

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

## **Procesos de externación de personas con consumos problemáticos en comunidades terapéuticas: desafíos frente al COVID19 desde la perspectiva de directores, equipos tratantes y usuarios.**

Remesar, Sergio Esteban y Poliansky, Nicolás.

Cita:

Remesar, Sergio Esteban y Poliansky, Nicolás (2021). *Procesos de externación de personas con consumos problemáticos en comunidades terapéuticas: desafíos frente al COVID19 desde la perspectiva de directores, equipos tratantes y usuarios*. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/85>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/3Op>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# PROCESOS DE EXTERNACIÓN DE PERSONAS CON CONSUMOS PROBLEMÁTICOS EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS: DESAFÍOS FRENTE AL COVID19 DESDE LA PERSPECTIVA DE DIRECTORES, EQUIPOS TRATANTES Y USUARIXS

Remesar, Sergio Esteban; Poliansky, Nicolás

Ministerio de Salud de la Nación - Universidad Nacional de Quilmes - Fundación Convivir. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

Presentamos algunos resultados del proyecto multicéntrico realizado con financiamiento del Ministerio de Salud de la Nación en el marco de la convocatoria a becas Salud Investiga 2019-2020. Los consumos problemáticos ponen en primer plano el padecimiento subjetivo de las personas y la implicancia de la comunidad en la posibilidad de alojar un emergente sintomático que ha atravesado todas las clases sociales y los grupos etarios. Los objetivos de la investigación se centraban en analizar los recursos con los que cuentan las comunidades terapéuticas de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires; también identificar y describir los obstáculos y facilitadores reconocidos por los equipos tratantes y los usuarixs de las Comunidades Terapéuticas para hacer efectiva la externación de los usuarixs. Sin embargo, durante el transcurso de la investigación la pandemia por COVID-19 surgió como emergente y requirió de una indagación y análisis complementario. Se utilizó un diseño exploratorio descriptivo, no experimental, con triangulación de múltiples estrategias, instrumentos y fuentes para la generación y análisis de datos con metodologías cuantitativas y cualitativas. Se trabajó con entrevistas en profundidad a directivos de las instituciones que componen la muestra e informantes claves y Grupos Focales con los equipos tratantes y con usuarixs.

## Palabras clave

Externación - Adicciones - Comunidades terapéuticas - COVID19

## ABSTRACT

DISCHARGE PROCESSES FOR PEOPLE WITH SUBSTANCE USE DISORDER (SUD) IN THERAPEUTIC COMMUNITIES: CHALLENGES FACING COVID19 FROM THE PERSPECTIVE OF DIRECTORS, HANDLING TEAMS AND USERS

We present some results of the multicenter project which was carried out with funding from the National Ministry of Health, within the framework of the call for Salud Investiga 2019-2020 scholarships. Problematic consumption expresses the subjective suffering of people and the involvement of the community in

the possibility of dealing with an emergent that has crossed all social classes and age groups. Although the objectives of the research were focused on analyzing the available resources of the therapeutic communities of the Autonomous City of Buenos Aires and Greater Buenos Aires, and also identifying and describing the obstacles and enablers that the treating teams and users recognize in Therapeutic Communities for making effective the discharge of users; during the course of the investigation the Covid19 pandemic required complementary investigation and analysis. A descriptive, non-experimental exploratory design was used, with triangulation of multiple strategies, instruments and sources for the generation and analysis of data with quantitative and qualitative methodologies. In-depth interviews were carried out with managers of the institutions, and the sample was completed with key informants and Focus Groups including treating teams and users.

## Keywords

Discharge - Addictions - Therapeutic communities - COVID19

## Introducción

El presente trabajo forma parte de los resultados del proyecto *multicéntrico "Obstáculos y facilitadores en las estrategias para la externación de los usuarixs en comunidades terapéuticas en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires (2019-2020) desde la perspectiva de las instituciones, equipos tratantes y usuarixs"* realizado con financiación del Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Investigación en Salud, en el marco de la convocatoria a becas Salud Investiga 2019-2020. Los investigadores e investigadoras que participaron del proyecto y que son coautores del presente trabajo son: Nicolás Poliansky, Sergio Esteban Remesar, Carolina Gorlero, Daniela Antonaccio, Damián Gemini, Mariana Czapski y María Esther Fernández.

