

*Ponencia presentada en el XII Congreso Argentino de Salud Mental y V Congreso Regional de la World Federation for Mental Health*

### **Crianza y revinculación. Modalidades y aspectos clínicos.**

Por Darío Sangineto<sup>1</sup>, Ruth Kazez<sup>2</sup>, Marcela Allende<sup>3</sup>, Claudia Furmanski<sup>4</sup>,

Verónica García Ariceta<sup>5</sup>, Irina Szkolnik<sup>6</sup>, Silvia Pujol<sup>7</sup>

Los nuevos paradigmas en Salud Mental se sustentan en un andamiaje jurídico que a pesar del tiempo transcurrido, aún divide posiciones y opiniones en los más diversos campos. Estos modelos han traído múltiples consecuencias en los aspectos institucionales y no dejan de interpelar la clínica interdisciplinaria cuando, más allá de las posturas teóricas, se debe implementar una práctica concreta en el marco de un dispositivo específico. Estas prácticas concretas requieren de la gestión institucional articulada al conocimiento de la clínica psiquiátrica y psicopatológica en un contexto interdisciplinario.

---

<sup>1</sup> Médico especialista en Psiquiatría Infanto Juvenil. Coordinador de la RPMI “Pedro Goyena” dependiente de la Dirección General de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires- [dario.sangineto@gmail.com](mailto:dario.sangineto@gmail.com)

<sup>2</sup> Dra. en Psicología. Psicoanalista. Supervisora del equipo profesional interdisciplinario de la RPMI “Pedro Goyena”- [rkazez@yahoo.com.ar](mailto:rkazez@yahoo.com.ar)

<sup>3</sup> Lic. en Psicología. Psicoanalista. Integrante del equipo profesional interdisciplinario de la RPMI “Pedro Goyena” - [marcelallende@hotmail.com](mailto:marcelallende@hotmail.com)

<sup>4</sup> Lic. en Enfermería. Integrante del equipo profesional interdisciplinario de la RPMI “Pedro Goyena”- [claufurman@gmail.com](mailto:claufurman@gmail.com)

<sup>5</sup> Lic. en Terapia Ocupacional. Integrante del equipo profesional interdisciplinario de la RPMI “Pedro Goyena” - [vegaric@hotmail.com](mailto:vegaric@hotmail.com)

<sup>6</sup> Lic. en Psicología. Integrante del equipo profesional interdisciplinario de la RPMI “Pedro Goyena”- [lic.irinaszkolnik@gmail.com](mailto:lic.irinaszkolnik@gmail.com)

<sup>7</sup> Médica especialista en Psiquiatría. Psicoanalista. Directora General de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires - [sbpujol@yahoo.com.ar](mailto:sbpujol@yahoo.com.ar)

Confrontados a la situación vincular compleja que incluye a niños que provienen de hogares infantiles y a sus madres, mujeres con padecimientos mentales severos que luego de su estabilización fueron externadas y que desean revincularse con sus hijos, rehabilitarse y reinsertarse en la comunidad, surge la creación de un dispositivo novedoso que intenta dar respuesta a esta necesidad. La Residencia Protegida Materno Infantil (RPMI) “Pedro Goyena” es pionera en la elaboración de la propuesta, que nos proponemos compartir con ustedes en el día de hoy.

La RPMI “Pedro Goyena” está destinada a mujeres mayores de 18 años de edad, que presentan padecimientos de salud mental severos y se encuentran estabilizadas psiquiátricamente, realizando sus tratamientos individuales en forma ambulatoria. Al momento del ingreso atraviesan situaciones de vulnerabilidad socioeconómica y la ausencia de un grupo continente familiar primario, ampliado o de pertenencia, careciendo de cobertura habitacional. Asimismo, se encuentran en proceso de revinculación con sus hijos pequeños, niñas y niños en etapa de primera infancia, de quienes se han visto separadas transitoriamente como consecuencia de la descompensación de su cuadro de base y que al retomar la función materna necesitan un período de sostén y acompañamiento a fin de afianzar el vínculo madre-hijo, desarrollar condiciones de autonomía personal y adquirir el mayor autovalimiento posible en el cuidado y la crianza de las niñas y los niños.

