SALUD COLECTIVA Y SALUD MENTAL, UNA MIRADA DESDE EL TRABAJO SOCIAL

TEÓRICO 7

PROF. CECILIA ASTORGA



Se entiende a la **SALUD PÚBLICA** como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo. (Manual de Epidemiología-OPS 2002)



EPIDEMIOLOGÍA es el estudio de la distribución de las enfermedades y sus determinantes en las poblaciones y su aplicación para el control de problemas sanitarios. (McMahon, 1970)

¿POR QUÉ PROPONER COMO EJE TEMÁTICO LA SALUD MENTAL DESDE LA CÁTEDRA SSPYTS?

El campo de la Salud Mental nos permite analizar la situación de salud de la población, las políticas de salud y la organización del sistema de salud; permitiéndonos profundizar en:

EL MODELO DE GESTIÓN, la definición de prioridades

EL MODELO DE FINANCIACIÓN los recursos destinados al área

EL MODELO DE ATENCIÓN decide qué cubrir, a quién cubrir, cómo gestionar

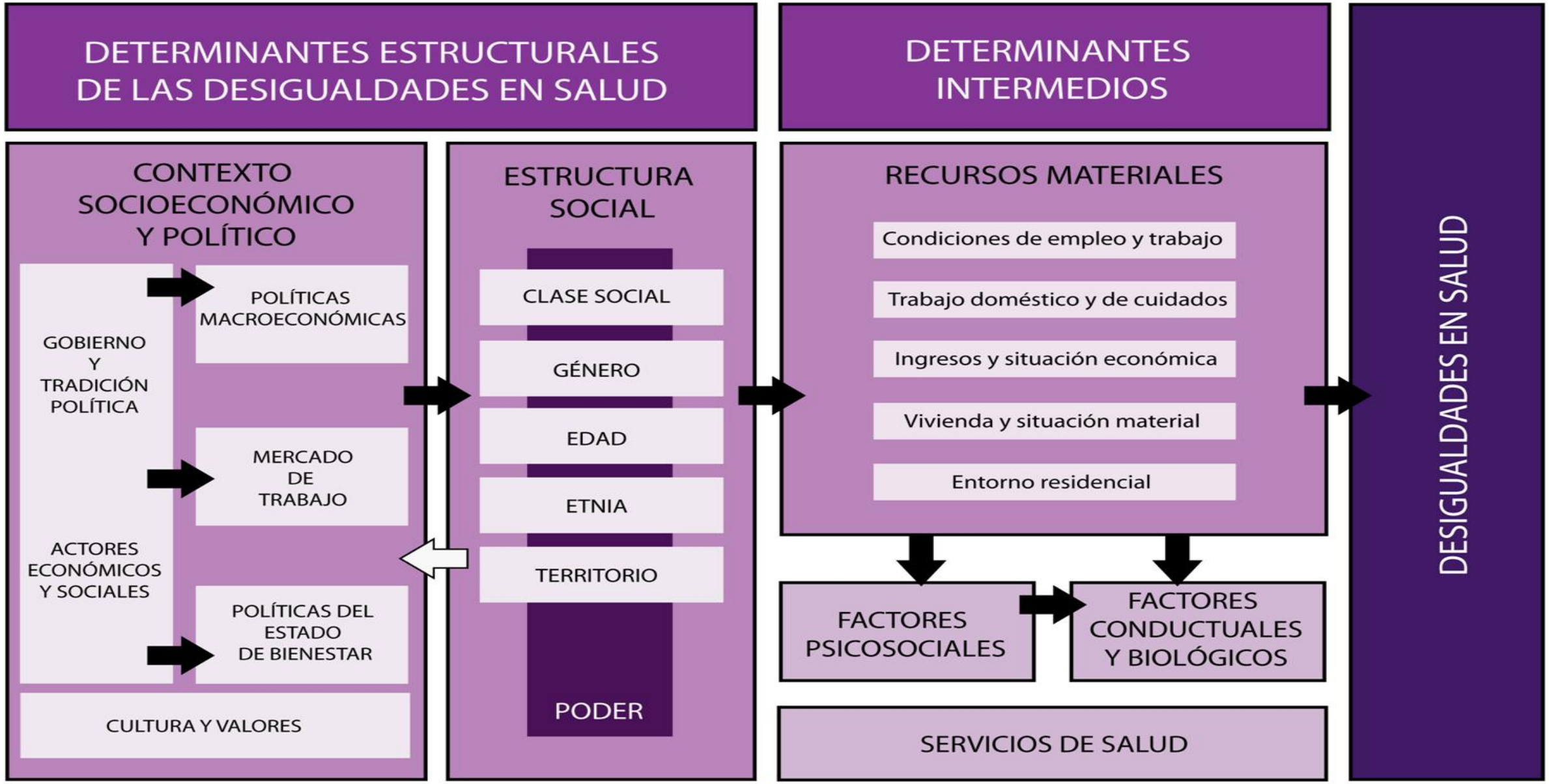
La centralidad de la discusión hoy es retroceder o continuar por el rumbo que nos marca la ley del reconocimiento al derecho a la salud basada en una concepción compleja del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado que requiere de una política de integralidad de derechos, en la que se fundamentan sistemas de acceso universal y financiamiento garantizado.