El presente proyecto de investigación se fundamenta en la implementación de las reformas planteadas por la Ley Nacional N° 26.657 y el proceso de cambio en los modos en que se gestionan los servicios de salud y en el desarrollo de las acciones y

las prácticas vigentes. Para esto, es preciso sostenerse desde el marco teórico de la Salud Mental Comunitaria, en el que está enmarcada la normativa vigente antes mencionada. Es importante aclarar que, al decir de Emiliano Galende, la Salud Mental Comunitaria no ha logrado aún constituir un campo teórico ni un cuerpo de prácticas sistematizado (Lodieu, Longo, Nabergoi, Sopransi, 2012), aun cuando en los últimos años se evidencian grandes avances en cuanto a sus desarrollos teóricos y ha cobrado un lugar de relevancia en el ámbito de la Salud Mental a nivel local y mundial.

La Salud Mental Comunitaria parte de la presunción de la capacidad de todas las personas y de su posibilidad de rehabilitación social. Se funda en el respeto y la promoción de los Derechos Humanos y brinda herramientas teóricas que apuntan a modificar las prácticas y las acciones del equipo de salud para acompañar el ejercicio efectivo de esos derechos. Apunta a superar la cronificación y la estigmatización, así como también a disminuir el incremento de las brechas de atención propios del modelo manicomial (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018). El desplazamiento del eje de la enfermedad al sujeto, es el que ha llevado a introducir el concepto de “sufrimiento psíquico” o “padecimiento subjetivo” en la epidemiología crítica y en las prácticas (Ausburguer, 2004). La importancia práctica y política de este planteo se hace evidente ante la forma extrema que la medicalización ha adquirido en este campo.

Podemos afirmar que la Salud Mental debe concebirse como inherente a la salud integral y al bienestar social de los individuos, familias, grupos humanos, instituciones y comunidad. La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental requiere de procesos participativos que superen obstáculos político-financieros, técnico-corporativos e ideológicos para lo cual es necesaria la presencia eficaz del Estado con políticas públicas y saberes y prácticas que sostengan el cambio de paradigma (Zaldúa et al, 2011). Desde esta aproximación conceptual, la Atención en Salud Mental se implementa a través de diversas actividades fundadas en el saber de distintas disciplinas que tienen como objetivos primordiales y comunes los de fomentar, promover, conservar, restablecer y rehabilitar la Salud Mental de la población. Así, este campo debe definirse como una producción interdisciplinaria -porque ningún saber disciplinar podrá responder a su amplitud- e intersectorial -porque, si bien es inherente al sector salud, los objetivos enunciados deberán ser abordados a través de las acciones conjuntas de distintos sectores involucrados en los proyectos de bienestar social de la población- (Bang, 2010).

Desde la Salud Mental Comunitaria, se asume el proceso salud-enfermedad-cuidado en un marco de complejidad, por lo que la eficacia de estos abordajes están ligados a que las personas y las comunidades puedan desarrollar habilidades para afrontar los desafíos de la vida, estén integradas en redes afectivas, laborales y educativas, y participen de proyectos colectivos. La Salud Mental Comunitaria redimensiona la reflexión sobre la

eficacia al hacer lugar a la dimensión subjetiva, cada proceso es singular, por lo tanto, la eficacia depende de poder singularizar dichas intervenciones en un proyecto terapéutico (Bang, 2010) tanto individual como colectivo. Por todo lo mencionado hasta aquí, y en plena consonancia con lo que las normativas vigentes sostienen y proponen, es que nos fundamentamos desde este enfoque.

Los consumos problemáticos ponen en primer plano el padecimiento subjetivo de las personas y la implicancia de la comunidad en la posibilidad de alojar un emergente sintomático que ha atravesado todas las clases sociales y los grupos etarios. Si bien los objetivos de la presente investigación se centran en analizar los recursos con los que cuentan las comunidades terapéuticas de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y Gran Buenos Aires (GBA) y además identificar y describir los obstáculos y facilitadores que reconocen los equipos tratantes y los usuarios Comunidades Terapéuticas (CT) para hacer efectiva la externación de los usuarios, durante el transcurso de la misma la pandemia por Covid19 surgió como emergente y requirió de una indagación y análisis complementario.