Un dispositivo terapéutico-habitacional con estas características se hace necesario como instancia intermedia en ese proceso que media entre la dependencia que implica la descompensación y la internación psiquiátricas y la autonomía plena que, tras una adecuada rehabilitación, supone la independencia personal, la reinserción socio-comunitaria y el ejercicio responsable de la maternidad.

### **Madres e hijos**

Conocemos la importancia de los intercambios afectivos materno-filiales para la constitución subjetiva del niño, desde el inicio de la vida (Spitz, 1969). Bion (1962) habla de las experiencias protoemocionales del niño, que evacúa dentro de la madre para que ella las metabolice y las devuelva amorosamente, de modo tolerable para el niño. A esta función

la denomina rêverie. Winnicott (1966) por su parte, elabora gran parte de su obra teniendo en cuenta la importancia del contexto familiar en el desarrollo infantil.

Del lado de la madre, la maternidad constituye un derecho en nuestra sociedad, y una experiencia subjetiva fundante. Entendemos también, como desarrollaremos más adelante, que no existe una única manera de entender la maternidad, sino que el “ser madre” puede ser pensado como una construcción propia y vincular, en el despliegue de la relación con el hijo.

Maternidad y trastorno mental severo son términos que *a priori* podrían resultar inconciliables. Dichos trastornos, de no ser tratados, implican alteraciones duraderas a nivel del pensamiento, la percepción, la memoria, la afectividad y la conducta, que afectan al individuo en relación consigo mismo y su entorno. Sanchez del Hoyo y Sanz Rodriguez (2004) realizan una revisión bibliográfica acerca de esta cuestión particular. Señalan que de los diversos estudios revisados se desprende que la existencia de trastornos mentales graves en los padres implica un riesgo mayor de patología mental en el desarrollo de los hijos que en la población infantil general.

Aunque no lo desarrollaremos en esta oportunidad, nos interesa señalar que para el desarrollo del niño existen dos funciones organizadoras básicas, que encarnan los adultos significativos: función de amparo y sostén, y función simbólica de regulación e interdicción (Rojas, 2007). Cabe destacar que estas funciones deben darse de manera articulada, y resultan fundamentales para la constitución subjetiva del niño.

Winnicott (1966) subraya la importancia de la estabilidad y continuidad del medio tanto en aspectos físicos como emocionales para el desarrollo del niño, y las consecuencias graves que le ocasiona el funcionamiento caótico de la mente de la madre. Sostiene que hasta los niños más pequeños pueden aprender a detectar el estado de ánimo de sus padres, y prepararse para sus cambios. Lo que resulta traumático para ellos es la imposibilidad de predecir cuál será su reacción. Es decir que lo traumático es la ausencia de anticipación, de previsibilidad, que lo deja inundado de angustia frente a lo impensado.

Señala también que siempre se tiene presente la etapa del desarrollo del niño para considerar las potenciales consecuencias de los factores traumáticos: puede ser totalmente dependiente, estar fusionado con la madre, o bien ser moderadamente dependiente y avanzar en forma gradual hacia la independencia, o también puede ocurrir que ya haya alcanzado cierto grado de independencia. En relación con estas etapas, Winnicott establece una suerte de distinción en cuatro clases que lo lleva a considerar distintas conductas respecto de los niños: a) padres muy enfermos: en este caso otras personas se hacen cargo de los niños, b) padres menos enfermos: en algunos períodos otras personas se hacen cargo de los niños, c) padres bastante sanos como para proteger a sus hijos de su propia enfermedad y solicitar ayuda, d) padres cuya enfermedad incluye al niño, de modo que nada puede hacerse por este último sin violar los derechos que un progenitor tiene sobre su propio hijo. Citamos textualmente a este eminente pediatra y psicoanalista inglés: *“Por mi parte, nunca sugiero que las autoridades intervengan para apartar a los hijos de los padres, salvo que una actitud cruel o de tremendo descuido despierte la conciencia moral de la sociedad. No obstante, sé que en muchos casos se ha tomado la decisión de separar a los niños de padres psicóticos. Cada caso requiere un cuidadoso examen o, en otras palabras, un trabajo de caso sumamente hábil”*.

### **Una breve revisión**

En la búsqueda de referencias de experiencias previas en la materia que nos ocupa hoy, no hemos encontrado ninguna equivalente, que conjugue crianza comunitaria y vínculo primario con madres con patología psiquiátrica.

