



Emiliano Galende

Desde hace ya unos años se ha incorporado y aceptado que la prestación de cuidados de salud mental, y su tratamiento, sean prestados por un equipo de salud mental que representa a diferentes disciplinas. En la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 esto se prescribe de modo explícito. Es decir: ya contamos con una legitimación e incumbencia legal, y también con una experiencia práctica en la formación de estos equipos en nuestro país, aún cuando al momento su presencia sólo exista en algunos servicios de salud mental, especialmente aquellos de atención primaria y servicios de psicopatología y psiquiatría en hospitales generales, pero no son los dominantes en la red de hospitales psiquiátricos y colonias. En este texto quiero hacer visible los aspectos epistemológicos y su funcionamiento en las prácticas de atención.

En diferentes disciplinas del conocimiento racional y científico, ha tomado un fuerte impulso la epistemología de la complejidad. Cuando un fenómeno natural, social, antropológico, no logra ser explicado por una causa única y una disciplina, se requiere de un conocimiento complejo que articula un conjunto de determinaciones del objeto de conocimiento y, por lo mismo, requiere de la integración de diferentes saberes y disciplinas. La complejidad del objeto de conocimiento requiere de una complejidad teórica para su conocimiento. No se trata solamente de una cuestión práctica, sino

de un problema epistemológico y del método mismo de conocimiento e investigación.

El sufrimiento mental humano es un fenómeno complejo y resulta de determinaciones múltiples: biológicas, psicológicas, sociales, culturales, tal como lo establece la Ley de Salud Mental argentina. Es bajo esta aceptación de la complejidad de su determinación que surgió la necesidad de su comprensión teórica, que requiere de diferentes saberes disciplinarios y su articulación (más bien de su integración), en el método clínico de la comprensión del padecimiento y en las prácticas de cuidado y atención del sufriente.

Recordemos que hasta mediados del siglo XX las llamadas entonces “enfermedades mentales”, su diagnóstico, clasificación nosográfica y tratamiento, estaban regulados por la Ley de Salud dictada bajo la dictadura del General Onganía, que restringía estas prácticas a los médicos, asignando la incumbencia al psiquiatra como especialista y nombraba como “auxiliares” del mismo a psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, laborterapistas, especialmente para las prácticas de rehabilitación. Esta legislación era dominante en casi todos los países occidentales. Se asignaba la hegemonía del pensamiento a la práctica del médico psiquiatra sobre el texto psicopatológico; es decir, la interpretación de los síntomas que expresaban la “enfermedad”, y asignaba

al psicólogo el diálogo psicoterapéutico; al enfermero la administración del medicamento; al asistente social los problemas sociales del paciente; la rehabilitación al laborterapeuta, etc.

Esta estructura de división de tareas respondía a una comprensión propia de la medicina: el texto de la enfermedad lo constituyen los síntomas psicopatológicos (incluidos si se observan los síntomas biológicos), diferenciado del contexto familiar, social, cultural, económico, etc., que son justamente el conjunto de aspectos de la vida real del sufriente. Se ignoraba que en el sufrimiento mental no existe tal separación de un texto natural de la enfermedad y un contexto familiar, social, cultural, económico. Ocurre que el texto psicopatológico, los síntomas que lo expresan y las condiciones sociales, económicas, culturales, constituyen un Único texto del sufrimiento, ya que resulta obvio que en el conjunto de la vida real del sujeto estas instancias están integradas. En esto consiste el entendimiento de la complejidad, que no es una suma de factores sino una determinación múltiple integrada.

Ya en el Documento sancionado por la Organización Mundial de la Salud en 1953, con la propuesta de la reforma del modelo de atención basado en los servicios de psiquiatría y especialmente el Hospital Psiquiátrico, hacia un modelo de atención y cuidados de salud mental, se sostiene la necesidad del pasaje de una

“medicina mental” a un modelo “psicosocial” de cuidados y atención. **En este nuevo paradigma surge la necesidad de un saber y una práctica de equipo interdisciplinario. Se trata simplemente de reflejar en el conocimiento y en el método terapéutico la complejidad contenida en el sufrimiento del paciente.** Este giro en el campo del sufrimiento mental y su abordaje terapéutico requiere de un examen más riguroso desde la perspectiva epistemológica y el método a desarrollar en las prácticas de cuidado. **Como ya señalé en una editorial anterior, Salud Mental no es una disciplina, puede ser epistemológicamente entendida desde una transdisciplina y constituye un campo social específico** (Pierre Bordieu). Cabe entonces poner en claro esta relación de la medicina con el conocimiento y las prácticas en salud mental.

