

margen N° 84 - marzo 2017

Medicalización, jóvenes y sufrimiento mental: tensiones y dilemas en los procesos de asistencia e intervención

Por Maria Claudia Belziti

Maria Claudia Belziti. Licenciada en Trabajo Social UBA (Universidad Nacional de Buenos Aires). Magister en Trabajo Social UNLP (Universidad Nacional La Plata). Doctoranda en Ciencias Sociales UBA. Directora de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Moreno, Argentina.

“La exigencia ética consiste en que entre lo que sentimos, lo que pensamos, lo que decimos, o teorizamos y lo que finalmente hacemos con el otro, debe responder a la coherencia de una relación con nuestro semejante a quien tratamos de ayudar con su sufrimiento mental”.

Husserl, E. (citado en Psicofármacos y Salud Mental, 2008)

Los procesos de subjetivación

En este trabajo me gustaría reflexionar acerca de la construcción de ciertas formas singulares de los procesos de subjetivación y sufrimiento mental en los contextos donde se desarrollan, para analizar las readecuaciones institucionales que, a mi entender, requiere la intervención en el escenario actual. Me interesa reflexionar sobre algunos conceptos como ciudadanía, identidad y sufrimiento mental, en diálogo con ciertos componentes transversales como el sistema de salud y la intervención del trabajo Social.

Sabemos, por lo general, realizar exhaustos diagnósticos sobre diferentes temáticas. En este trabajo quiero avanzar en el análisis del sufrimiento mental y su impacto en la construcción de subjetividades y reparar en las posibles explicaciones en el campo de la salud mental. Esto es, la preponderancia de ciertos paradigmas explicativos, en especial respecto a los jóvenes y sus rutas hacia el futuro, para así también re-pensar la formación profesional y la construcción de aportes de conocimiento desde la disciplina.

Haré hincapié en los marcos conceptuales que construyen los modelos de atención y en las definiciones de sujetos que dichos marcos contienen, para comprender la perspectiva de las instituciones y de la intervención del Trabajo Social, en contextos de pobreza. Tomo como referencia para el análisis las intervenciones públicas estatales, entendiéndolas como un componente relevante en la construcción de procesos de igualdad social.

Acerca del sujeto

El Sujeto de la Intervención se construye en dos planos de temporalidad:

1. Las biografías singulares de los sujetos y
2. El tiempo histórico en el que se desarrollan, que reúne condiciones familiares, culturales y sociales. Saraví y Oliveira *-1-* definirán este proceso a partir de la categorías de *trayectorias*.

Rose (2012) explica que en la actualidad se construye una nueva clase de ciudadanía, que implica una novedosa mirada sobre el sujeto y sobre las instituciones que dan respuestas a diferentes padecimientos. Se trata de una mirada a partir de la cual la medicalización es tomada muchas veces como “el punto de partida” *-2-* sin ofertar dispositivos de complementariedad en los tratamientos.

Con la idea de “sufrimiento mental” me refiero a los trastornos emergentes de un sujeto situado en un contexto específico, en el que las variables sociales, culturales y religiosas son determinantes para la producción y valoración de dichos malestares. Se evidencia que asistimos a desarrollos conceptuales en los que ciertas problemáticas van a ser definidas en términos médicos y donde la solución a las mismas por la vía de procesos de medicalización. ¿Qué incluyen estos procesos de medicalización? Incluyen, a mi entender, la emergencia de ciertos trastornos y acontecimientos que requieren un profundo trabajo de reflexión y que tienen que ver con las fragmentaciones que presentan hoy el sentido de la vida, y la caída de los espacios de socialización.

En este sentido planteo como tema de preocupación “los jóvenes y el sufrimiento mental”. Prestando atención a cómo las variables sociales y culturales construyen relaciones singulares, entre los jóvenes, con sus familias, con los otros, con las normas, con las instituciones del barrio, con la comunidad donde transcurre su cotidiano. Tomo como referencia para el análisis a los jóvenes de territorios relegados que se presentan en el sistema público de salud, presentando cortes en las manos o en otras partes del cuerpo, lastimaduras, marcas. Así como también los que llegan a partir de episodios de consumo problemático de sustancias. Al respecto Rose (2012) destaca que dichos síntomas y problemáticas emergentes del malestar han pasado a formar parte de la tarea médica en la cotidianidad de los servicios.