De la revisión realizada, en relación al tema de vínculo primario con madres con patología psiquiátrica, existe nutrida bibliografía. Mencionaremos autores como Winnicott, Anthony, Rutter, Bourdier y Lebovici, entre otros (Sanchez del Hoyo, Sanz Rodriguez, 2004). Respecto de la crianza comunitaria, rescatamos tres conjuntos de textos que provienen de diversos campos fundamentalmente antropológico y sociopsicológico, que comentaremos brevemente.

En primer lugar, dentro del campo antropológico, hemos consultado textos que describen la crianza de bebés y niñas y niños en las comunidades Qom y Mbyá de la Argentina. Luego, la crianza de bebés y niñas y niños en comunidades agrícolas de Israel llamadas Kibutz, en los años '50 y '60. Finalmente, trabajos sobre familias “matrifocales” del Caribe Inglés, en donde los bebés y las niñas y los niños son criados en contextos matriarcales, en donde los varones se mantienen al margen de las relaciones internas del grupo de mujeres, que se ocupan de la crianza.

Un estudio reciente de García Palacios, Hecht y Enriz (2015) estudia desde el punto de vista etnográfico la crianza y la niñez en las comunidades indígenas Qom y Mbyá. Estas investigaciones señalan que existe un estilo particular de cuidado por parte de la comunidad que no equivale a encierro, sujeción o aislamiento, sino que está dado por un sostén sólido que les da seguridad y libertad de movimientos. Las autoras señalan que la autonomía para circular forma parte de la pedagogía nativa, que habilita a las niñas y los niños a caminar por los diversos espacios y “verlo todo”. También ponen en evidencia la importancia de las prácticas lúdicas infantiles que contribuyen a consolidar el grupo de pares y resultan de apoyo para consolidar experiencias formativas.

Rabin (1957) investiga un modo particular de crianza comunitaria de niñas y niños en la estructura que proponía en los años '50 el Kibutz en donde la estructura social, familiar y los vínculos intrafamiliares diferían notablemente de la sociedad occidental. El texto hace referencia a una comunidad autosustentable y casi aislada de la cultura urbana en donde las niñas y los niños eran separados de sus madres desde el momento del nacimiento para integrarse y ser atendidos como miembros de una comunidad y no como hijos de una familia. Nos interesa mencionar un modo particular de circulación de las funciones, dado por la organización y las influencias interpersonales tempranas que contribuyen al desarrollo del niño. Como ejemplo señalaremos que cuando el niño regresaba del hospital con su madre, unos días después del nacimiento, era ubicado en un dormitorio especial destinado a los bebés y era cuidado por una enfermera infantil que se ocupaba de sus necesidades físicas. Los niños dormían en su propia casa, en compañía de sus compañeros y, por lo general, compartían su dormitorio con uno o más de ellos. Por ende, la

socialización se daba desde un inicio, y en su infancia había dos figuras importantes: la madre biológica y la enfermera infantil. El autor (Rabin, 1958) denomina estas condiciones de crianza “condiciones de falta de continuidad o intermitencia en el vínculo del niño con su madre” y señala, a partir de sus investigaciones, que, llegado el período de latencia, la madurez de los niños criados en este contexto se equipara con la de aquellos que crecen bajo la estructura de la familia nuclear. Estas investigaciones nos permiten reflexionar acerca del desarrollo de las niñas y los niños en contextos comunitarios y no en familias nucleares, en donde las funciones parentales se encuentran encarnadas en distintos actores (madre, padre, enfermeras).

En otro campo de estudio, se han encontrado textos que hacen referencia a un tipo particular de familia que se da en el Caribe Inglés, la familia “matrifocal” (Smith, 1956), que se define como aquella en que la madre actúa como centro de las relaciones, es la líder del hogar. Esta familia no se ajusta a las características de la familia nuclear, sino que se trata de hogares centrados en madres, abuelas y tías abuelas que comparten la crianza de los hijos, como reflejo de las creencias culturales que atraviesan las distintas clases sociales. El varón puede no ser estable y de estar presente, se mantiene al margen de las relaciones internas del grupo, pues esta poco asociado al resto de miembros. El trabajo de Smith, desarrollado en Guyana, es un trabajo pionero en la temática de la matrifocalidad, estudiada desde el punto de vista antropológico.