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

Concepciones de Salud Pública	Modelo médico	Ideología y filosofía	Modelo de atención en SM
LIBERAL	Positivista (el llamado médico hegemónico) basado en la demanda. Curativo. No preventivo. No supone planificación. El sujeto es pasivo. Se basa en el médico	Concepción idealista de "libertad" y orden "natural" de la sociedad. Dualista. La enfermedad es "desviación de lo normal". Salud como ausencia de enfermedad	Asilar Manicomial Terapia biológica
TECNOCRÁTICA NORMATIVA	Medicina social funcionalista. Concepción multicausal. Basado en las "necesidades". Prevención normativa. Supone planificación normativa. Se basa en la acción del equipo interdisciplinario	Concepción tecnocrática, funcionalismo. Mantiene el dualismo. Aunque reconoce las determinaciones sociales de la enfermedad, la considera intrínseca al sujeto. Salud como satisfacción de necesidades, no sólo ausencia de enfermedad	Psiquiatría dinámica. Desinstitucionalización del paciente. Servicios de psicopatología en hospitales. Centros de SM de la comunidad. Múltiples enfoques terapéuticos
PARTICIPATIVA INTEGRAL	Atención primaria integral de salud. Reconoce el proceso de salud-enfermedad como determinado por la estructura de producción y reproducción social. El sujeto en cuanto sujeto social es activo. Se basa en la población, con la colaboración de equipos y metodología interdisciplinaria. Generación de nuevos marcos conceptuales	Concepción estratégica-político-técnica. Sujeto social. Conciencia/trasformación. No dualista. No mecanicista. Requiere de un nuevo modelo	Programas participativos integrales e intersectoriales (no hay programas específicos de SM) se tiende a incorporarlo en otros programas de salud o de acciones sociales.

SITUACIÓN DE SALUD

de la población


DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD
DETERMINANTES INTERMEDIOS
DESIGUALDADES EN SALUD
CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y POLÍTICO
GOBIERNO Y TRADICIÓN POLÍTICA
POLÍTICAS MACROECONÓMICAS
MERCADO DE TRABAJO
ACTORES ECONÓMICOS Y SOCIALES
POLÍTICAS DEL ESTADO DE BIENESTAR
CULTURA Y VALORES
ESTRUCTURA SOCIAL
CLASE SOCIAL
GÉNERO
EDAD
ETNIA
TERRITORIO
PODER
RECURSOS MATERIALES
Condiciones de empleo y trabajo
Trabajo doméstico y de cuidados
Ingresos y situación económica
Vivienda y situación material
Entorno residencial
FACTORES PSICOSOCIALES
FACTORES CONDUCTUALES Y BIOLÓGICOS
SERVICIOS DE SALUD

DETERMINANTES

ESTRUCTURALES DE SALUD

Son aquellos que generan la estratificación social

Configuran las oportunidades de salud de grupos sociales basadas en su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a recursos.