La medicina, que incluye a la psiquiatría como una de sus especialidades, ha sido desde siempre considerada como “el arte de curar”, más allá de los actuales y enormes apoyos de las ciencias biológicas, la genética, la física (especialmente en los diagnósticos), la energía nuclear, la matemática y otras disciplinas. Claude Bernard en finales del siglo XIX fijó la definición de una “medicina basada en la evidencia”, para hacer una medicina racional que pueda incluirse en las ciencias naturales y basar su método objetivo de conocimiento. Este fue, y es aún, el éxito del método positivista en el

conocimiento y práctica de la medicina.

Los fenómenos, en este caso los síntomas de la enfermedad, al igual que otros fenómenos de la naturaleza, deben explicarse por sus causas, esta es su exigencia epistemológica. La etiopatogenia es la base racional de la medicina, ya que la etiología de los síntomas son los que explican la patogenia, la génesis de la enfermedad. Esto tiene dos aspectos: dado que el cuerpo biológico de todas las personas que integran la especie humana presentan una identidad biológica, las normas que regulan su funcionamiento, la fisiología del conjunto de los órganos que conforman el cuerpo son internas al mismo, tienen carácter de ser universales, es decir, valen para todos los cuerpos humanos. Igualmente es posible afirmar que la verdad de la explicación causal de la enfermedad tiene también valor universal. Esta identidad biológica es la que nos permite diseñar protocolos de atención, diagnósticos y tratamientos que tienen validez universal. Es decir, que pueden aplicarse a individuos de diferentes sociedades y culturas. Podemos agregar: biológicamente existe un sujeto normal, aquel cuya vida y funcionamiento responden a las normas biológicas (de allí alguien sentenció que *la salud es el silencio de los órganos que forman el cuerpo*, el cumplimiento de las normas de los mecanismos biológicos).

Esta epistemología positivista y este método de conocimiento causal no pueden aplicarse res-

pecto a la salud mental y el sufrimiento psíquico. Los métodos de la medicina no son abarcativos de la complejidad del sufrimiento mental. Desde el punto de vista de la subjetividad, los modos de significación, la conducta, la sensibilidad, la capacidad de juzgar y valorar, o siguiendo al sujeto kantiano, las facultades de pensar, sentir y valorar o juzgar, no son universales, no responden a normas universales como los mecanismos biológicos. Como enseñó hace tiempo Georges Canguilhem, las normas afectan al sujeto desde la sociedad, la cultura y la lengua del mundo que habita. Y estas normas sociales y culturales son siempre históricas, locales; en general comunitarias. La historia, la cultura, el territorio, la sociedad, determinan la singularidad de los modos de pensar, la sensibilidad y los juicios de valor de cada sujeto. **Aclaremos: las normas existen y regulan los comportamientos prácticos, los modos de significación y valoración en sentido amplio, pero cada sujeto incorpora la sociedad, la cultura, la lengua, en la estructura de su propia historia, familiar, social, comunitaria, cultural, económica, etc.** A diferencia de la identidad, que rige la vida biológica, en la existencia real de las personas rige un principio de diferencia, nadie es totalmente idéntico a otro, aun habitando un mismo tiempo, una misma cultura, una semejante sociedad, una misma lengua. Esto hace que no podamos hablar de un sujeto

psíquicamente normal, más allá de las semejanzas que muestre con otros sujetos de su cultura, sociedad y comunidad, siempre estará la singularidad de su historia, de su modo de apropiación social, cultural, económica, comunitaria. Solo podemos hablar de su nivel de adaptación a las normas sociales, a los valores morales, a los significados comunes, a las reglas de comportamiento social, a los modos de vestimenta, etc. Por todo esto en salud mental estamos obligados al “caso por caso”; es decir, respetar la historia singular de la persona en su existencia real. **En resumen: el principio de identidad que rige la vida biológica, lo universal de la explicación causal y su equivalente de verdad que sostienen a la medicina, no rigen en el plano de la subjetividad, donde manda la diferencia, lo singular de cada vida psíquica, las determinaciones complejas de la vida que afectan la felicidad o el sufrimiento psíquico.** Por esto la Salud Mental es parte de la Salud pero no de la medicina en sentido estricto. La Salud tal como indica la Organización Mundial de la Salud: “estado de bienestar físico, mental y social”.