De lo previamente desarrollado se desprende que la experiencia de la RPMI presenta un alto grado de originalidad, dado que las situaciones relevadas hablan de contextos en donde las madres deciden -ya sea debido a cuestiones culturales o ideológicas-, adherirse a un contexto de crianza comunitaria. En la situación que nos interesa presentar y describir en esta oportunidad, es el Estado quien toma a su cargo la decisión de preservar el vínculo temprano madre-hijo, y contribuir a que estas madres –con diagnóstico de psicosis, en su mayoría- construyan en ellas la capacidad de “ser madres”.

El material que presentaremos tendría entonces, por un lado, un valor descriptivo, testimonial de la experiencia. Por otro, contiene la reflexión acerca de la tarea que se realiza en la RPMI, a través del andamiaje terapéutico propuesto, una suerte de artificio de crianza

comunitaria, con el objetivo de producir efectos saludables, subjetivantes, en las madres, sus hijas e hijos y los grupos familiares.

### **El dispositivo**

El dispositivo conjuga la creación y la gestión de elementos novedosos a fin de dar respuesta a la necesidad de niñas y niños de vincularse con sus madres, y de sus madres con trastornos mentales severos para rehabilitarse, reinsertarse en la comunidad y construir un vínculo con sus hijas e hijos.

La primera condición para pensar en la posibilidad de un proceso de rehabilitación es la estabilidad psiquiátrica de la persona que padece un trastorno mental severo. El trastorno mental severo comprende aquellas patologías psiquiátricas graves y crónicas que cursan con una afectación importante de las distintas áreas necesarias para el funcionamiento y el desarrollo de la persona y cuya alteración o déficit puede resultar en una condición discapacitante.

Las consecuencias de las patologías graves en el funcionamiento global de la persona afectada se evidencian en el autocuidado, como por ejemplo, falta de higiene; en la autonomía, como por ejemplo, problemas en el manejo de dinero; en el autocontrol como por ejemplo, falta de regulación del estrés; en las relaciones interpersonales, en el ocio y el tiempo libre, como por ejemplo, falta de motivación y en el funcionamiento cognitivo.

La estabilidad necesaria se basa principalmente en un diagnóstico correcto y en una estrategia terapéutica que apunte a la remisión más completa de la sintomatología, y que tiene al plan psicofarmacológico como su eje principal. Ninguna persona con esquizofrenia o con un cuadro bipolar que no cuente con un abordaje farmacológico efectivo se hallará en condiciones mínimas de afrontar un proceso de rehabilitación y de reinserción social. La desinstitutionalización es un enunciado sin consistencia y sin posibilidad de ser llevado a cabo toda vez que la evaluación psicopatológica y los tratamientos correspondientes estén ausentes, dado que la prevención de recaídas y estados agudos permite la continuidad del trabajo de rehabilitación. Es decir que la clínica es uno de los puntales en que se sustenta cualquier intento de rehabilitación y reinserción.

Pero la clínica interdisciplinaria, con la psicopatología como principal directriz, requiere de un encuadre institucional que permita desarrollar las estrategias necesarias para que esa persona pueda sostener un proceso que mejore las áreas afectadas y le brinde la posibilidad del máximo desarrollo personal, con una buena calidad de vida y acceso efectivo a sus derechos.

Este marco en el cual se sustentan estos dispositivos intermedios terapéutico-habitacionales está dado por la Salud Pública. El Estado es señalado como instancia de aplicación de las políticas establecidas por las leyes y tiene como responsabilidad la creación de redes y dispositivos de salud mental. Entre estos figuran los Dispositivos Habitacionales Terapéuticos, las Casas de Medio Camino y las Residencias Asistidas.

Es aquí donde los enunciados y las buenas intenciones deben traducirse en gestión y acción concretas, y esto necesita indefectiblemente de dirección, organización, estructura, presupuesto, recursos humanos, inmuebles, administración.

La Dirección General de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es la dependencia del Ministerio de Salud que brinda estos aspectos y que hace posible que los equipos profesionales y técnicos puedan llevar adelante esta tarea. No hay postulados posibles sin clínica interdisciplinaria. Y no hay clínica interdisciplinaria sin gestión institucional.