Estratificadores sociales: Ingreso, educación, genero, sexualidad y etnicidad.

INTERMEDIOS

Fluyen desde la configuración de la estratificación social subyacente y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud.

Incluyen: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, las conductas de la población y las barreras para adoptar estilos de vida saludables; también se ubica aquí al sistema de salud.

MAPEO DE PROBLEMAS
MAX AGÜERO

PROBLEMAS FUNDAMENTALES: se consideran causas mas generales de las otras categorías de problemas y pueden ubicarse en el contexto de los sistemas de producción simbólico materiales de éstos

PROBLEMAS CAUSALES: problemas derivados en forma inmediata de los más generales y que como condiciones de producción producen y reproducen los problemas desencadenantes y observables. Son aquellos que reflejan y expresan condiciones institucionales necesarias para la persistencia de los problemas fundamentales y por ende de los desencadenantes y observables.

PROBLEMAS DESENCADENANTES: constituyen las manifestaciones concretas y condiciones de posibilidades inmediatas y necesarias para la producción y permanencia de los problemas observables

PROBLEMAS OBSERVABLES: son los que aparecen evidentes en la vida cotidiana de los sujetos, grupos y comunidades; son en base a ellos que se construye la realidad, siendo los causales y fundamentales in-visibilizados por la complejidad de la cotidianeidad, percibiéndose la misma como objetiva y natural.

GRILLA PARA EL MAPEO DE PROBLEMAS



FUNDAMENTALES

Característcas del Modelo Productivo imperante
Modelo general de mediación simbólica
Sociedad Patriarcal
Ausencia de oportunidades de trabajo en el mercado laboral



CAUSALES

Tradición: pautas culturales discriminatorias sobre determinados sectores poblacionales
Transmisión de roles discriminatorios
Falta de participación general en niveles de decisión



DESENCADENANTES

Escasa información en educación sexual
Falta de autovaloración social en determinados sectores
Escasa presencia de programas que atiendan la problemática de la violencia



OBSERVABLES

Violencia Doméstica
maltrato social a sectores minoritarios
Escasa participación comunitaria en proyectos sociales
Insuficiencia y/o escaso impacto de Programas que atiendan la problemática de estos sectores.

FUNDAMENTALES	CAUSALES	DESENCADENANTES	OBSERVABLES
Modelo productivo financiero Insuficiente y desigual distribución de los ingresos (primario y secundario) Revalorización del mercado como principal distribuidor de recursos Lógica binaria salud/enfermedad, normal/patológico	Estigmatización y vulneración de derechos de las personas con padecimiento mental Fragmentación y segmentación del sistema de salud con desafíos de rectoría Desempleo Insuficiente abordaje de los determinantes de la salud	Modelo de atención operante centrado en la demanda Atención que reproduce asimetrías sin posibilitar proyectos terapéuticos singulares Escaso abordaje territorial e intersectorial Dificultades para entender la accesibilidad como vínculo	Internaciones prolongadas sin criterio clínico Perdida de vínculos de las personas con padecimiento mental y restricciones en la participación en los distintos espacios de la vida social a partir de un diagnóstico Sobrecarga de las familias y cuidadores en contextos de Sistemas de Apoyo deficientes

DEFINIDOS LOS PROBLEMAS Y SUS DETERMINANTES, SE APLICA UNA MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA.

FUENTE: MANUAL DE EPIDEMIOLOGIA. NIVEL BÁSICO. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (2017, P.55)

