual de devaluación de las psicoterapias, muchos consideran que el psicoanálisis sólo puede subsistir en el consultorio privado, en todas las épocas ha habido esfuerzos por introducir la escucha analítica en las instituciones. Partiendo del hecho de que, en Puerto Rico, bajo el modelo de cuidado dirigido, el manejo de la salud se caracteriza, al presente, por la reducción de los espacios de escucha, se analizarán las posibilidades de introducir, en las instituciones de salud mental puertorriqueñas, una práctica de orientación analítica basada en rescatar esos espacios de escucha que se pretende reducir.



***Las instituciones y la administración de la salud mental***

Una mirada histórica a los tratamientos utilizados para manejar la locura en Occidente revela que, desde el encierro del “enajenado” con un propósito restrictivo, hasta la reclusión del “enfermo” con un alegado fin terapéutico, se ha tratado de prácticas apoyadas en discursos a los que subyace una función de control y represión, y bajo los que no hay lugar para la palabra del sujeto que llega con su sufrimiento a la institución. Sobre este tema, cabe mencionar dos señalamientos de la psicoanalista Maud Mannoni (1990). El primero indica que la sociedad, con el fin de protegerse, siempre ha provisto lugares donde ubicar a los locos, proponiéndoles modelos de locura en los cuales reconocerse. El segundo resume los enfoques predominantes en los pasados siglos: “Si el siglo XVIII es... el siglo de la disección y el siglo XIX el de la ortopedia (física y mental), el siglo XX es el de la programación de la ‘salud mental’ que el poder administrativo rige (mediante diagnósticos y... medidas correctivas)” (p. 136). Este enfoque ha seguido siendo, sin duda, el predominante durante los primeros años del siglo XXI.

Para entender cómo se inserta la realidad puertorriqueña actual en este cuadro concerniente a los sistemas de administración de la salud mental, es indispensable considerar uno de los factores que más influencia tiene sobre dicha realidad: la situación en los Estados Unidos, donde la visión capitalista rige prácticamente todo lo relacionado con el manejo de la salud. Dentro de esta perspectiva, el sujeto, ahora llamado cliente, se convierte en un mero consumidor o en un objeto del proceso de consumo, a quien se busca vender ciertos servicios de la manera más “costo-efectiva”, lo cual no suele incluir la escucha de su sufrimiento.



En la década de 1980, M. Audisio (1989) describía lo que denominó el destino del sufrimiento psíquico en los EEUU, presentando un cuadro que continúa vigente. Entre otros factores, destacaba: el pragmatismo que marca las psicologías individuales y colectivas, la ambición de una eficiencia tecno-científica, las instituciones de cuidados a merced de decisiones políticas, las indicaciones terapéuticas en manos de las compañías aseguradoras, los pacientes desprovistos y abandonados, y los terapeutas convertidos en agentes de una gestión acelerada de las crisis. Respecto a esta situación, P. Gherovici (1998) denuncia que, en el contexto de los centros de salud mental, regido por los seguros médicos, la terapia se entiende como “tarea de rectificación pedagógica, de domesticación ortopédica, con la finalidad gubernamental indirecta de perpetuar una situación de marginalización y subyugación” (p. 13).

El modelo al que apuntan estas críticas es el del llamado cuidado dirigido o *managed care*, que ha servido de base a la Reforma de Salud de Puerto Rico y cuyo fin es administrar la salud, como bien evidencia el nombre de la agencia estatal encargada del manejo de la salud mental: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA).

La noción de cuidado dirigido ha sido definida por el psiquiatra C. A. Cabán (2000, 1 de octubre) como un “término genérico impuesto a una variedad de principios, prácticas y estructuras para proveer servicios de salud a grupos de pacientes, en teoría, en forma eficiente y a bajo costo”. Cabán recalca, no obstante, el hecho de que esa alegada eficiencia socava el compromiso moral de la medicina, que es velar por el mejor bienestar posible del paciente.