En el caso particular de nuestro dispositivo, el desafío resulta aún más complejo, porque además de las estrategias para la rehabilitación psicosocial se incluye la revinculación de madres e hijos, entendida como parte de la rehabilitación, que requiere de un espacio de acompañamiento y de un sistema de apoyo a las mujeres para su reinserción socio comunitaria luego de la internación. Estas intervenciones interdisciplinarias, tal como han desarrollado nuestras colegas en su conferencia “Sobre maternidades y crianzas. Perspectivas de género y derechos” (Allende, García Ariceta y Szkolnik, 2018), se hacen necesarias para la constitución de una maternidad singular y saludable, y permiten garantizar el acceso a los derechos de las niñas, los niños y sus madres. La RPMI, creada y sostenida por el Estado, resulta entonces una institución de Salud Pública que posibilita el

apoyo en la garantía de los derechos a la vivienda, al desarrollo de la vida en ambiente familiar y al soporte de rehabilitación psicosocial, prevaleciendo los abordajes orientados a los procesos de revinculación.

Pensar en revinculación no es simplemente sostener la convivencia de la madre con sus hijos y esperar que el vínculo se construya espontáneamente. Son mujeres con cuadros psiquiátricos severos, con déficit y/o alteraciones en diversas áreas y que por sí mismas presentan importantes dificultades como las mencionadas anteriormente. La revinculación requiere de estrategias y reevaluaciones permanentes a fin de determinar en carácter prioritario si el proceso resulta en beneficio del desarrollo emocional de los niños. Y para ello, debe tenerse en cuenta los siguientes aspectos de la relación madre-hijo: contacto, afectividad, sostén y cuidado, comunicación funcional, vínculo y apego, tolerancia a la frustración, regulación del estrés, hábitos de crianza, organización de la vida cotidiana.

El proceso de revinculación requiere de intervenciones específicas e incluye también otras inespecíficas, todas modalidades intra-institucionales. En el primer caso podemos nombrar el Taller de Madres y en el segundo el acompañamiento de las operadoras para algunos hábitos en que pueden presentarse dificultades, como la higiene.

El trabajo hacia dentro del dispositivo comprende también todas las acciones directas e indirectas que apuntan a la rehabilitación psicosocial de cada una de las usuarias. El equipo profesional, según cada disciplina, establece en forma personalizada los abordajes que considera para cada caso y para cada área.

Las tareas extra-institucionales se relacionan con el marco administrativo, jurídico y sanitario que sostiene y garantiza el proceso de reinserción socio-comunitaria de cada grupo familiar, posibilitando la continuidad de los tratamientos ambulatorios, los controles de salud y la articulación con los distintos efectores y organismos que intervienen, articulación imprescindible para brindar coherencia al conjunto de criterios y acciones.

### **De la “maternidad” a “ser madre”**

Dos conceptos pueden resultarnos de utilidad para reflexionar acerca del recorrido que hacen las usuarias que ingresan a la RPMI, en relación a sí mismas, al vínculo con sus hijos, con las otras usuarias, con el equipo de operadoras y el equipo profesional.

Uno de los objetivos de la institución es que las usuarias logren construir en ellas mismas la posibilidad de pensarse como madres y, dentro de sus posibilidades, ejercer su función. Para ello, el dispositivo presenta diversas alternativas que contribuyen a lograr una reflexión subjetivante acerca de sí mismas, establecer lazos con las otras usuarias, y así potenciar su capacidad de “ser madres”.

La literatura acerca de la maternidad distingue dos conceptos: “*motherhood*” y “*mothering*” (Arendell, 1999), que entendimos como “maternidad” y “ser madre”. El primero alude a una visión unívoca de la maternidad, la madre nutricia y cuidadora, mientras que el segundo es un concepto que alude a la diversidad y las distintas alternativas subjetivas de ser madre. A lo cual, desde nuestra experiencia en la RPMI, agregamos la experiencia subjetivante de la maternidad. Es decir que el hecho de atravesar reflexivamente por la experiencia contribuye a un logro de mayor grado de subjetivación en el aspecto individual de cada una de las usuarias. La maternidad comunitaria y sostenida por un contexto empático y saludable, como factor productor de salud en las madres.

### **En construcción**

Alejados de una mirada única de lo que implica la maternidad, el Equipo Profesional se pregunta cómo favorecer el “ser madre”, el desarrollo de las funciones de amparo y sostén, y simbólica de regulación e interdicción, en mujeres con un padecimiento psicopatológico en el cual su propia subjetividad se encuentra en construcción. La práctica colectiva viene a brindar para ello elementos sustanciales. El lazo social que se construye entre las usuarias, entre usuarias e hijos de otras usuarias, las operadoras y el equipo profesional anuda aquello que la psicosis disgrega.