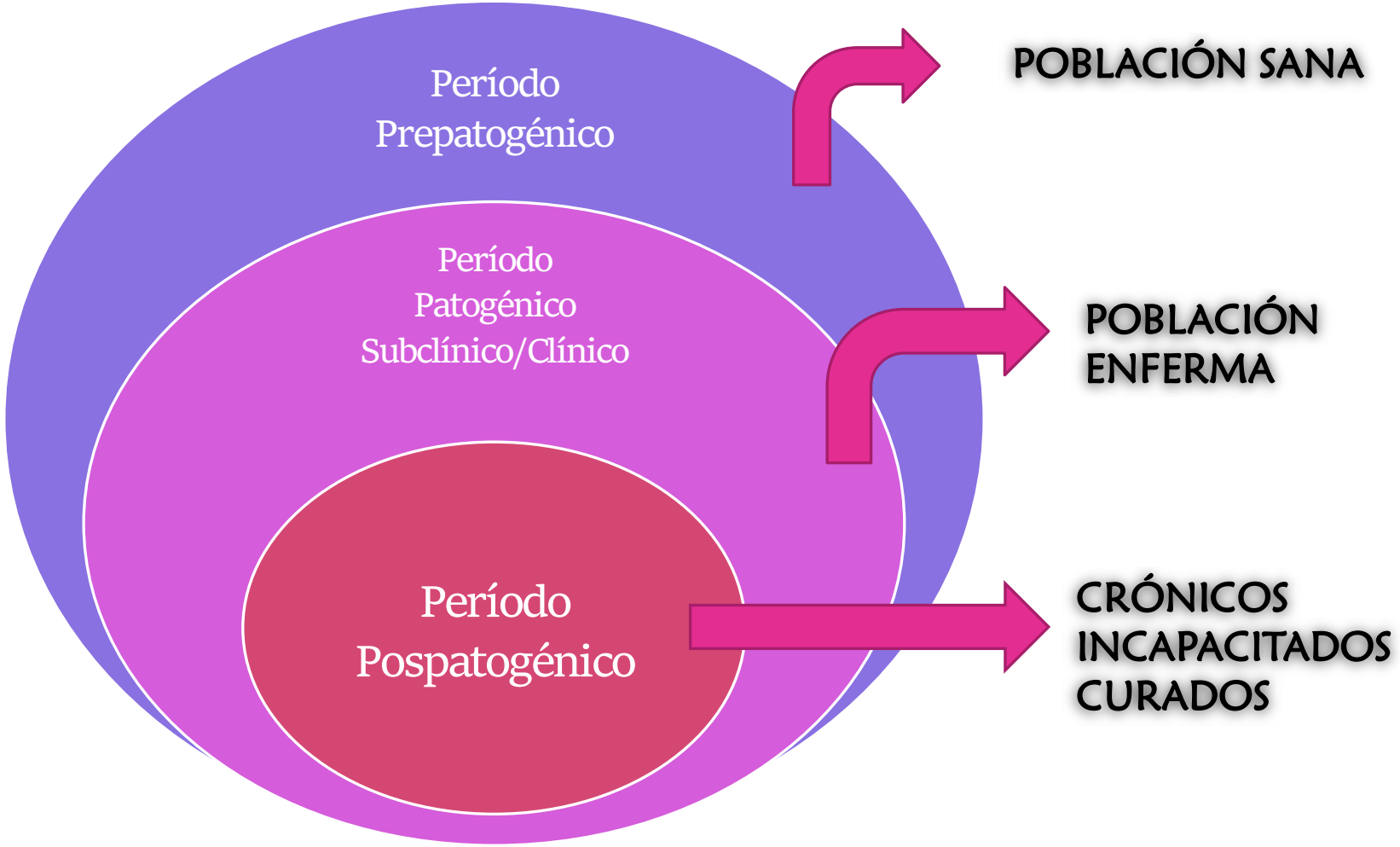
Matriz De Priorizacion De Problemas De Salud Pública

Nº	PROBLEMA A VALORAR	CRITERIO DE VALORACION					PUNTAJE TOTAL
		Gravedad	Frecuencia	Tendencia	Valoración social	Vulnerabilidad	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

¿Cómo se distribuye el riesgo de enfermar en una determianda población?

¿Cómo se distribuye una enfermedad en una determinada población?