Resulta interesante entender que esos modos constituyen formas específicas de relación social. Implican relaciones con los otros, con el cuerpo, con el consumo cultural (Fernández, 2005). En el ejemplo antes mencionado, el joven con cortes en el cuerpo, despertaría, para las formas clásicas de intervención, un diagnóstico referido a “intento de suicidio”. Sin embargo, la clínica con adolescentes y jóvenes en los escenarios actuales debe tener en cuenta que muchas veces la intolerancia al dolor psíquico lleva a lastimarse el cuerpo como forma de atenuar la angustia: se prefiere el dolor físico.

Desde la psicología, la fragmentación es objetiva y subjetiva: para los jóvenes condicionados en el acceso a procesos de lectura, lo subjetivo se debe hacer objetivo, entonces es preferible sentir el dolor en el cuerpo antes que en la razón. Nos dicen con el cuerpo lo que les pasa. Es una forma de decir. La idea de “no futuro” sigue vigente y les angustia.

Los síntomas como la violencia, el alcoholismo, el consumo, sobre todos en cuadros agudos, suelen abordarse farmacológicamente desde los dispositivos de los servicios de emergencias del hospital público, sin complementar con otro tipo de soportes terapéuticos. En este sentido existen

nuevos procesos de subjetivación donde los procesos de atención dejan de lado los aspectos relacionales de la cotidianidad del sujeto.

Estableciendo relaciones posibles con la planificación de políticas sociales, cabe destacar que la Ley de Salud Mental, tiene como pretensión abrir a las diferentes disciplinas el abordaje del padecimiento mental **-3-**. *“El poder creciente de administrar nuestras vidas mentales farmacológicamente amenaza nuestra felicidad alienándola no sólo del mundo, sino también de los sentimientos, las pasiones y las cualidades de la mente y el carácter que nos permite vivir bien en este mundo” -4-*.

Volviendo al tema de jóvenes y sufrimiento mental **-5-** y vinculándolo con las categorías utilizadas por el autor, podríamos sostener que por lo general los jóvenes con sufrimiento mental, asistidos por la política sociosanitaria, se constituyen en grupos de muy difícil abordaje profesional, y en muchas ocasiones, esto se expresa en sus rutas hacia situaciones crónicas **-6-**.

Por lo general se desvinculan del sistema educativo a edades tempranas y transitan instituciones con baja calidad y bajo nivel de profesionalización **-7-**. Los jóvenes con padecimiento mental, además, suelen perder lazos con sus comunidades y, en muchos casos se vuelven dependientes de las instituciones, que les impiden a menudo la realización de su propia agencia, haciendo más difícil que estos jóvenes se puedan inscribir a la comunidad **-8-**.

Existen condiciones culturales que determinan en cada época formas singulares de expresión del malestar. Es todo un desafío para los equipos tratantes comprender qué está en juego en esos desesperados pedidos de ayuda que muchas veces se expresan también en aceptar que se necesita de un único tratamiento o que todo se resuelve con medicaciones.

En este sentido la producción del lazo social y de determinadas subjetividades construidas sin protección social generan problemáticas sociales emergentes. Kessler **-9-** da pistas para pensar que ciertas intersubjetividades en condiciones de inestabilidad y precariedad “producen y reproducen vínculos alrededor del consumo y la violencia”. Reflexiona sobre el espacio público en condiciones de pobreza persistente y en este sentido propone pensar el espacio como el encuentro entre lo macro y lo microsocioal, construyéndose ahí la desigualdad.

Del deseo y las necesidades

Está dicho que trabajamos con sujetos deseantes. Es muy importante la lectura que Delleuze hace del deseo, ya que lo corre de las lecturas psicoanalíticas. Ester Díaz (2003) nos ayuda a pensar en esta dirección, cuando explica que los sujetos se encuentran en un mundo y en un campo social conformado por *“las prácticas, los discursos, la economía, en fin, por las formas de vida y la fantasía de los adultos. No habría, pues, como pretende el psicoanálisis, una primacía de las relaciones parentales en la conformación de los sujetos. Estas relaciones se inscriben en una sociedad que las determinan.” -10-*

Entonces es posible entender que el deseo es una producción social, en términos de energía que se encuentra distribuida por los escenarios que conforman el territorio, “mediante un juego de represiones y permisiones” **-11-**. No se trata de determinaciones dadas ni naturales. El deseo se construye **en** los contextos singulares. Carballeda **-12-** señala como una clave para entender y diseñar políticas sociales.

