

XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.

# Inclusión socio-habitacional y habitabilidad: Una experiencia innovadora en el campo de la salud mental.

Tisera, Ana, Lenta, María Malena, Lohigorry, José Ignacio, Hepner, Liliana Ruth y Paolin, Carla.

Cita:

Tisera, Ana, Lenta, María Malena, Lohigorry, José Ignacio, Hepner, Liliana Ruth y Paolin, Carla (2019). *Inclusión socio-habitacional y habitabilidad: Una experiencia innovadora en el campo de la salud mental. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-111/703>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecod/Ego>

*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>.*

# INCLUSIÓN SOCIO-HABITACIONAL Y HABITABILIDAD: UNA EXPERIENCIA INNOVADORA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Tisera, Ana; Lenta, María Malena; Lohigorry, José Ignacio; Hepner, Liliana Ruth; Paolin, Carla  
Universidad de Buenos Aires. Argentina

## RESUMEN

La perspectiva de derechos en salud mental debate la atención serializada y cronificante subsidiaria del modelo asilar y psicopatológico, apelando a dispositivos de intervención que trabajan con la singularidad del sujeto y su padecimiento garantizando el acceso a derechos sociales, políticos y económicos. Las prácticas de salud mental deben adoptar una organización que favorezca la propuesta de la continuidad de los cuidados mediante equipos interdisciplinarios, estrategias intersectoriales y una perspectiva comunitaria para desarrollar el trabajo terapéutico global individual. Sin embargo, la persistencia de los límites en la implementación de dispositivos que favorezcan la inclusión en la comunidad de las personas con padecimientos mentales graves, interroga la viabilidad de los procesos de inclusión sociohabitacional. En este marco se propone el desarrollo de una investigación con diseño de estudio de caso intrínseco en el que se aborda la experiencia de la residencia con apoyo denominada “Santa María” que se estableció en el marco del Programa Residencial de Salud Mental del Hospital Borda. Se implementaron entrevistas en profundidad, observaciones participantes y registro de cuaderno de campo con profesionales del programa y los participantes de la experiencia. Se analizó el contexto social de creación del proyecto y las estrategias implementadas.

## Palabras clave

Residencia asistida - Salud Mental - Dispositivo - Innovación

## ABSTRACT

SOCIO-HOUSING INCLUSION AND HABITABILITY: AN INNOVATIVE EXPERIENCE IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH

The perspective of rights in mental health debates the serialized and chronifying attention subsidiary of the asilar and psychopathological model, appealing to intervention devices that work with the uniqueness of the subject and its suffering, guaranteeing access to social, political and economic rights. Mental health practices should adopt an organization that favors the proposal of continuity of care through interdisciplinary teams, intersectoral strategies and a community perspective to develop individual global therapeutic work. However, the persistence of the limits in the implementation of devices that favor the inclusion in the community of people with serious mental illnesses,

questions the feasibility of the processes of sociohabitational inclusion. In this framework, the development of a research with an intrinsic case study design is proposed in which the experience of residency with support called “Santa María” is discussed, which was established within the framework of the Mental Health Residential Program of Borda Hospital. In-depth interviews, participant observations and field notebook registration were implemented with program professionals and experience participants. The social context of the creation of the project and the strategies implemented were analyzed.

## Key words

Assisted residence - Mental Health - Device - Innovation

La comprensión de la salud mental desde el enfoque de los derechos humanos no restringe su incumbencia al conjunto de entidades psicopatológicas definidas como *enfermedad* o *trastorno*, sino que incluye a las representaciones, las experiencias del mundo de la vida y las expresiones de las formas de *padecer* (Gaona, 2007; Fernández Liria, 2001; Mebarak et al. 2009; Faraone, 2013). Esta mirada configura el soporte de los procesos que interpelan y desafían las lógicas manicomializantes. Supone la garantía de los derechos sociales y políticos de los sujetos usuarios de los servicios de salud mental.