El impacto negativo que ha tenido el modelo de cuidado dirigido en el país ha aparecido retratado con regularidad en la prensa, en los pasados años. En un reportaje de mediados del año 2000 (Ghigliotty, 8 de mayo), se menciona un informe sobre los servicios de salud mental, donde



se denuncia que “se presta más atención a promover la privatización de los servicios públicos de salud y a atender problemas relacionados con sistemas de pago y procedimientos de reembolso que a los criterios de cuidado y tratamiento”. En septiembre de ese año, se publica una carta sobre el Proyecto de Ley de Salud Mental, firmada por las juntas de directores de dos instituciones psiquiátricas privadas y la de la Asociación de Hospitales, donde se advierte que muchas de las disposiciones del proyecto serían “muy costosas y muy difíciles de implementar”. Específicamente, se alega que es “sumamente impráctico” exigir que la toma de decisiones acerca de un paciente requiera la participación de un equipo inter o multi-disciplinario; que es “una imposición costosa” y con frecuencia innecesaria, exigir una evaluación psicológica habiendo una evaluación psiquiátrica; que permitir la oposición del paciente al alta es “sumamente impráctico”, pues “¿quién va a pagar por la estadía en el hospital luego que el servicio ya no cualifica como médicamente necesario?”; y que requerir que un psiquiatra, en persona, ordene una restricción es “sumamente impráctico y costoso”. La posición de estos representantes del poderío médico institucional deja claro que, a pesar de su supuesto interés por el bienestar del paciente, su mayor preocupación es el factor económico.

### ***La administración de la salud mental de los niños puertorriqueños***

Lo expuesto hasta aquí ofrece una muestra de lo que ha implicado, para el manejo de la salud mental puertorriqueña, la implantación de la controversial Reforma de Salud, fundamentada en el modelo administrativo de cuidado dirigido: la eliminación, en nombre de la costo-efectividad, de toda intervención que proponga una escucha del paciente. Ahora bien, ¿qué



efectos ha tenido esta situación, específicamente, sobre la población de niños, niñas y adolescentes que hace uso de las instituciones de salud mental en nuestra isla?

Para responder a esta pregunta, resulta revelador recurrir a la prensa, una vez más. En el año 2000, un reportaje (Pérez, 2000, diciembre) informa que la nueva Ley de Salud Mental no provee centros de servicios preventivos, por lo que:

los jóvenes que cometen faltas y no pueden ser procesados judicialmente... son referidos a la Unidad de Psiquiatría de la Cárcel de Bayamón, donde sólo hay veinte camas. A otros los envían a sus hogares o a hogares de crianza... pero en términos generales no saben qué hacer con ellos.

En una serie de artículos publicados en abril de 2001 (Colón, 2001, 17 de abril) se denuncia lo siguiente. Primero, que, a pesar de su magnitud, “el gobierno... ha relegado el problema de la salud mental de los niños”, lo cual confirmó el Departamento de Salud federal al concluir que “carecía de una visión sobre cómo ofrecer los servicios”. Segundo, “la crisis... ante la virtual inexistencia de programas de tratamiento psiquiátrico tanto diurnos como residenciales e instituciones hospitalarias para niños y adolescentes”; y que la Unidad Psiquiátrica de Adolescentes de Bayamón (UPA), el único establecimiento de su tipo, se ha convertido en un “depósito de niños”. Tercero, la situación en la única instalación residencial que ofrece tratamiento psiquiátrico a varones bajo la custodia de la Administración de Instituciones Juveniles, donde: “durante las primeras 36 horas... son aislados en un cuarto con supervisión continua, se les priva de sus pertenencias y sólo se les permite vestir calzoncillos” –según la administradora, para prevenir que puedan ahorcarse-, además, muchos tienen que esperar meses antes de comenzar a recibir tratamiento. Cuarto, que:

unos 1, 320 niños bajo la custodia del Departamento de la Familia (DF), cuyos trastornos mentales requieren servicios en una institución psiquiátrica de tipo residencial, viven en



hogares sustitutos donde, en el mejor de los casos, les administran sus medicamentos y esporádicamente visitan un psiquiatra.

Más recientemente, han aparecido denuncias como las que se presenta a continuación. En el año 2005 (2 de octubre), se informa que “la mayoría de los niños... con trastornos mentales... no cuenta con los servicios adecuados para atender su condición o está desatendida, aún cuando hay los recursos económicos disponibles en las diversas agencias del Gobierno a cargo de esta labor.” Hace apenas unos meses (2007, 12 de junio), se cita a una senadora, quien, junto a la presidenta de la Fundación Puertorriqueña Pro Salud Mental, asegura que existe una “crisis en los servicios de salud mental”, evidenciada, entre otras cosas, por la falta de medicamentos y la falta de pago a los profesionales. Días después, bajo el titular “Sufren más los niños y envejecientes” (2007, 15 de junio), se asegura que “los servicios a estas poblaciones están amenazados por falta de fondos”.