En definitiva, el concepto de deseo nos permite pensar en relaciones sociales, ya que *“cada persona es un agente de enunciación de lo colectivo” -13-*. Dicho de otra manera, es importante en

la intervención en lo social tener en cuenta que en la producción de enunciados, de demandas, siempre hay representaciones de lo colectivo. De ahí la importancia que para el trabajo social reviste esta construcción, por lo general muy poco estudiada desde su perspectiva sociológica en la disciplina.

Acerca de las instituciones

Rose (2012) explica que el abordaje con medicamentos, aún resultando necesario, no sería suficiente, sin otros tipos de trabajo con el sujeto, que le permitan construir otros vínculos con el mundo real. Identifica la existencia de una **interacción entre narrativas del yo, biografía y sistemas de significados**. Esto me parece una centralidad en los procesos de comprensión para la intervención. La narrativa es lo que la persona dice y su forma de manifestarlo, y esta última se encuentra condicionada por el contexto histórico y cultural. Así, el dato no sería lo más importante, sino lo que el dato le representa. En la narrativa y en los significados hay una visión del mundo, una manera singular de explicarlo. Por lo tanto las narrativas no son neutras, ya que al tiempo que hacen posible contar “lo que está pasando” silencian otras posibilidades experimentales o vivenciales que quedarán sin relato.

Retomando el tema de los jóvenes y sus relaciones con las corporalidades y la observación de una consulta recurrente en las instituciones sanitarias, como es el caso de jóvenes y adolescentes con cortes en el cuerpo o con marcadas consecuencias del consumo problemático de sustancias, una cuestión central para analizar es cómo se manifiestan en cada momento histórico los padecimientos individuales y colectivos, ya que los cambios de época **-14-** desatan diferentes modalidades de intervención, de acuerdo a las formas de entender al sujeto y al fenómeno del sufrimiento mental.

Las formas típicas de abordar estas situaciones en instituciones totales por lo general tienen que ver con la idea de “intentos de suicidios” y la respuesta objetiva se centrará alrededor de procedimientos de medicalización. Estas tendencias tienen que ver con modalidades de intervención donde no se piensa a los sujetos de consulta en situación. Rose (2012) explica que en los escenarios actuales se ha dejado de lado la dimensión psicológica.

En los procesos biográficos es posible identificar una serie de factores desencadenantes que refieren a golpes en la superestructura de un individuo, que construyen acontecimientos desencadenantes. Algunos autores hablan de ruptura biográfica, Saraví (2009) hablará de caja de resonancia, donde un acontecimiento genera en el sujeto una disrupción. En estos casos, la situación de consumos problemáticos les permite ingresar a un sistema de compensación. Hay una búsqueda, búsqueda del placer y una recompensa allí donde seguramente se siente un fuerte dolor.

Desde esta perspectiva, “la distinguibilidad de las personas remite a una biografía incanjeable que se relata como biografía. Esta narrativa reconfigura una serie de actos y trayectorias personales del pasado para dotarles de sentido” **-15-**. Es en esta complejidad y campo de tensión entre los argumentos biomédicos y somáticos y las condiciones familiares y comunitarias e institucionales desde donde deben comprenderse y analizar los procesos salud-enfermedad.

Preponderancia de Paradigmas explicativos en las instituciones

Ulloa explica que teorizar refiere a dar cuenta de lo que se ve en una escena trágica. Esta idea se potencia cuando se trabaja con poblaciones construidas en situaciones de desventaja social.

Rose (2012) recupera la idea de Delleuze, por la cual las sociedades contemporáneas ya no se explican como sociedades disciplinarias sino que se hablan de sociedades de control. *“El control es contingente, integral en todas las prácticas de existencia” -16-*. Es procesual y dinámico. La política de las instituciones es tomar el control de los estados de ánimos, tratar las angustias que son síntomas de enfermedad, volverse uno mismo; estas son las esperanzas y las narrativas que motorizan relaciones entre laboratorios, recetas y las persona que consumen psicofármacos.

Las instituciones de salud que abordan el sufrimiento mental, predominan patrones donde prevalecen miradas biologists en torno a los sujetos. Aparece como novedoso la relación entre perspectivas biomédicas y genéticas como origen del trastorno mental. La medicalización, entonces, implica una práctica masiva de intervención sobre los cuerpos. Esa es la mirada de las instituciones hacia los sujetos que se presentan a la consulta.