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD LEAVELL Y CLARCK



Guía de intervención mhGAP

para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada

Versión 2.0

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

mhGAP
Mental Health Gap Action Programme

Panorama general de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias prioritarios

Organización Panamericana de la Salud

1. *Estas manifestaciones comunes indican la necesidad de efectuar una evaluación.*
2. *Si las personas presentan manifestaciones de más de un trastorno, entonces se deben evaluar todos los trastornos pertinentes.*
3. *Todos los trastornos se aplican a todas las edades, a menos que se indique otra cosa.*
4. ❶ *Para las manifestaciones de urgencia, sírvase consultar el cuadro en la página 18.*

MANIFESTACIONES COMUNES	TRASTORNO PRIORITARIO
» Múltiples síntomas físicos persistentes sin causa definida. » Poca energía, fatiga, problemas del sueño. » Tristeza persistente o estado de ánimo deprimido, ansiedad. » Pérdida de interés o placer en actividades que son normalmente placenteras	DEPRESIÓN (DEP)
» Cambios de comportamiento marcados; descuido de responsabilidades usuales relacionadas con el trabajo, la escuela, las actividades domésticas o sociales. » Comportamiento agitado, agresivo, aumento o reducción de la actividad. » Creencias falsas sostenidas, no compartidas por otros en la cultura de la persona. » La persona escucha voces o ve cosas que no existen. » No se da cuenta que está teniendo problemas de salud mental.	PSICOSIS (PSI)
» Movimientos convulsivos o ataques /crisis convulsivas » Durante la convulsión: pérdida o alteración de la conciencia, rigidez, entumecimiento, mordedura de la lengua, lesiones físicas, incontinencia urinaria o fecal. » Después de la convulsión: fatiga, adormecimiento, somnolencia, confusión, comportamiento anormal, cefalea, dolores musculares o debilidad en un lado del cuerpo.	EPILEPSIA (EPI)

TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE (MCON)

Las manifestaciones comunes de trastornos emocionales, conductuales y del desarrollo varían según la edad de los niños y los adolescentes.

Niño o adolescente examinado por dolencias físicas o en una evaluación general de salud que tiene:

- Problemas de desarrollo, emocionales o de comportamiento (por ejemplo, falta de atención, hiperactividad o un reiterado comportamiento desafiante, desobediente y agresivo)
- Factores de riesgo como la desnutrición, el maltrato o el descuido, enfermedades frecuentes, enfermedades crónicas (por ejemplo, la infección por el VIH/SIDA o antecedentes de un nacimiento difícil).

Cuidador preocupado por un niño o un adolescente:

- Tiene dificultad para mantenerse a la par de sus compañeros o para llevar a cabo las actividades diarias normales para su edad.
- El comportamiento (por ejemplo, demasiado activo, agresivo, tiene rabietas frecuentes o graves, desea demasiado estar solo, se rehúsa a hacer actividades habituales o a ir a la escuela).

Maestro preocupado por un niño o un adolescente

- Por ejemplo, se distrae fácilmente, molesta en clase, a menudo se mete en problemas, tiene dificultad para completar las tareas escolares

Trabajador de salud de la comunidad o de servicios sociales preocupado por un niño o un adolescente

- Por ejemplo, muestra un comportamiento que viola las normas o la ley, comete agresiones físicas en casa o en la comunidad.

DEMENCIA (DEM)

- Disminución o problemas de memoria (olvidos graves) y orientación (conciencia del momento, el lugar y las personas).
- Problemas del estado de ánimo o conductuales como apatía (parece no sentir interés por nada) o irritabilidad.
- Falta de control emocional (fácilmente se molesta, se muestra irritable o lloroso).
- Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades domésticas o sociales.

TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS (SUS)

A todas las personas que se presentan a establecimientos de atención de salud se les debe preguntar acerca de su consumo de tabaco y alcohol