La existencia, siguiendo a Heidegger, pensar y entender al ser, requiere de la consideración singular de toda existencia. El texto psicopatológico de cada sujeto, los síntomas en los que se expresa su malestar, requiere revisar y entender las determinaciones múltiples

de su existencia: qué sociedad habita, que cultura, que clase social, qué lugar ocupa en el ingreso económico. Ya Karl Jasper a comienzos del siglo XX, en su valiosa obra Psicopatología General (1913), enunciaba que en el sufrimiento mental había que diferenciar dos modos, el de origen y causalidad biológica (demencias, psicosis tóxicas, retrasos mentales, lesiones, etc.) que llama “procesos patológicos”, cuya causa es evidenciable, como quería Claude Bernard, de aquellos sufrimientos ligados a la biografía de cada sujeto, las vicisitudes de su vida, los conflictos atravesados, los acontecimientos sufridos, los recursos psíquicos para enfrentarlos.

Por las razones enunciadas entendemos que el equipo interdisciplinario de Salud Mental, más allá que esté integrado por profesionales de diferentes disciplinas, no asume la tarea solo desde su saber disciplinario. No se trata de un médico psiquiatra que hace un diagnóstico psicopatológico, prescribe algún psicofármaco, confirma un diagnóstico diferencial de que se trata de un sufrimiento mental sin causas neurológicas o biológicas; un técnico o trabajador social que realiza un diagnóstico social; un psicólogo que encara una evaluación psicológica o asume un análisis o psicoterapia; un enfermero con entendimiento para el cuidado y seguimiento del paciente, etc. **Se trata de saberes disciplinarios, pero también de percepciones, intuiciones por experiencia, capacidad de**

intonía afectiva con el paciente, que se conjugan para la comprensión de la situación del sufriente.

Cada miembro del equipo problematiza los diferentes puntos de vista de cada disciplina, los roles posibles de cada uno, las prácticas definidas por la estrategia terapéutica. En este contexto el equipo establece en conjunto un diagnóstico de la situación del paciente, planifica un tratamiento posible, decide en qué tarea práctica va a intervenir cada miembro del equipo, no necesariamente ligada a su disciplina. **No se trata solamente de una articulación de las disciplinas de origen de cada miembro. Se trata de una integración de saberes para una estrategia y una práctica planificada.** Está claro que esta integración de saberes y experiencias, tiende a limitar el poder de cada disciplina en diagnosticar y tratar, a favor de construir un saber del equipo que define una estrategia de tratamiento coherente, del diagnóstico de situación del paciente que han acordado. El objetivo es que la práctica que realice cada miembro del equipo con el paciente sea a la vez el resultado de esta integración previa de saberes ya definida.

Lógicamente, la necesidad de esta atención por un equipo de salud mental es imprescindible en los casos de trastornos mentales severos (psicosis, depresiones mayores, adicciones, neurosis con síntomas graves, etc.), mientras que las neurosis comunes (conflictos actuales, depresiones, trastornos de ansiedad, etc.) pue-

den ser atendidas individualmente por los miembros del equipo. Esto tiene una razón: sabemos que es en las personas con trastornos severos quienes, con mucha frecuencia, el daño social o cultural es dominante en la vida del paciente: además de los síntomas psíquicos actúan el desamparo social, la pobreza, la falta o precariedad de vivienda, la ausencia de familia continente, la migración, y exige que la atención de su sufrimiento incluya recursos sociales, habitacionales, estrategias de inclusión social y laboral, etc.