La noción de padecimiento o sufrimiento involucra, por lo tanto, un presupuesto epistemológico que instituye la subjetividad como elemento sustantivo, sin limitar la afección de la salud mental a un conjunto de entidades psicopatológicas delimitadas (Galende, 2017). Y refiere a que el conjunto de los sujetos sociales, a lo largo de sus vidas, presentan sufrimientos cuya afectación en su trayectoria de vida no solo alude al orden psicopatológico del padecimiento sino también a los sentidos subjetivos relativos al padecimiento, al imaginario social en cuanto al sufrimiento, a las representaciones y el horizonte de sentido de la sociedad en torno a dicha expresión y al acceso a la atención y al cuidado frente al sufrimiento.

En este marco surge el interrogante en cuanto a la existencia efectiva de los denominados *pacientes crónicos* en el campo de la salud mental. Amendolaro (2013) resalta que más que una característica intrínseca de los sujetos con sufrimiento o padecimiento mental, la cuestión de la cronicidad debería pensarse

en referencia a la incapacidad social y operativa del sistema de salud y la sociedad en relación con ciertos tipos de padecimientos cuyas respuestas requieren abordajes más complejos fundados en el reconocimiento de la autonomía de las personas etiquetadas de tal modo. Asimismo, afirma que noción podría ser un pretexto de las instituciones para persistir en prácticas y modalidades de atención serializantes, frente al requerimiento de intervenciones singularizadas para fortalecer la participación social de las personas con sufrimiento mental. Sin embargo, como afirman Tisera y Lohigorry (2018a) la hegemonía en las prácticas en las instituciones monovalentes de salud mental es la de producir una habituación institucional manicomializante. Este planteo no niega la posibilidad de que frente a determinadas circunstancias la situación de una persona con diagnóstico en salud mental pueda evolucionar hacia el deterioro y la cronicidad, sin embargo, nos obliga a reflexionar en torno a los dispositivos de intervención y, especialmente, a reconocer el lugar que las personas usuarias ocupan como objetos de intervención o como sujetos derechos.

En este marco, el desarrollo de estrategias que impliquen el apoyo necesario a las personas con sufrimiento mental constituye un elemento central para garantizar los derechos humanos de las personas. La revisión de los estigmas sociales, el trabajo en la conformación de vínculos de confianza y respeto, el fortalecimiento de las habilidades necesarias para que las personas puedan retomar y conducir sus propias vidas, y la vida integrada en la comunidad son requisitos centrales (Amendolaro, 2013; López Mosteiro, 2017; Tisera y Lohigorry, 2018b; Bottinelli, 2018) que se incluyen en las transformaciones paradigmáticas enunciadas en los marcos normativos y acuerdos internacionales (Convención de Caracas/1990, Principios de Brasilia/2005), nacionales (ley 26.665/2010) y de la CABA (ley 448/2001).

Leal Rubio (2006) afirma que el desmantelamiento de las instituciones totales así como también, de las prácticas de salud totalitarias ha incorporado desde el inicio de la experiencia basagliana en Italia la reivindicación de lo comunitario como alternativa. Ello implica no solo un modo diferente de comprender el malestar y el sufrimiento mental sino también las estrategias de cuidado que deben exceder al modelo asistencial tradicional basado en el hospitalocentrismo. Por lo tanto, no basta con descentralizar los espacios de atención sino que resulta central transformar cabalmente la función de los profesionales de la salud e incorporar a otros actores territoriales en las estrategias de salud, lo cual podría sintetizarse en la propuesta de la continuidad de los cuidados. Desde este enfoque, se propone considerar la situación de vulnerabilidad de la persona, no solo en cuanto a los aspectos psicopatológicos sino también en relación a su red social y su condición socio-económica. También involucra la elaboración de respuestas diferentes en los diversos momentos de padecimiento. Por ello, López Gómez (2014), González (2011), Alonso y Fombuena (2006). y Mochales (2018) coinciden en que es necesario contar con equipos interdiscipli-

narios, estrategias intersectoriales y una perspectiva comunitaria para desarrollar el trabajo terapéutico global individual.