### Metodología

Se utilizó un diseño exploratorio descriptivo, observacional (no experimental), con triangulación de múltiples estrategias, instrumentos y fuentes para la generación y análisis de datos con metodologías cuantitativas y cualitativas. Se trabajó con una muestra de instituciones que figuran en el listado de auditoría del SEDRONAR (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina) y que pertenecen a FONGA (Federación de Organizaciones no Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento de Abuso de Drogas que nuclea a instituciones de todo el país dedicadas a la prevención y asistencia de las adicciones). Para la recolección de datos se realizaron entrevistas en profundidad a directivos de las instituciones que componen la muestra e informantes claves y Grupos Focales con los equipos tratantes y con usuarios.

### Resultados

**Acerca de las comunidades participantes:** de las 15 comunidades terapéuticas relevadas 1 era de CABA, 4 de GBA zona Norte, 6 de GBA Oeste, 2 de GBA Sur y 2 de Provincia de Bs. As. La antigüedad de las CT varía entre 8 y 35 años con un promedio de 20 años. El 50% de las CT no superan los 400m<sup>2</sup>, y sólo el 20% posee entre 1600 y 3500 m<sup>2</sup>. Todas cuentan con patio, la mayoría posee gimnasio, sala de TV, SUM, área de deportes y en menor medida, aunque más de la mitad tienen biblioteca, piscina y sala de juegos. La cantidad de camas disponibles para internación va de 12 a 60, con un promedio de 31 camas. La modalidad de prestación que ofrecen las comunidades terapéuticas un 47% ofrece una modalidad residencial y ambulatorio. El 33% ofrece una triple prestación de servicio residencial, am-

bulatorio y modalidad de noche. El 13% de la muestra ofrece una prestación solo residencial y el 7% ofrece una prestación residencial y de noche.

**Los equipos de trabajo: composición y dedicación.** La cantidad de personas que integran el equipo de trabajo en la internación es variable, entre 10 y 36 personas, con un promedio de 20. Los equipos de trabajo en la internación incluyen en el 100% de las CT psicólogos, médico psiquiatras, operadores socio terapéuticos y profesores de educación física. El 93% cuenta con trabajadores sociales. Un 86.67% son los talleristas. Le siguen médicos clínicos, con un 60% y luego enfermeros y musicoterapeutas en un 40% de las CT. Por último, con un porcentaje de 33% están los musicoterapeutas y docentes y nutricionistas con un 20%.

En relación a la cantidad de integrantes de cada disciplina en los equipos de trabajo, se observa una mayor proporción de operadores socio terapéuticos y de psicólogos, con un promedio de 6 por institución, siendo 18 el máximo de psicólogos y 13 el máximo de operadores y 2 el mínimo de psicólogos y 3 el mínimo de operadores de la muestra. Le siguen en relevancia los talleristas, con un promedio de casi 3 por institución y luego, las disciplinas de psiquiatría y educación física con un promedio de 1 por institución. El mayor porcentaje de horas semanales trabajadas es el de los operadores socio terapéuticos, con un promedio de 253 horas semanales. Le siguen los psicólogos, con un promedio de 73 hs semanales. Y luego, en menor proporción los talleristas, con una dedicación de 11 hs semanales; los psiquiatras, con una dedicación de 10 hs semanales; y los trabajadores sociales, con una dedicación de 9 hs semanales. La menor carga horaria se encuentra entre los nutricionistas y los terapeutas ocupacionales, con una carga horaria promedio de 1 hora semanal. La alta dedicación horaria de los operadores socio terapéuticos coincide con que en el 100% de las CT relevadas las guardias nocturnas son llevadas a cabo por estos trabajadores, mientras que sólo en un 33%, las guardias son realizadas además por psicólogos. Ninguna otra profesión o trabajo relevado realiza guardia alguna. El 100% de las CT tiene personal monotributista y solo el 41% dice tener parte de su equipo bajo relación de dependencia.