Las intervenciones de las operadoras, en relación a prácticas de cuidado hacia las madres y hacia los hijos forman parte de la estrategia terapéutica de la institución, que tiende a ir logrando grados crecientes de autonomía en los integrantes de las díadas, tal

como lo han expresado nuestras colegas en la exposición precedente “Intervenciones del Entramado (Construyendo Lazos)”.

Partimos de la base que para el desarrollo del niño resulta indispensable el encuentro con otro que lo ayude a filtrar aquello que lo excede, a significar aquello que no entiende de sí mismo, a construir el mundo para lograr intercambios significativos con los semejantes. En esta práctica colectiva, quien cumple la función de filtro, de sostén, de manipulación y de presentación de objetos no es una única figura materna, sino que esta función es ejercida por distintas personas de la institución, claro ejemplo del “trabajo entre varios” (Pujol, 2018). En la práctica cotidiana comenzamos a observar que las usuarias comienzan a desarrollar mecanismos de defensa menos patológicos, funcionales, y esto opera de modo benéfico en relación con el desarrollo psíquico de las niñas y los niños.

Contribuir a la construcción de “ser madre” para cada una de las usuarias presenta un desafío doble: por un lado, la falta de referentes maternantes tiernos en su historia personal, que las confronta con la ausencia de figuras identificatorias. Por otro, la psicopatología, su grado de padecimiento individual, que las lleva a entrar en situaciones de disgregación psíquica.

Esto requiere de un trabajo de refinamiento teórico-clínico, que intentamos reflejar en el presente trabajo y realizamos en la interdisciplina, en donde se plantean objetivos tendientes a la subjetivación para cada una de las díadas.

### Referencias bibliográficas

Afeltra, D., Barcia, M., Bastianelli, A., Bastianelli, L., Castiñeira, G., Fernandez, Y., Garrote, M., Grosso, G., Pini, C., Quinteros, A., Ríos, L., Sáez, B., Sandoval, Z., Ybarra, A. (2018). "Intervenciones del entramado (Construyendo lazos)", *Trabajo presentado en el XII Congreso Argentino de Salud Mental*, Buenos Aires.

Allende, M., García Ariceta, V., Szkolnik, I. (2018). "Sobre maternidades y crianzas. Perspectivas de género y derechos", *Trabajo presentado en el XII Congreso Argentino de Salud Mental*, Buenos Aires.

Arendell, T. (1999). "Mothering and Motherhood: A Decade Review", *Journal of Marriage and Family*, 2000.

Blasi, J. (1977). "The Kibbutz: Integrated Learning Environment and Informal Educational Experience", *The Journal of Educational Thought /Revue De La Pensée Éducative*, 11(3), 224-236. <http://www.jstor.org/stable/23768662>

García Palacios, M.; Hecht, A.; Enriz, N. (2015). "Crianza y niñez en dos comunidades indígenas de la Argentina (qom y mbyá)", *Cuicilco*, 64.

Pujol, S. (2018). *Exposición realizada en el XII Congreso Argentino de Salud Mental*, Buenos Aires.

Rabin, A. (1957). "The Israeli Kibbutz as a "laboratory" for testing psychodynamic hypotheses", *The Psychological Record*, 7:111. <https://doi.org/10.1007/BF03393295>

Rabin, A. (1958). "Behavior research in collective settlements in Israel: Infants and children under conditions of "intermittent" mothering in the kibbutz", *American Journal of Orthopsychiatry*, 28(3), 577-586. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1958.tb03973.x>

Rojas, M. (2007). "Pensar la/s familia/s hoy: estar solo con otro", *Psicoanálisis e Intersubjetividad*, 2.

Sanchez del Hoyo, P., Sanz Rodríguez, L. (2004). "Hijos de padres psicóticos. Revisión bibliográfica: implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas", *Revista de Psicopatología y Salud Mental*, 4.

Smith, R. (1957). "Culture and Social Structure in the Caribbean", *People and Cultures of the Caribbean*, editado por Horowitz, M., Natural History Press, 1963.

Winnicott, D. (1966). *La familia y el desarrollo del individuo*, Buenos Aires: Hormé, 1967.