Resulta evidente el modo en que los intentos por dirigir y administrar la salud, más específicamente la salud mental y, particularmente, la salud mental de niños y adolescentes, en las instituciones diseñadas para proveer servicios en tal área, atentan contra los derechos de aquéllos cuya salud pretende ser dirigida y administrada, si bien, claro está, de maneras más sutiles que en las instituciones imperantes en épocas pasadas. Ante esta alarmante situación, ¿existe alguna posibilidad, para esa población, de que su sufrimiento psíquico sea escuchado?

### ***La inserción de la escucha psicoanalítica en las instituciones***

El método psicoanalítico fue desarrollado por Sigmund Freud, en Viena, a principios del siglo pasado, en un momento histórico en el que, según explica (1924/1981), los médicos “no sabían qué hacerse” con el factor psíquico, por lo que lo dejaban a filósofos, místicos y



curanderos, y la terapia solía consistir en medidas generales, la prescripción de medicamentos e intentos de persuasión, como amenazas, burlas y regaños. Frente a la locura, Freud elige, sin embargo, ubicar la clínica en un lugar radicalmente opuesto al de los discursos imperantes, tanto en las épocas anteriores y en la contemporánea a su obra, como en la actualidad. Esto es algo que logra gracias a las posiciones sin precedentes en las que ubica a médico y paciente, al ser capaz, desde su posición de médico, de cederle la palabra al sujeto enfermo y fundamentar su práctica, precisamente, en la escucha de dicha palabra.

La preocupación por ampliar los espacios para la escucha analítica llevó, en la época de Freud, a la instauración de clínicas psicoanalíticas populares y, más adelante, a extender el psicoanálisis al tratamiento de niños psicóticos. Un ejemplo notable, entre los esfuerzos en esa dirección, es el de la Escuela Experimental de Bonneuil, que acoge casos psiquiátricos graves de niños y adolescentes, en Francia, partiendo de una perspectiva no segregadora. Su fundadora, Maud Mannoni (1985), describe la creación del centro, en 1969, como el nacimiento de un trabajo instaurado por los niños, quienes deciden el programa que rige la vida allí.

Algunos aspectos del funcionamiento de este centro, que cabe destacar, en tanto apuntan a la primacía otorgada al respeto a los derechos de los niños, son los siguientes: el lugar esencial ocupado por actividades que posibilitan la creación artística y establecen un campo de lenguaje; la libertad de palabra y el respeto a las posiciones de rechazo que se otorga al niño, quien puede rehusar la compañía y apartarse de todo lo que se realiza; el hecho de que la “principal preocupación, en el proceso que hacen los niños, es que consigan ser responsables de sí mismos, situándose con su deseo, a partir de sus propias dificultades” (Mannoni, 1982, p. 253), es decir, el derecho al riesgo, a través del fracaso y la “regresión”, como un “bien” que el niño tiene



derecho a reivindicar (Mannoni, 1990, p. 260); y la posición en la que se ubica el adulto, quien “acepta ser discutido e interpelado por la locura y abandona toda pretensión de dominio y toda compulsión a querer saberlo todo sobre el niño y su familia”, entendiendo que “un exceso de saber conlleva un abuso de poder” (Lo Giudice, 1992, p. 87).

### ***¿Psicoanálisis en las instituciones en Puerto Rico?***

En lo que respecta a nuestra isla, entre los esfuerzos por insertar una escucha psicoanalítica en las instituciones de salud mental, ocupa un lugar privilegiado la labor que, influida por las enseñanzas de Mannoni, llevara a cabo, durante casi dos décadas, la Dra. Elda Abrevaya. El alcance de su labor puede apreciarse a través de la reflexión que realiza la propia Abrevaya (1992), en su libro *El niño, su sufrimiento y la pobreza: Una experiencia del psicoanálisis en el Centro de Salud Mental*.

En esta obra, Abrevaya plantea que no es posible entender los problemas concernientes al tratamiento del paciente en el CSM\*, sin aludir al contexto institucional y al discurso que le subyace, el cual está atravesado por múltiples líneas de fuerza. El sufrimiento del paciente, señala, está marcado por resonancias institucionales que le colocan en una situación muy distinta a la del paciente que puede realizar una consulta privada. Puntualiza, entonces, que, desde el siglo XVII, la historia de la locura ha implicado “los esfuerzos por parte de la sociedad para domar y dominar la locura en el plano institucional” (p. 3); que esa ha sido la función de la psiquiatría tradicional; y que la respuesta de ésta al sufrimiento, lejos de escuchar, es clasificar los síntomas y ofrecer remedios médicos, “negando por ende valor humano al paciente” (p. 9).