**Principales fuentes de financiamiento:** el 100% de la muestra trabaja con obras sociales, un 86% con medicina prepaga y un 80% con organismos estatales. En cuanto al porcentaje de las personas internadas por tipo de cobertura un 38% de tiene cobertura estatal, un 29% obra social y un 28% medicina prepaga.

**Cantidad de externaciones, abandonos e ingresos anuales:** sobre un total de 1683 internaciones al año, se producen 835 abandonos. Se desprende entonces que el promedio de cantidad de internaciones por año por CT es de 112 y el promedio de abandonos es de 55 por año, lo que indica una tasa de abandono

promedio del 49%. La duración de las internaciones va de los 3 a los 18 meses, con un promedio de 8 meses.

**Perfil de los usuarios:** según la descripción realizada por los directores/referentes de las 15 CTs relevadas, el perfil de la población que reciben para tratamiento incluye hombres y mujeres entre 18 y 65, con mayoría de hombres y también mayoritariamente son personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad psicosocial. Sólo dos CTs, reciben menores de edad varones entre 13 y 17 años. Según lo referido, gran parte de las personas no tienen terminados sus estudios secundarios y en el caso de las dos CTs que trabajan con menores de edad, no son pocos los casos de menores que no han terminado la escuela primaria. Ambas CTs, cuentan con programas de escolarización. La mayoría reside en el AMBA, con la excepción de las CTs que reciben menores, en cuyo caso reciben niños de varias provincias del país, en especial de Pcia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, aunque incluyen casi todas las provincias del país, por ser muy escasas las instituciones que reciben a niños, niñas y adolescentes con problemas de consumo y en lo relativo a la edad de consumo de los menores de edad, hay coincidencias en que es muy precoz, entre los 8 y los 10 años para algunos casos, aunque para la mayoría es a los 12/13 años. La edad de inicio de consumo de los mayores de edad, se da mayormente en la adolescencia y con un fuerte incremento en la primera juventud, siendo muy habitual que al momento de la internación las personas presenten policonsumo de sustancias, predominantemente de alcohol-marihuana y cocaína (en sus diferentes versiones, inhalada o fumada, tanto como pasta base-paco como crack).

A partir de lo analizado en los 15 grupos focales realizados con usuarios/as internados en los que participaron 76 personas de las 15 comunidades terapéuticas las características que surgen son: 43 son hombres y 33 mujeres. Ninguno de los participantes se reconoció con otro género. El promedio de edad de los usuarios/as participantes es de 34 años. La edad mínima fue de 16 y la edad máxima de 62 años. En lo relativo al lugar de residencia, el 36% de usuarios/as que participaron de los grupos focales reside en CABA, el 33% en el Gran Buenos Aires, el 30% en el interior de la provincia de Buenos Aires y 1% (una persona) en Córdoba.

El 42% de los participantes tiene el secundario incompleto, el 20% secundario completo, 10,5% estudios terciarios completos, 2,5% terciario incompleto, 8% estudios universitarios completos, 8% los tiene incompletos. Sólo el 6,5% tiene la primaria completa y el 2,5% primaria incompleta.

El promedio de edad de inicio de consumo es de 16 años, con una edad de inicio mínima de 8 años y una edad máxima de 44. La mediana es de 14 años. Respecto de la edad de inicio según género, las mujeres inician a los 17 años, y la mediana es de 14 años. En el caso de los hombres, el promedio de edad de inicio es de 16 años y la mediana es de 14 años.

El 69,7% de los usuarios/as participantes de los grupos focales tuvo/tiene consumo problemático de cocaína, el 67,1% de marihuana, el 62% de alcohol. El 48,6% es fumador de tabaco. El 27,6% tuvo/tiene consumo problemático de pasta base/crack, el 22,30% de LSD/alucinógenos, el 17% de psicofármacos, el 15,7% de MDMA/derivados, el 10,5% de inhalantes y el 1,3% de derivados opiáceos.

El 24% de los/as usuarios/as no tiene tratamientos previos, 33% tiene 1 tratamiento previo y el 43% tiene 2 o más tratamientos previos. De las personas sin tratamiento previo, el 50% corresponde a menores de edad.