Sin embargo, diversos estudios señalan límites en la implementación de la ley nacional de salud mental y adicciones 26.657. En Zaldúa et al. (2013), MPT (2013) y Zaldúa et al. (2016) se da cuenta de obstáculos económicos, epistémicos y políticos en la implementación de la ley registrados en los dispositivos y desde la perspectiva de los/as trabajadores/as de la salud de CESACs, hospitales generales y monovalentes. Mientras que el Consejo Consultivo Honorario, órgano creado en 2014 en el marco de la normativa, señala en sus informes de 2016 y 2018 que en el campo de las políticas de salud mental a nivel nacional resultan alarmantes la baja de contratos de trabajadores de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMA) que cumplan funciones estratégicas en la implementación de la normativa, sin prever su renovación. Así como también el cierre de programas territoriales que promovían la atención en la comunidad, entre otras problemáticas.

En este marco de transformación sinuosa del modelo tutelar manicomial y la existencia efectiva de políticas y dispositivos efectivos para la inclusión social de personas con larga data de internación, surgen interrogantes en torno a ¿cuáles son las estrategias posibles de inclusión sociohabitacional de personas sufrimiento mental y larga data de internación? ¿Cómo favorecer estrategias colectivas para la vida autónoma de las personas con padecimiento mental en la comunidad? ¿Qué prácticas de continuidad de cuidados son requeridas por los dispositivos de transición a la comunidad?

### **Estrategia metodológica**

En función del problema planteado se desarrolló un estudio de caso único de valor intrínseco (Yin, 2013) con enfoque metodológico cualitativo (De Souza Minayo, 2009). El estudio de caso es un diseño de investigación que supone que el objetivo es conocer y comprender la especificidad de una situación definida como caso, distinguir sus componentes y relacionar sus partes con la totalidad. El carácter intrínseco plantea la valoración del caso en sí mismo por su carácter extremo o atípico y no requiere comparabilidad. El enfoque cualitativo plantea que todo proceso de producción de conocimiento es una construcción teórica que surge a partir de la acción desde una dialéctica de subjetivación y de objetivación de la realidad que se busca conocer. Valora la producción de sentidos y significados de los sujetos participantes desde su indexabilidad, es decir, desde su relación con el dispositivo en el que se producen.

En este marco este trabajo se propone desarrollar el objetivo de analizar una experiencia innovadora de inclusión sociohabitacional de personas con padecimientos mentales graves y larga data de internación en el marco del Programa Residencial de Salud Mental del Hospital Borda (PRSM).

Universo y muestra: el Programa Residencial en Salud Mental del Área Programática del Hospital Borda, es un programa co-

munitario de inclusión socio-habitacional, complementario de la atención en salud, que se propone acompañar los procesos de externación de personas que presentan diagnósticos de salud mental complejos e internaciones de media y larga data en el hospital monovalente y que cuentan con la alta clínica interdisciplinaria. Funciona con un nuevo proyecto institucional desde enero de 2017 cuyo énfasis es la autonomía y continuidad de los cuidados de las personas usuarias. El PRSM está conformado por una Casa de Medio Camino ubicada en el barrio de Flores, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el Hospital de Noche, situado en el predio del Hospital Borda. Entre ambos espacios, el programa tiene la capacidad de alojar a 16 personas en simultáneo (8 en cada uno de los espacios). Y cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por 8 profesionales de planta a tiempo completo o parcial de diferentes disciplinas (psicología, trabajo social y psiquiatría).

Entre mayo de 2018 y enero de 2019 participaron en el PRSM 20 personas tanto en la instancia de admisión como de alojamiento en uno de los dos dispositivos y en el seguimiento en el momento posterior al egreso. En ese período la media de permanencia de alojamiento en el PRSM fue de 9 meses, encontrando luego de ese período la inclusión en la comunidad a través de una vivienda el 86 por ciento o la reinternación el 14 por ciento. Entre las personas que se incluyeron habitacionalmente en la comunidad, el 50 por ciento lo hicieron en hoteles, 17 por ciento en una vivienda propia o familiar y 33 por ciento en el dispositivo "Santa María".