En aquellos países que han avanzado con la reforma en salud mental (y está incluido en nuestra Ley de Salud Mental), los presupuestos de la atención no deben ser solamente del sector salud, sino que deben comprometer recursos de otras áreas del Estado (trabajo, vivienda, ingreso económico, subsidios, dispositivos de integración social, etc.). Sabemos que la carencia o insuficiencia de estos recursos han llevado a gran número de pacientes a la internación asilar y la cronificación. Sabemos también que los hospitales psiquiátricos públicos que alojan a estos pacientes son sostenidos por los presupuestos del sector salud cuando en la gran mayoría de los casos se trata de necesidades sociales. Resulta lógico que, frente a una política que privilegia un modelo de atención integral en los servicios del primer nivel y hospitales generales, se acepte que es el área social del Estado quien debe financiar los recursos ne-

cesarios para que la persona con sufrimiento psíquico pueda permanecer en la comunidad. **Solo la integración de equipos de salud mental para el cuidado y la atención de estas personas pueden garantizar los recursos necesarios para la recuperación e integración social de estas personas.** Así lo prescribe la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, y es necesario que quienes trabajamos en este campo nos comprometamos con el avance de su cumplimiento.

Emiliano Galende
Noviembre 2023





Alfredo Moffatt

A Alfredo Moffatt

*Ya no nos queman como en la época de la caza de brujas
ni nos torturan como en los años de la dictadura,
sólo nos desconocen¹*
Alfredo Moffatt

Durante los años de cursada en la Facultad de Psicología concurrí a congresos y jornadas que nutrieron mi formación como futura psicóloga, pero nunca había vivido una experiencia tan intensa como cuando participé en el III Encuentro de la Red Latinoamericana de Alternativas a la Psiquiatría en el Hospital José Tiburcio Borda. Allí encontré grandes personalidades del campo de la salud mental que sin duda marcaron un rumbo. Participé en una actividad que coordinaba Alfredo Moffatt² y lo que me impactó fue la diversidad de personas en ese taller. Había una participación horizontal en cuanto a la circulación de la palabra, escuché a personas con padecimiento mental por fuera de las prácticas universitarias como pares, es decir, sintiendo y valorando la capacidad del considerado “loco” como nunca antes lo había vivenciado. En ese encuentro conocí a importantes referentes del campo de la salud mental como Amarante, Castex y Rotelli. Pero quién más me conmovió por su llegada a la gente fue Alfredo. Me impactó su destreza actitudinal y conceptual, su

manera de comunicarse con las personas internadas. La forma de abordar los diferentes temas con un lenguaje accesible, claro y profundo. Cuando terminó la actividad grupal nos invitó a formar parte del grupo Cooperanza y el Bancadero.

Cooperanza tiene como antecedente histórico la Peña Carlos Gardel, creada a finales de los sesenta por Alfredo Moffatt y Pichón Riviere. En 1976, las actividades de la peña se vieron interrumpidas por la llegada de la dictadura cívico-militar. En 1985, con el retorno de la democracia, resurge la Peña Carlos Gardel con el nombre de Cooperanza, una organización fundada por Alfredo junto a miembros de la sociedad civil. Cooperanza genera y sostiene un trabajo en red con distintos actores sociales de la comunidad, en defensa de la salud pública y los derechos humanos, trabajando en dos planos: uno hacia el interior del hospital, construyendo un espacio de encuentro junto a los pacientes y los trabajadores; y otro realizando intervenciones extra hospitalarias, poniendo en cuestionamiento el imaginario social de la locura. Logra sus objetivos gracias a la realización de diversos talleres con una orientación artística y recreativa. Asimismo, la conmemoración de fechas significativas de la historia y eventos personales de cada paciente permiten la reconstrucción de su identidad como ser social e histórico. Estas herramientas estratégicas funcionan como un mediador para la

reconstrucción de los lazos sociales, ya que permiten el encuentro con otras personas. El espacio es abierto a la comunidad. La organización, además, propone un espacio de formación profesional a partir de la inclusión de diversas instituciones educativas, tanto del área de salud como de ciencias sociales, que favorece la réplica de la práctica.

El Bancadero, por su parte, es una Organización No Gubernamental conformada como Asociación Mutual de Asistencia Psicológica, orientada a la asistencia grupal e individual, de adolescentes, adultxs y tercera edad, además de la asistencia a familias y parejas. Nace en 1982 bajo la conducción de Alfredo Moffatt y con la colaboración de compañerxs que se fueron sumando en el transcurso de tantos años. Concebido inicialmente como Cooperativa de Ayuda Psicológica a fines de la dictadura militar, en una sociedad fragmentada y en tránsito hacia la democracia. En el Bancadero se trabajó fundamentalmente en y con grupos por la necesidad, de ese entonces, que tenía que ver con reunirse y compartir las angustias y sufrimientos, como así también los éxitos y alegrías.³ Cooperanza y el Bancadero fueron dos creaciones de Alfredo, entre otros trabajos comunitarios que llevó adelante.⁴

Sentí que necesitaba continuar lo que había vivido en ese encuentro, acepté esa invitación y me anoté para participar de las dos propuestas.