**Resultados de las entrevistas y grupos focales:** se realizaron entrevistas semidirigidas a los 15 directores de las comunidades terapéuticas de la muestra. Del total de los directores que participaron 11 fueron hombres y 4 fueron mujeres. Ninguno de los participantes se reconoció con otro género.

De los grupos focales de los equipos tratantes participaron miembros de las 15 CTs de la muestra. En total fueron 77 participantes, de los cuales 31 fueron hombres y 46 fueron mujeres. Ninguno de los participantes se reconoció con otro género.

Se realizaron 15 grupos focales con usuarios internados cubriendo así la totalidad de las CTS de la muestra. Participaron de los grupos focales 76 personas, 43 hombres y 33 mujeres. Ninguno de los participantes se reconoció con otro género.

Los obstáculos y facilitadores identificados por los tres universos de estudio se agrupan en 5 categorías: 1) Del usuario; 2) De la familia/allegados; 3) Socioambientales; 4) Del dispositivo; y 5) De las políticas públicas y la legislación.

En lo relativo a los obstáculos, la primera categoría se relaciona con aquellas características propias de los usuarios que resultan obstáculos habituales en los procesos de externación y está conformada por 10 subcategorías: Dificultades en el afrontamiento a las exigencias del medio; Resistencia al dispositivo; Falta de recursos económicos; Falta de conciencia de enfermedad; Falta de interés y/o experiencia laboral/escolar; Temor a la discriminación; Falta de proyecto de vida; Diagnóstico dual; Consumo de cocaínas fumables; Nivel socioeducativo bajo.

La segunda categoría se relaciona con los obstáculos que se identifican respecto de la familia y allegados y está conformada por 9 subcategorías: Consumo intrafamiliar Estigmatización intrafamiliar; Dificultad en la aceptación de los cambios en la subjetividad de la persona internada; Falta de compromiso (participación) familiar al tratamiento; Violencia intrafamiliar; Ausencia de familia; Oposición familiar al tratamiento; Familia sin recursos económicos.

La tercera categoría se relaciona con los obstáculos socioambientales y está conformada por 7 subcategorías: Contexto socio-comunitario desfavorable/entorno consumidor; Estigmatización social; Dificultades en la inserción laboral; Ausencia/escasa red de apoyo; Tolerancia social al consumo; Dificultad habitacional; Distancia geográfica entre la CT y el lugar de origen.

La cuarta categoría respecto a los obstáculos identificados se relaciona con el propio dispositivo de la comunidad terapéutica. Esta categoría presenta 7 subcategorías que son descriptas a continuación: Insuficiente capacitación en formación/oficios; Falta de flexibilidad del equipo tratante y/o de la institución; Enfoque paternalista; Falta de recursos técnicos/económicos; Alta rotación de profesionales; Dificultad en la articulación con otras instituciones y con la sociedad.

Por último, la quinta categoría identificada como obstáculos a las políticas públicas y la legislación. Esta categoría presenta 6 subcategorías que se detallan a continuación: Falta de políticas públicas preventivas; Recursos económicos insuficientes; Ausencia de redes intersectoriales públicas; Ley de salud mental; Falta de dispositivos comunitarios; Cambios de gobierno.

Los facilitadores identificados por los tres universos de estudio incluyen las mismas categorías que los obstáculos, pero presentan diferencias en las subcategorías. Entre los facilitadores propios de los usuarios se ubican las siguientes subcategorías: Reconocimiento de fortalezas y debilidades propias; Adaptación y disposición al dispositivo; Contar con un proyecto de vida; Acceso/continuidad/mantenimiento del empleo y/o escolaridad.

En lo relativo a los facilitadores que provienen de la familia/allegados/grupo conviviente, las subcategorías son: Compromiso, acompañamiento, contención y participación familiar en el tratamiento; Comprensión de la problemática de las adicciones por parte de la familia; Apoyo económico familiar.

Respecto de los facilitadores socioambientales, las subcategorías son: Contexto socio-comunitario favorable; Acompañamiento y participación en otras instituciones.