- Parece estar bajo la influencia del alcohol u otra sustancia (por ejemplo, olor a alcohol, dificultad para articular las palabras, está sedado, comportamiento errático).
- Signos y síntomas de efectos conductuales agudos, síntomas de abstinencia o efectos del consumo prolongado.
- Deterioro del funcionamiento social (por ejemplo, dificultades en el trabajo o el hogar, apariencia descuidada).
- Signos de enfermedad hepática crónica (enzimas hepáticas anormales), coloración amarilla de la piel y los ojos, hígado palpable y doloroso (en la hepatopatía temprana), ascitis (el abdomen distendido está lleno de líquido), nevos aráneos (vasos sanguíneos similares a arañas visibles en la superficie de la piel) y estado mental alterado (encefalopatía hepática).
- Problemas con el equilibrio, al caminar, en la coordinación de los movimientos y nistagmo.
- Resultados incidentales: anemia macrocítica, recuento plaquetario bajo, volumen corpuscular medio (VCM) elevado.
- Manifestación de urgencia debido a la abstinencia del consumo de sustancias, la sobredosis o la intoxicación. La persona puede parecer sedada, sobreestimulada, agitada, ansiosa o confundida.
- Las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias tal vez no informen que tienen problemas por consumo de sustancias. Indague si hay:
  - solicitudes recurrentes de medicamentos psicoactivos, incluidos analgésicos,
  - lesiones,
  - infecciones asociadas con el consumo de drogas por vía intravenosa (infección por el VIH/SIDA, hepatitis C).

AUTOLESIÓN/SUICIDIO (SUI)

- Desesperanza y desesperación extremas.
- Pensamientos, planes o actos de autolesión o suicidio, actuales o pasados.
- Alguno de los otros trastornos prioritarios, dolor crónico o sufrimiento emocional extremo.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES -JUJUY- 2016, 2017 Y 2018

Las consultas ambulatorias de Salud Mental en Jujuy crecieron en proporción del total de consultas ambulatorias siendo en 2016 el 4,7%, en 2017 el 5,4% llegando al 6,8% en 2018.
La mayor proporción de consultas corresponden a mujeres: el 57,55% en 2016, el 56,74% en 2017 y el 58,72% en 2018
El egreso es la salida del establecimiento de un paciente internado que puede darse por alta médica definitiva, alta médica transitoria, orden judicial, fuga, retiro voluntario, traslado a otro establecimiento, defunción o por otro tipo de egreso. Del total de egresos realizados en los establecimientos de salud en 2016 un 3,2% correspondieron a pacientes con diagnósticos de Salud Mental y Adicciones; un 3,8% en 2017 y un 5,4% en 2018
La mayor proporción corresponde a varones con un 58,47% en 2016 un 57,16% en 2017 y un 58,60% en 2018
Una gran proporción de egresos corresponden a los diagnósticos de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19) En 2016 un 35% en 2017 un 40% y en 2018 un 42,64%



NIVELES DE PREVENCIÓN

1 **Promoción de la salud**

Elevar los niveles de salud del individuo y de la comunidad

2 **Protección de la salud**

Mantener los niveles de salud alcanzados
Proteger al individuo y la comunidad

3 **Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno**

Detener la progresión de la enfermedad
prevenir complicaciones y secuelas

4 **Limitación de la incapacidad**

Prevenir complicaciones y secuelas
Limitar la incapacidad residual
Evitar la muerte

5 **Rehabilitación**

Desarrollar al máximo las capacidades remanentes
Prevenir la enfermedad mental secundaria
Disminuir efectos sociales y económicos de la invalidaez

B. PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN:

La promoción de la salud mental utiliza información de manera deliberada y estratégica para influir en otros a fin de producir un cambio. Incluye la promoción de las necesidades y los derechos de las personas con trastornos mentales, así como los de la población en general. La promoción es distinta de la educación. La educación informa y ayuda a generar la comprensión de un problema. La promoción, por su parte, busca persuadir. Esto se hace mediante solicitudes y demandas de acciones específicas. Un principio básico es que la promoción solo es eficaz cuando se le pide al público destinatario que haga algo. La movilización de las personas significa pedirles que formen parte de la solución.

Ejemplos de medidas de promoción

Medidas de promoción en la población en general:

- Incluya y movilice a las personas con trastornos MNS y sus cuidadores en las medidas de promoción. Asegúrese de que la comunidad tenga contacto social directo y positivo con las personas con trastornos MNS.
- Use los medios de difusión para aumentar la conciencia acerca de los problemas de salud mental, por ejemplo, mediante anuncios públicos, artículos en revistas y anuncios en los centros de salud, y al mismo tiempo subraye la necesidad de la notificación responsable, en particular con respecto al suicidio.
- Proporcione educación acerca de problemas de salud mental en los lugares públicos (por ejemplo, escuelas, centros de atención de salud).
- Celebre actos públicos y conferencias sobre temas de salud mental.