Existe modos de etiquetamientos sobre conductas y diagnósticos sin situarse contextualmente, sin pensar ese sujeto en situación. Se identifica una suerte de relegamiento de lo biográfico, y lo que se ve en instituciones de salud de tipo totales, son procesos de fuerte fragmentación en las intervenciones y prácticas profesionales. Es recurrente que los pacientes sólo acudan a los servicios de salud mental a solicitar las recetas para los medicamentos. De igual manera es recurrente enunciar la necesidad del “trabajo interdisciplinario” -17-, siendo a menudo una cuestión declamativa. La misma suerte corre la categoría intersectorialidad, con serias dificultades de implementación.

Esta última es posible entenderla como la colaboración no jerárquica entre distintos sectores para la solución de problemas que tienen múltiples causas y sobre los cuales ningún sector gubernamental tiene control completo. Lo importante de este concepto es que hace posible permitir compartir recursos y experiencias propios de cada sector.

No se pretende presentar los procesos de medicalización como algo nuevo. Lo que sí se presenta como novedoso serían las definiciones de ideas biomédicas de los orígenes de los trastornos de salud mental. Aparece la idea de “lo molecular” -18-. Rose (2012) habla de un “yo neuroquímico” -19-, donde lo molecular y el cerebro adquiere una centralidad, es un órgano que, con procesos de medicalización, se lo puede modificar químicamente.

En esto se destaca el recorrido que atraviesa los padecimientos mentales. Así *“se ha desplazado la mirada del saber psiquiátrico sobre problemas de la infancia, la responsabilidad de los padres y el atravesamiento del complejo de Edipo, hacia los neurotransmisores, los receptores y el recorrido de la información química en el cerebro” -20-*.

Desde los autores argentinos para analizar las instituciones públicas, Galende (2008) expresa que se asiste a una vuelta al positivismo médico del siglo XIX, caracterizado por los procesos de reduccionismo biológico. Para el autor el contexto actual caracterizado por producciones neurocientíficas ha desplazado los procesos de subjetivación. Sin embargo *no lo ubica como elementos opuestos, sino en un escenario de tensiones. En este sentido “el estudio molecular del cerebro invade distintos aspectos de la vida cotidiana en la que se encuentra la relación del sujeto con la felicidad, su sufrimiento, su enfermedad y su muerte” -21-*.

Lo importante es, pues, dejar de lado explicaciones reduccionistas, sino ampliar la mirada de los elementos que deben estar contemplados en todo ejercicio comprensivo-explicativo. *“El desafío es aceptar esta pluralidad de discursos, su imposible totalización por cualquier disciplina, lo cual plantea el problema ético de aceptar que la verdad no se revela de una vez y a un solo hombre, la verdad se produce, se la busca, de múltiples formas, a través de diversos modos del pensar” -22-*

Es decir que los fenómenos de orden biológico se interrelacionan con la experiencia humana, como por ejemplo el lenguaje, como otro tipo de conciencia donde juega la construcción social.

Las prácticas institucionales muestran el intercambio y la interrelación de argumentos en el proceso de construcción del padecimiento del sujeto, conjugando perspectivas psíquicas, culturales, biológicas, neurológicas, etc.

El Trabajo Social y la intervención

El Dr. Galende (2008) considera que la salud mental no constituye rigurosamente una disciplina, ya que su objeto en sí mismo es complejo e incluye dimensiones biológicas, sociológicas, antropológicas, culturales y psicológicas. Implica una ruptura epistemológica, ya que no consiste en la suma de prácticas y disciplinas. La producción de este nuevo objeto científico ya está en marcha, el sujeto enfermo no es un objeto, no puede ser observado, descrito o contemplado de un modo objetivo porque su comportamiento, su modo de pensar, la construcción de significados en sus alucinaciones, sus malestares, hacen a una experiencia singular en las que están presentes todas las dimensiones de su ser histórico social.

En las instituciones hospitalarias a menudo los diagnósticos no se piensan en situación. Esto significa que no pueden pensarse sin las condiciones biográficas, culturales y parte de su escenario social cotidiano y se *“expresa siempre en una estructura que pertenece a la cultura” -23-*. Como fue presentado en este trabajo, las tendencias en la actualidad que marcan matrices biológicas de los sujetos en los orígenes del trastorno mental, presentan a los trastornos de depresión o ansiedad como otra enfermedad.