El dispositivo "Santa María" es una casa ubicada en un barrio en la zona sur de la CABA en la que viven cuatro señores participantes del PRSM que ha adquirido la modalidad de vivienda asistida por el programa. La misma es propiedad de uno de los participantes del PRSM y ha sido definida como el caso a estudiar en este trabajo.

Instrumentos: para el desarrollo del estudio se implementaron observaciones participantes en reuniones de equipo, en reuniones de convivencia y registro en cuaderno de campo de conversaciones formales e informales del proceso de elaboración de la estrategia de inclusión socio-habitacional, del seguimiento y de las percepciones del proceso por parte de los señores habitantes del dispositivo "Santa María".

## Resultados

### La inclusión socio-habitacional y la crisis de las políticas de salud mental

Desde el PRSM el objetivo de que los usuarios logren la inclusión sociolaboral implica el desarrollo de diversas estrategias. Al momento de realizar la admisión muchas personas mencionan que la posibilidad de obtener un lugar dónde vivir, ya sea alquilando una habitación de hotel o regresando a un domicilio propio, será a partir de obtener un empleo.

Las dificultades en poder conseguir un trabajo para las personas

usuarias del sistema de salud mental en contextos de crisis socioeconómica que permita solventar los gastos cotidianos conllevan a que sea mediante los recursos de la seguridad social la forma en que los usuarios puedan viabilizar su establecimiento en la comunidad (Tisera, Lohigorry y Lenta, 2016).

Así la gestión del Certificado de Discapacidad, de la Pensión No Contributiva, de la Cobertura Ciudadanía Porteña y del Subsidio Habitacional posibilita adquirir recursos de la seguridad social que favorezcan el acceso a derechos y a la vida en comunidad. En el actual contexto político, económico y social la gestión de estos recursos toma tiempos extendidos que no se adecuan a los procesos de cada una de las personas en su camino de externación. Además, aquellas personas que sean propietarias de un inmueble, más allá que esa vivienda no sea habitable o sea compartida con otras personas, dificulta aún más la gestión de los recursos de la seguridad social, lo que implica la presentación de documentación e informes extra para solicitar que los mismos sean otorgados, incluyendo estrategias de justiciabilidad del derecho a la vivienda puesto que se debe someter el derecho a la acción del sistema de justicia para garantizar su acceso (Zaldúa et al., 2016).

Así, la experiencia de una residencia asistida surgió como estrategia de intervención dentro del PRSM en cogestión con los usuarios y con los equipos intervinientes de otros programas de salud mental: Programa de Externación Asistida para la Integración Social y Laboral (PREASIS) y Talleres de Rehabilitación en Salud Mental, así como la articulación con la Comisión de Personas con Discapacidad (COPIDIS).

La experiencia de la casa Santa María se conformó con cuatro integrantes, participantes del PRSM, a partir de distintos factores y características que posibilitaron pensar la experiencia en común:

- *Omar, Osvaldo, y Víctor poseían vivienda, pero, por diversos motivos ninguno podía residir en las mismas. Además, Osvaldo y Víctor figuraban como propietarios, por lo que se les dificultaba gestionar distintos recursos de la seguridad social. Osvaldo, como proyecto individual durante el proceso de admisión al Programa Residencial, planteó volver a vivir a su domicilio, ubicado en el barrio de Barracas. En ese momento, estaba alquilado por una persona desde hacía varios años, con el contrato de alquiler vencido y abonando un monto de dinero muy bajo. Luego de acompañar la recuperación de la vivienda y al ser la casa lo suficientemente grande como para que puedan vivir cuatro personas (la misma cuenta con dos dormitorios, un comedor y una sala de estar) se propuso y se acordó con Osvaldo que pueda alquilarles a otras tres personas una habitación generando un ingreso económico al no poder tramitar la pensión no contributiva por tener una vivienda. En el caso de Víctor, vía instancias judiciales, solicitó revisión de la denegación de otorgamiento de la pensión no contributiva. Posteriormente solicitó al Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación un subsidio que permita reparar su casa para poder vivir allí. Como no obtuvo res-*