Recuerdo lo impactante de la primera vez que fui al Bancadero un sábado y de allí salimos todxs en una camioneta rumbo al Borda. Me senté en la parte de la caja, íbamos unos cuantos y en el medio había unas cajas con cosas, instrumentos y un elástico de cama de los viejos, de hierro. Yo pensaba *qué ciruja es Alfredo, cómo va a llevar esto al hospital...* no conocía a nadie de los que iban en la camioneta como para preguntar. Recuerdo también que se vivía un muy lindo clima. Tenía mi caja de cigarrillos Achalay, como nos había recomendado Alfredo, porque una de las cosas que suceden cuando entrás al manicomio es que todos te piden cigarrillos. Con esa caja me aseguraba llegar hasta el lugar que íbamos a armar el encuentro, un jardín al costado de uno de los pabellones. Recuerdo que le pregunté a Alfredo como íbamos a convocar a los internos, ¿qué debíamos hacer? y él me respondió, *no te preocupes, van a venir solo por el aroma.*⁵ Vi que bajaron el elástico y unos compañeros se pusieron a hacer fuego. Era todo tan raro... Mientras otro grupo colgábamos guirnaldas y pegábamos carteles en los árboles, el aroma a choripán inundó ese espacio y al rato nomás había un grupo muy numeroso de internos. Esa imagen me quedó grabada. Vi llegar hombres desdentados, muy maltrechos, algunos en cuero, con un olor muy especial a “manicomio”, la mirada perdida, los cuerpos entumecidos, temblorosos. Fue muy doloroso.

Alfredo nos había agrupado según interés artístico, lúdico, cultural y a mí me tocó el grupo de la música. Un hombre de barba que llevaba la guitarra me dijo *¿sabés tocar el bombo?* Le respondí que sí, me alcanzó un bombo leguero y me dijo *vení conmigo, vamos a hacer unas chacareras* ¡Fue un enorme placer tocar con ese hombre que tenía una energía maravillosa y cantaba tremendo! Luego me enteré de que se llamaba Raúl Carnota, un cantautor, guitarrista, compositor, autor de letras y percusionista argentino. Todxs cantaban y bailaban mientras se hacían los chorizos. Yo me sentí muy a gusto con toda la gente, pero una parte de mí sentía una tristeza muy profunda por las condiciones en las que se encontraban los hombres allí internados. Luego de repartir chorizos me senté a charlar con algunos de ellos. Cada uno tenía alguna particularidad que llamaba la atención. Había uno que tenía dos chapitas de gaseosa de lata con las que se tapaba los ojos, apretaba tanto para sostenerla que le habían quedado las marcas alrededor de los ojos. Le decían Chapita. Pasamos toda la tarde haciendo actividades, charlando, escuchando, caminando. Al finalizar, tratamos de despedirnos con alegría, pero se evidenciaba un clima desolador.

Debíamos cumplir con la regla impuesta por Alfredo: *si participás en Cooperanza luego pasas por el Bancadero. Nadie se va del Borda a su casa.* Yo pensaba que era una regla demasiado estricta pero luego me di cuenta

de porqué lo hacía. Es imposible irse del Borda después de pasar toda una tarde compartiendo momentos, sufrimientos, experiencias, y no estar angustiada, o por lo menos sensibilizada por lo vivido. Esa mateada grupal en el Bancadero después de Cooperanza era para cuidarnos y para darle continuidad a la experiencia. Mucha gente iba un sábado a participar y luego no volvía. Por eso entendí que si no contábamos con ese cierre, ese espacio de contención, escucha y análisis grupal, la experiencia tenía muchas probabilidades de abortar. Aprendí muchísimo en esos espacios grupales y realmente sentí que me daba herramientas para sostener mi participación los sábados en Cooperanza. También participé en menor medida en el Bancadero, ayudando a pintar puertas, organizar actividades, en entrevistas conjuntas con profesionales, etc. Era un espacio sostenido por personas de manera voluntaria. En ese momento yo aún era estudiante.