---

\* Centro de salud mental.



Entre otras cosas, Abrevaya denuncia que, en el CSM, una vez se admite al paciente, se establece con éste una relación impersonal, que anula su identidad detrás del número de expediente y el diagnóstico. Añade, asimismo: que, en el contexto de las relaciones institucionales, el terapeuta no puede escuchar al paciente; que la institución no considera importante dicha escucha; y que la actitud del terapeuta hacia el paciente está condicionada por el modo de acción favorecido por la institución. Como ejemplo de esto, menciona las entrevistas iniciales, cuyo fin es evaluar el “funcionamiento” del enfermo, no en función de sus necesidades, sino de la información que debe aparecer en el expediente, y saber si presenta ideas suicidas u homicidas, dado que la institución ha de protegerse legalmente en caso de que se torne agresivo –posibilidad que determina, a su vez, la forma en que se le atiende y medica. Esto remite, recalca la autora, a la función de control y segregación que aún cumple el sistema psiquiátrico dentro del orden social. En síntesis, señala Abrevaya:

Lo que rige las relaciones institucionales... no es una concepción clínica en respuesta al sufrimiento, sino una visión burocrática.... En la medida en que la relación con el paciente se reglamenta y se normaliza a través de ciertos rituales,... no queda espacio para el desarrollo de una comunicación. (p. 37)

Partiendo de lo anterior, la autora subraya la necesidad de concebir la estructura institucional de modo que los intercambios faciliten la comunicación entre paciente y terapeuta. Con ese fin, destaca la importancia de los contactos con el personal de la institución, partiendo de la premisa de que lo primordial no siempre es curar, sino proveer “un espacio libre y vivo” para los intercambios, pues considera que, para el paciente, ser acogido en su desamparo es más valioso que un tratamiento tradicional, dirigido a eliminar sus síntomas.

En lo que concierne a su experiencia como psicoanalista en el CSM, Abrevaya plantea la pregunta de por qué intentar hacer psicoanálisis en una institución psiquiátrica pública al servicio



de la gente pobre, un contexto marcado por la precariedad, lo cual le conduce a otra pregunta, más fundamental: si el profesional debe laborar para el sistema de salud pública, siendo tan deficiente, o debe reservar su saber para el consultorio privado, donde lo puede aplicar en plena libertad. Es decir, si el trato respetuoso y el trabajo riguroso sólo deben destinarse a quienes pueden pagar. Como respuesta, la autora apunta a la necesidad de fomentar un sentido de servicio, redefinido como uno “para la gente y de calidad” (p. 52).

La relevancia, para esta presentación, de aludir a los esfuerzos de esta psicoanalista por abrir un espacio para la escucha del sufrimiento psíquico dentro del marco de las instituciones, proviene del hecho de que tales esfuerzos estuvieron dirigidos, principalmente, a la clínica con niños y adolescentes. Sobre la particularidad de realizar una labor clínica en el contexto institucional, con la población que nos concierne, Abrevaya señala lo siguiente:

[E]n ninguna parte se evoca constantemente el problema de la libertad como cuando se trata del niño, del psicótico y de la institución. La libertad se plantea desde el punto de vista del sujeto como la posibilidad de encontrar una palabra propia y auténtica. Así la labor analítica se propone el fin de rescatar el deseo del pequeño, a menudo obstruido y callado, debido a la posición de dependencia que ocupa... (p. 65)

Más específicamente, la autora describe su labor como un intento por “darle al niño la posibilidad de armar las piezas imaginarias de su universo afectivo”, respecto a lo que explica:

Estas piezas han sido configuradas por acontecimientos traumáticos que se sitúan dentro de un contexto de violencia social. Los sucesos traumáticos han suscitado en el pequeño la emergencia de fantasías inconscientes destructivas que no han podido ponerse en palabras. De ahí la importancia que he otorgado a la verbalización por parte del niño durante el proceso analítico. (p. 149)

A lo expuesto por Abrevaya, cabe añadir, a modo de síntesis, que la escucha analítica tiene como fin brindar al niño un espacio donde realizar un trabajo basado en la posibilidad de



manifestar sus inquietudes y explorar su malestar, aquello que le aqueja y produce sufrimiento, para llegar, así, a plantearse sus propias interrogantes y hallar sus propias respuestas.