Los facilitadores relacionados con el propio dispositivo de la comunidad terapéutica incluyen: Disponibilidad de recursos técnicos y económicos; Trabajo con la familia/allegados; Disposición y contención psicoafectiva; Acompañamiento y seguimiento de la CT en la inclusión social; Trabajo orientado a la externación desde el inicio; Clínica de la subjetividad; Articulación con otras instituciones; Equipo consolidado; Flexibilidad del equipo tratante/institución.

En lo relativo a los facilitadores relacionados con las políticas públicas y la legislación: Recursos económicos; Presencia de redes intersectoriales públicas; Ley Nacional de Salud Mental; Dispositivos comunitarios; Gestión eficiente.

**Algunas reflexiones frente a la COVID-19:** la situación desatada por la emergencia sanitaria a causa de la covid19 durante el transcurso de la investigación, nos enfrentó a varios desafíos. Por un lado, en lo metodológico, requirió cambios en los instrumentos de recolección de datos: las entrevistas cara a cara y grupos focales con los equipos tratantes y con las y los usuarios hubo que adaptarlos a la virtualidad. Por el otro, se incorporó como un asunto a trabajar la problemática del ASPO y DISPO en tanto se convirtió en una variable emergente en el complejo entramado de las externaciones. Fue así que se decidió incorporar

algunos ejes de análisis y líneas de indagación sobre el asunto que naturalmente surgía en los discursos de los agentes.

Todos los grupos, directores, equipos tratantes y usuarios, coinciden en que con la irrupción de la pandemia se produce un quiebre en los procesos de tratamiento y externación. Esto se evidencia en la suspensión de las visitas, las salidas, los vínculos familiares, el trabajo y el estudio. El paso de estar internado a la externación se vive como un cambio abrupto y problemático. Los tratamientos debieron adaptarse a nuevas formas de trabajo donde el trabajo en talleres y las reuniones grupales pasaron de la presencialidad a la virtualidad.

Si bien las redes sociales y las herramientas digitales han servido para mantener algunos vínculos, éstas no son suficientes y visibilizan las desigualdades en el acceso a los recursos. Las instituciones realizaron esfuerzos para adaptarse al nuevo escenario implementando protocolos de cuidado que abarcan tanto los ingresos como la permanencia y los egresos del staff y de las personas internadas. También debieron realizar inversiones para acondicionar la infraestructura, pero esas inversiones no contaron con la ayuda del Estado.

Se visibilizó además la precariedad laboral de los y las trabajadoras que quedaron por fuera de la asistencia estatal y que se puso de manifiesto además en el miedo a la pérdida del empleo.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Ausburguer, A. (2004) La inclusión del sufrimiento psíquico, un desafío para la epidemiología crítica. *Revista Psicología & Sociedade*. Mayo/agosto 2004; 16 (2): 71-80.
- Bang, C. (2010) La estrategia de Promoción de Salud Mental Comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. *Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología 22, 23 y 24 de noviembre de 2010*; 2010. [citada el 20 de febrero de 2019]. Disponible en: URL: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/publicaciones/la\\_estrategia.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/publicaciones/la_estrategia.pdf)
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2019) Dispositivos de inclusión habitacional 2018. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación; 2019. [citada el 20 de febrero de 2019]. Disponible en: URL: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001260cnt-2019-01dispositivos-inclusion-habitacional.pdf>.
- Lodieu, M.T., Longo, R., Nabergoi, M., Sopransi, M.B. (2012) Diagnóstico Comunitario y Modalidades de intervención comunitaria. Curso Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Comunitaria UNLa virtual; 2012. [citada el 20 de febrero de 2019]. Disponible en: URL: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_1/stolkiner\\_ardila\\_conceptualizando\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf)
- Solkiner, A., Ardila Gómez, S. (2012) Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex- Revista de Psiquiatría*; 2012. [citada el 20 de febrero de 2019]. Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_1/stolkiner\\_ardila\\_conceptualizando\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf)
- Zaldúa, G. et. al. (2011) Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental. Consultado el 20 de marzo de 2013. Disponible en <http://www.iigg.sociales.uba.ar>