Reconozco que lo vivido con Alfredo es el germen de lo que luego fue el Centro Cultural Camino Abierto en Bariloche, pero ya en un contexto de libertad, sin manicomios.⁶

Alfredo Moffatt nos ha dejado marcas profundas con su enseñanza, con su generosidad. No tenía descanso, amplió su mirada más allá del manicomio, nos decía todo el tiempo *la salud mental no hay que trabajarla en los hospitales, hay que trabajarla en comunidad, con los*

pibes de la calle, con las changas, con los locos, con los pobres, con todo aquel que necesite un apoyo. Es así como recorrió la Argentina y también Brasil, luchando, ya no sólo por la reforma de la psiquiatría sino por un mundo más justo y humanitario: la salida es colectiva siempre; en este mundo injusto y desigual, ninguna persona se salva sola.

En el año 2007, ya viviendo en Bariloche, provincia de Río Negro, un día lo llamé y le dije: *Alfredo, ayudame, necesitamos trabajo en red en Bariloche, necesitamos más trabajo comunitario, hay mucha fragmentación. Me dijo, armá un encuentro que yo voy. Eso sí, ponete un nombre que seduzca así viene todo el mundo.* Le gustó la propuesta de armar un encuentro que se llame “Primeros Auxilios Psicológicos”. Fueron tres días inolvidables para Bariloche. Vinieron 400 personas, algo inesperado. El último día terminamos haciendo técnicas grupales de arteterapia. Dejó instalado un trabajo en red que continúa hasta el día de hoy. Pasaron los años y aún se sigue hablando de ese gran encuentro.

Alfredo podía hablar de temas muy filosóficos, existenciales y profundos con un gran sentido del humor. Nos dejó su experiencia, sus libros, su humanidad, su lunfardo, su *Choripidol*, su Terapia de Crisis, la Escuela de Psicología Social, su amor por el arte y la locura. Nos enseñó que todos podemos ser actores de la transformación social. Que si hablamos de salud mental hablamos de estar cerca de la gente, y que la cura es tener

un proyecto de vida. Nos abrazó con sus ideas, con sus prácticas y nos trazó el camino hacia la inclusión social.

¡Gracias Alfredo! Estás siempre presente en nosotros.

ELVIRA, Mirta. Doctora en Salud Mental Comunitaria por la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Psicóloga, docente e investigadora de la Universidad Nacional de Río Negro (UNRN). Integrante del Centro Cultural Camino Abierto (Bariloche, Río Negro, Argentina).

Contacto: melvira@urnr.edu.ar

Notas

1. Río Negro Online. (27 de agosto de 2007). MASIVO INTERÉS EN BARILOCHE EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS. *Río Negro Online*. Disponible en: <https://bitly.ws/ZnSW>
2. Alfredo Carlos Moffatt nació un 12 de enero de 1934 en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Fue psicólogo social, psicodramatista y arquitecto. Fundador de la Escuela de Psicología Argentina, uno de los discípulos de Enrique Pichon Riviere. Falleció el 2 de julio del 2023.
3. Información obtenida de <https://bitly.ws/ZnT6>
4. Incentivó la creación de otras propuestas como “Radio La Colifata” (1991), y frente al colapso neoliberal llevó

el modelo de “Las Ollitas” (2001) a las villas miseria de La Matanza. Se lo recuerda también por sus primeros pasos en la experiencia de la comunidad terapéutica realizada en el Hospital José Estévez (1968) de Lomas de Zamora (Buenos Aires, Argentina), bajo la dirección de Wilbur Ricardo Grimson, creando el “Club la Esperanza” donde las internas contaron con un espacio destinado al festejo popular, el baile, el canto, el teatro y un emprendimiento de pastelería como dispositivos de resocialización. Coordinó grupos de asistencia a sobrevivientes y familiares de la tragedia de Cromañón (2004), entre otras importantes iniciativas.

5. Alfredo le llamaba a esto la técnica del *Choripídol*, *el choripán criollo que cura*.

6. Para conocer más se sugiere consultar el siguiente artículo: Elvira, M. (2012). Participación en salud mental comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (2). Pp. 105-109. Disponible en: <https://bitly.ws/ZnTC>