### ***Conclusión***

Llegado el punto de concluir esta presentación, ¿cómo responder a la pregunta que le sirve de título? ¿Hay espacio para la escucha de los niños en las instituciones de salud mental? Según se ha señalado, en Puerto Rico, la aplicación del modelo de cuidado dirigido de la salud ha ocasionado, bajo el argumento de la costo-efectividad, la eliminación casi total de las modalidades psicoterapéuticas centradas en la escucha, para privilegiar la prescripción de fármacos. Esta realidad ha provocado un llamado al psicoanálisis para que, sin renunciar a su esencia, asuma un lugar de mayor relevancia en el plano social, expandiendo su marco de acción con una inserción en el ámbito institucional que restituya un lugar para la escucha, considerada, al presente, un lujo innecesario. Experiencias como la de Abrevaya demuestran que se trata de una labor difícil, pero posible; que, aunque es poco probable encontrar un espacio para la práctica formal del psicoanálisis en las instituciones de salud puertorriqueñas, puede haber cabida para la creación de espacios que permitan escuchar a los pacientes, siempre que se esté dispuesto a trabajar para que así sea.

Retomando los términos con que se definió el propósito de este pre-congreso, resulta evidente que, en el área de salud mental, la propuesta psicoanalítica debería ocupar un lugar de mayor relevancia entre las llamadas “buenas prácticas en materia de participación infantil”. Esto en tanto supone una práctica que, en lugar de operar al servicio de la institución, tiene como eje el derecho de cada sujeto –niño, adolescente o adulto– a que su palabra sea “oída y atendida”, a



**El Amauta 5**

**Enero 2008**

la “participación” y a una “verdadera incorporación activa” a los espacios que se le provean para trabajar con su sufrimiento.



**Referencias**

- Abrevaya, E. (1992). *El niño, su sufrimiento y la pobreza: Una experiencia del psicoanálisis en el Centro de Salud Mental*. San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Audisio, M. (1989, septiembre). Quelle institution pour la folie aujourd'hui?. *Esquisses psychanalytiques*, 59-74.
- Cabán, C. A. (2000, 1 de octubre). La ética en psiquiatría. *El Nuevo Día* [Suplemento], p. 13.
- Carta abierta al gobernador de Puerto Rico sobre proyecto de ley de salud mental. (2000, 27 de septiembre). *El Nuevo Día*, p. 63.
- Colón, W. (2001, 17 de abril). Cerca de 100 mil niños con algún trastorno mental. *El Nuevo Día*, p. 4.
- Colón, W. (2001, 17 de abril). Fatal la falta de tratamiento a tiempo. *El Nuevo Día*, p. 6.
- Colón, W. (2001, 17 de abril). Huérfanos de servicios los menores. *El Nuevo Día*, p. 5.
- Colón, W. (2001, 18 de abril). Alarma la cifra de niños con trastornos sin cuidado adecuado. *El Nuevo Día*, p. 16.
- Denuncian crisis en los servicios de salud mental. (2007, 12 de junio). *El Nuevo Día*. Disponible: <http://www.elnuevodia.com>.
- Esfuerzo por el bienestar de los niños. (2005, 2 de octubre). *El Nuevo Día*. Disponible: <http://www.elnuevodia.com>.
- Freud, S. (1981). Esquema del psicoanálisis. *Obras completas* (Tomo III, pp. 2729-2741). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado 1924).
- Gherovici, P. (1998, febrero). *Clínica de lo imposible: Una Philadelphia Story*. Trabajo presentado en la conferencia anual del *Freudian Lacanian Bilingual Circle*, San Juan, P.R.
- Ghigliotty, J. (2000, 8 de mayo) Denuncia informe contra Salud. *El Nuevo Día*, p. 24.



- Mannoni, M. (1982). *Un lugar para vivir*. Barcelona: Crítica.
- Mannoni, M. (1985). *De un imposible al Otro*. Barcelona: Paidós.
- Mannoni, M. (1990). *La educación imposible*. México: Siglo XXI.
- Pérez, R. I. (2000, diciembre). Anticipan dificultades con la Ley de Salud Mental. *Diálogo*, p. 8.
- Sufren más los niños y envejecientes. (2007, 15 de junio). *El Nuevo Día*. Disponible: <http://www.elnuevodia.com>.