Medidas de promoción con trabajadores de salud en general y con trabajadores de salud mental:

- Promueva la comprensión de la importancia de la atención en las comunidades, la participación comunitaria y los derechos humanos de las personas afectadas por trastornos MNS.
- Brinde capacitación y apoyo adecuados para el personal de salud mental y para el personal de salud en general.

C. COLABORACIÓN INTERSECTORIAL Y FORMACIÓN DE REDES:

La aplicación de la GI-mhGAP requiere la colaboración entre diversos sectores e interesados directos, como los siguientes:

- **Servicios de salud y prestadores de atención especializada y no especializada:** por ejemplo, psicólogos, agentes de salud de la comunidad, asistentes sociales, prestadores de servicios de hospitalización o ambulatorios.
- **Usuarios de los servicios:** por ejemplo, grupos o individuos que padecen el mismo trastorno, miembros de la familia con el mismo trastorno o que cuidan a alguien con el mismo trastorno (después de obtener el consentimiento de todos los involucrados).
- **Familiares y amigos:** Identifique las actividades sociales previas de la persona que, si se reinician, podían prestar apoyo psicológico y social directo o indirecto (por ejemplo, reuniones de familia, salidas con amigos, visitas a vecinos, actividades sociales en el lugar de trabajo, deportes, actividades de la comunidad) y aliente a la persona a que reanude esas actividades.
- **Apoyos comunitarios informales:** por ejemplo, grupos espirituales, grupos de ahorro, grupos recreativos, grupos de mujeres, grupos de apoyo a los jóvenes, grupos culturales, grupos de apoyo mutuo, líneas telefónicas de ayuda.
- **Educación y empleo:** por ejemplo, las escuelas, la educación, los programas que generan ingresos o de formación vocacional. En concreto, programas de prevención de suicidios en entornos escolares que incluyan capacitación para la sensibilización sobre la salud mental y capacitación en habilidades para reducir los intentos de suicidio y las defunciones por suicidio en estudiantes adolescentes.
- **Organizaciones no gubernamentales:** por ejemplo, apoyo jurídico, servicios de protección del menor, programas para combatir la violencia de género o programas de apoyo psicosocial.
- **Servicios y prestaciones gubernamentales:** por ejemplo, sistemas públicos de justicia, servicios de bienestar infantil, pensiones, prestaciones por discapacidad, descuentos en el transporte público.

Para facilitar la colaboración eficaz entre estos grupos, es importante lo siguiente:

- Asegúrese de que los miembros del equipo de aplicación de la GI-mhGAP tengan **papeles y funciones bien definidos.**
- **Prepare una lista de recursos y prestaciones** para ayudar al personal de atención de salud no especializado a establecer conexiones importantes para las personas con trastornos prioritarios del mhGAP, sus cuidadores y otros familiares, mediante la **recopilación de información obtenida en el análisis de situación y la actualización periódica de la lista sobre la base de nueva información.**


RED SOCIOSANITARIA INTEGRADA
de Salud Mental y Adicciones

RED SOCIOSANITARIA INTEGRADA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La Ley Nacional de Salud Mental marca un cambio de paradigma en torno al modelo de abordaje de las problemáticas de salud mental. Del histórico modelo de encierro centrado en el manicomio, la peligrosidad y la incurabilidad, pasamos a otro centrado en el respeto de la autonomía, al derecho a una vida digna y a la vida en comunidad.

El modelo de red sociosanitaria de salud mental se basa en la lógica de la Atención Primaria de la Salud en los principios de la Convención de Derechos de las personas con Discapacidad (CDPD, ONU 2006) y la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990)

Se trata de superar el prejuicio, el aislamiento en los hospitales psiquiátricos y garantizar un sistema integrado, accesible, comunitario, territorial y con continuidad en la atención.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL



PRIMER NIVEL
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Aquí se ubican todos los recursos necesarios para estar cerca de donde las personas viven. Es el punto de entrada natural al sistema de salud y también se deben tener en cuenta los determinantes sociales de la salud.