En definitiva, ¿qué significa pensar al sujeto-al joven con padecimiento mental que llega a una guardia hospitalaria con signos de “autoagresión”-en situación? ¿Qué aspectos de la atención debieran ser modificados para lograr tener en cuenta los condicionantes del contexto? ¿Qué formas de escucha debieran implementarse para recuperar su narrativa? ¿Qué debemos modificar de nuestras intervenciones para comprender más profundamente el devenir de los acontecimientos, develar formas de expresión de las rupturas biográficas y verlas como modos de hacer visible el dolor?

¿Están las instituciones y sus equipos preparados para prácticas adecuadas que permitan nuevas inscripciones en los sujetos a partir de reconocerlos deseantes, doloridos? Los dispositivos clásicos de intervención se centran en el consultorio y la entrevista, que si bien son de suma importancia, no resultan suficiente para la reinscripción de sujetos.

Entender lo comunitario, implica una búsqueda de nuevas formas de contar. Que se garanticen espacios de tensión entre lo terapéutico, la sociabilidad, la creatividad y la sensibilidad. Que el sujeto produzca experiencia, esto es, pensar en prácticas de deconstrucción de los jóvenes desde las perspectivas fatalistas, en la recuperación del lazo social. Los equipos en las instituciones hospitalarias no están preparados para observar la recuperación del lazo social.

Resulta útil el concepto de interfaz que Roberts (2001) *-24-* señala para explicar cómo las instituciones públicas estatales y las organizaciones sociales y de la comunidad acuerdan la implementación de una política. Destaca que se ponen en marcha mecanismos de cooperación y confrontación de la política social diseñada a partir de la negociación de los intereses sociales y culturales de los actores sociales involucrados.

El Trabajo Social debe hacer visible y recuperar aspectos a menudo olvidados para incorporarlos

en el escenario de intervención como un elemento más, incorporando nuevas tensiones, entendiendo que el sufrimiento mental se construye en nuevos contextos. Si queremos visibilizar otras perspectivas, intervenciones indirectas y transversales, esto se constituye en un campo muy complejo, porque conviven componentes individuales y colectivos.

Los equipos de salud mental deben entender que la intervención tiene que ver con el horizonte de la integración, por lo tanto tiene que contemplar la socialidad, y otras formas de intercambio y solidaridad. Las intervenciones transversales implican acciones que no corresponden a los objetivos específicos de organismos existentes, como trabajar con el cuerpo y la expresión.

Esto resulta de relevante importancia para el diseño de las políticas sociales, si tenemos en cuenta que constituyen un instrumento para construir futuro. Y en esto incluimos el plano nacional, provincial y municipal, lo que lleva a repensar prácticas regulares de implementación. En los territorios, el sistema comunitario de atención debe readecuarse, siendo esto una necesidad clínica y una respuesta ética en sentido de que los sujetos puedan recibir tratamientos continuos.

¿Qué podemos tener en cuenta? Pensar que una persona internada tiene un alto costo para el sistema de salud, entonces es deseable impulsar procesos de enunciación e implementación que implique pensar el sistema como un proceso que dirija el sufrimiento mental: de la cama al servicio, del hospital a la comunidad, de la atención a corto plazo a una de largo plazo, pensando en una genuina rehabilitación.

En síntesis, pienso que una propuesta de un solo efector, sea el puramente biológico, sea puramente psicológico, no se sostiene. Es deseable que una política pública pueda legitimarse en un modelo de atención con una organización de servicios desplegados en un territorio, por niveles de complejidad. Seguramente con estas configuraciones y con el juego de estas tensiones es posible la producción del aumento de los procesos de accesibilidad y de la calidad de las respuestas.

Entender el diseño de políticas sociales en salud mental implica tener muy presente cuatro ejes potentes que garanticen resultados favorables: la interdisciplina, la intersectorialidad, el reconocimiento de los límites del saber y el reconocimiento de otras políticas que permitan incluir los padecimientos mentales. En definitiva, el diseño de dispositivos de intervención en el marco de las tensiones de los elementos que hemos señalado deben pensarse en las realidades locales para seguir pensando en el mejoramiento de la calidad de vida de los jóvenes con padecimiento mental en la sociedad argentina.