Comprende centros de salud, postas sanitarias, dispositivos barriales y atención domiciliaria.

Allí deben resolverse la mayoría de los problemas de salud mental con acciones de prevención inespecífica, detección temprana, intervención interdisciplinaria, psicoterapia y diferentes alternativas profesionales . Además es necesario incluir psicoeducación y abordaje de la crisis

SEGUNDO NIVEL
ATENCIÓN AMBULATORIA Y DISPOSITIVOS INTERMEDIOS

Comprende servicios de salud mental en hospitales generales y centros de salud mental, como consultorios externos, interconsultas y guardias interdisciplinarias las veinticuatro horas. Claves para evitar internaciones y garantizar la vida en comunidad

DISPOSITIVOS INTERMEDIOS CLINICOS	DISPOSITIVOS INTERMEDIOS DE APOYO
Hospitales de día Residencias asistidas Dispositivos sociolaborales Cooperativas de trabajo Espacios culturales, recreativos y artísticos	Apoyos familiares y comunitarios Apoyos profesionales Apoyos institucionales Apoyo estatal

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN INTERNACIÓN EN HOSPITALES GENERALES

Incluye salas especializadas de salud mental dentro de hospitales generales públicos y privados

La internación debe ser breve, excepcional, interdisciplinaria y bajo la supervisión judicial de los órganos de control creado por la ley

Es un recurso clínico en situaciones de crisis o en situaciones de riesgo cierto e inminente para si o para terceros, o cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios. Lo que debe ser "cierto e inminente" es la situación de riesgo, entendida como una probabilidad clínicamente fundada de que ocurra un desenlace dañino en un horizonte temporal próximo

DISPUTA POR LA REFORMA

de la ley de Salud Mental y Adicciones



Reforma de Salud Mental: Un Retroceso en Derechos

La reforma desplaza el enfoque de derechos hacia una lógica de exclusión y desfinanciamiento.

Brecha crítica en el financiamiento estatal



Restricción de acceso a internaciones urgentes



Firma obligatoria de un psiquiatra

Eliminando la validez de los equipos interdisciplinarios

Medicalización del sufrimiento psíquico



Prioriza "trastorno mental" y uso de fármacos

Omitiendo el abordaje integral y social



Restricción de acceso a internaciones urgentes



Firma obligatoria de un psiquiatra

Eliminando la validez de los equipos interdisciplinarios.

Del enfoque comunitario al modelo manicomial



Menor participación y control ciudadano



Se limita la voz de los usuarios en el Órgano de Revisión



Sustituyen censos por registros de control

BIBLIOGRAFÍA

Max Agüero, E. F. (2012). *Intervención comunitaria y educación para la salud: apuntes para la formación profesional*. 1ª ed. Unidad de Investigación de TS-FHyCS-UNJu. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/12coD_b-dcvCYySLCE2YNWz8pBSvwb1DK/view?usp=sharing

Análisis de Situación de Salud. Matriz de priorización de problemas

https://drive.google.com/file/d/1_d2ji4aYok1O2Hy7H6n570qBaXev7rjz/view?usp=sharing

Trimboli A. Gorbacz L. (2025) Ley Nacional de Salud Mental: una brújula para la crisis.

https://drive.google.com/file/d/10ZpakowaDlTS7XH90gcqEPTDqOZ4bzN3/view?usp=sharing

Stolkiner, A. (2021).Prácticas en salud mental. Parte del Cap. 2 (pág.74-81)

https://drive.google.com/file/d/15l8aRudgSVpA3wJj_qDZu8CQFRvFoSZk/view?usp=sharing

Fundación Soberanía sanitaria: Ley de Salud Mental: Una Reforma que restringe el acceso y el financiamiento

https://soberaniasanitaria.org.ar/ley-de-salud-mental-una-reforma-que-restringe-el-acceso-y-el-financiamiento/