Notas

-1- Saraví, G: La matriz de pensamiento “transición-curso de vida”, invita a reflexionar sobre los períodos de cambios críticos en la vida de los sujetos, “no sólo por las angustias, incertidumbres depositadas en ellas, sino por el carácter condicionante que puede tener sobre el futuro de las trayectorias vitales”

-2- Rose, N: “Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI”. Unipe Bs As 2012

-3- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (para la República Argentina).

-4- Kass, citado en “El sufrimiento mental”. Galende y Kraut. Lugar editorial. Buenos Aires, pág. 205. Año 2006

-5- Se entiende por sufrimiento mental a los trastornos emergentes de un sujeto donde las variables sociales, culturales y religiosas son determinantes en la producción y valoración de dichos malestares

-6- Cronicidad en este campo involucra un progresivo deterioro subjetivo de la persona que condicionará su vida. Artículo de Rosa Amendolaro en Revista Salud Mental y Comunidad Universidad Nacional de Lanús. 2013

-7- Belziti, C y equipo: “Factores que inciden en la eficacia de las políticas sociales para afrontar las situaciones de pobreza persistente”. Proyecto de investigación Universidad Nacional de Moreno (Argentina). 2013-2014

-8- Kessler G y otros: ”Individuación, precariedad, inseguridad” pg11. Paidós Bs As 2013

-9- Kessler, G: “Sociología del delito Amateur”. Paidós. Buenos Aires, 2004

-10- Díaz, E: “La filosofía de Michel Foucault” .Ed. Biblos. Buenos Aires. 2003

-11- Id

-12- Carballeda, A: Seminario de posgrado “Epistemología de la Intervención social”, dictado en la Universidad Nacional de Moreno (Argentina), febrero 2016

-13- Foucault, M: “El yo minimalista”. La marca editora. Buenos Aires .2009

-14- Existen condiciones culturales que determinan en cada época los lenguajes privilegiados en la manifestación del malestar

-15- Carballeda, A: Seminario de posgrado “Epistemología de la intervención en lo social” Universidad Nacional de Moreno”. Febrero 2016

-16- Rose, N: Id, pg. 434

-17- Se entiende por interdisciplina a la integración de teorías y métodos para la colaboración entre distintas disciplinas para describir, explicar o intervenir sobre cuestiones que se definen a partir de múltiples dimensiones.

-18- Rose, N: “Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI”. Unipe Buenos Aires, 2012

-19- Rose, N: Id

-20- Mantilla, J: “Psicoanálisis y neurociencias. Contornos de un debate vigente en la cultura psi argentina”. Revista Astrolabio. 2014

-21- Galende, E . Psicofármacos y salud mental. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2008

-22- Galende, E. Id. pg 91

-23- Galende, E. Id. pg 95.

-24- Roberts, B: “Las nuevas políticas sociales en América Latina y el Desarrollo de ciudadanía”. Documento elaborado para el taller Agencia, conocimiento y Poder: nuevas direcciones, 2001

Bibliografía

Belziti, Claudia y equipo: “Factores que inciden en la eficacia de las políticas sociales para situaciones de pobreza persistente” Investigación Universidad Nacional de Moreno, Argentina. Año 2013.

Díaz, Esther: “La filosofía de Michel Foucault”. Editorial Biblos. Buenos Aires, 2003

Foucault, Michel: “El yo minimalista”. La marca editora. Buenos Aires, 2009

Galende, Emiliano: “Psicofármacos y Salud Mental”. Lugar editorial. Buenos Aires, 2008

Galende, Emiliano y Kraut, Alfredo: “El sufrimiento mental”. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2006

Kessler, Gabriel: “Sociología del delito amateur”. Paidós. Bs As 2004

Kessler, Gabriel; Merklen, Denis (2013): “Individuación, precariedad, inseguridad”. Paidós. Buenos Aires, 2013

Mantilla, María Jimena: “Psicoanálisis y neurociencias. Contornos de un debate vigente en la cultura psi argentina”. Revista Astrolabio. Universidad Nacional de Córdoba y Conicet (Argentina), 2014

Roberts, Bryan: “Las nuevas políticas sociales en América latina y el desarrollo de ciudadanía. Una perspectiva de interfaz”. Documento elaborado para el Taller Agencia, Conocimiento y poder: nuevas direcciones. Wageningen, 2001

Rose, Nikolas: “Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI”. Unipe (Universidad Pedagógica). Buenos Aires, 2012

Saraví, Gonzalo: “Transiciones vulnerables: juventud, desigualdad y exclusión en México”. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social”. México, 2009