puestas solicitó y obtuvo el subsidio habitacional, teniendo que adjuntar, a los documentos y requisitos que se solicitan, copias de las escrituras y diversos informes de los equipos intervinientes. Omar posee una casa familiar donde manifestó que podría regresar a vivir, pero que también necesitaba arreglos, además de esperar que un familiar que residía allí logre su mudanza. Es por ello por lo que decidió en un primer momento tramitar el subsidio habitacional y sumarse al proyecto de la casa Santa María (Observación participante). - Omar, Osvaldo y Víctor antes de ingresar al Programa Residencial tuvieron internaciones de entre dos y tres años. En el caso de Silvio la misma se extendió durante diez años. Es por ello, que, pese a contar con la pensión no contributiva y gestionar la Cobertura de Ciudadanía Porteña, se dificultaban sus posibilidades de inclusión sociohabitacional, ya que, por diversos aspectos singulares, no se proyectaba viviendo en una habitación de hotel solo. Es por ello que, a partir de su buen vínculo con Omar a quien ya conocía del servicio de internación y con quién compartió el proceso en Hospital de Noche, se propuso que puedan sumarse juntos a la vivienda Santa María. De esta forma Silvio gestionó con el acompañamiento del PREASIS el subsidio habitacional comenzando a residir junto a sus tres compañeros (Observación participante).

- Víctor y Osvaldo también compartieron durante unos meses la convivencia en Casa de Medio Camino, lo que favoreció que puedan generar un buen vínculo y que decidieran compartir la experiencia de la vivienda Santa María (Observación participante).
- La ubicación de la vivienda en Barracas también fue un aspecto importante, ya que favoreció el acompañamiento e intervención de los distintos equipos participantes en el proceso de externación e inclusión sociohabitacional de los usuarios (Observación participante).

Tal como se observa en la narrativa de la observación participante que sintetiza el proceso de conformación de la estrategia de inclusión sociohabitacional, una vez que se conformó el grupo, comenzó un segundo momento que consistió en poder equipar la vivienda para que sea habitable. De esta forma se realizó una convocatoria a diferentes actores sociales: a equipos intervinientes del hospital, a los familiares de los residentes e instituciones solidarias que aportaron muebles, electrodomésticos, ropa, transporte, etc. para poder poner en marcha el proyecto. Este proceso comenzó en enero de 2019 y se extendió durante dos meses; tiempo en el que los usuarios iban turnándose para dormir en la casa, alternando con su estadía en los dispositivos residenciales. El establecimiento progresivo en la vivienda fue acompañado por el equipo del PRSM trabajando aspectos subjetivos, relacionados al habitar y con la gestión de los recursos de la seguridad social pendientes, que configuraron un andamiaje en el proceso transicional a la vida en comunidad (Bruner, 1997).

### Hacer lazo social, construir la habitabilidad

Los grupos suelen conformarse para garantizar una acción común o ciertos intereses compartidos que no podrían lograrse de modo aislado. Se torna necesario allí institucionalizar el proyecto y regular la convivencia de sus distintos componentes mediante la construcción de un marco simbólico que regule las relaciones sociales (Kaës, 1995). En este caso, las dificultades de armar lazo por parte de los participantes de la experiencia requirieron de un apuntalamiento del equipo que permitió conformar una red intersectorial de acompañamiento de los procesos. Por ello desde enero de 2019, mientras se acondicionaba la vivienda de Santa María, se mantuvieron desde el PRSM reuniones periódicas con los equipos que intervenían desde PREASIS, Talleres de Rehabilitación y COPIDIS. De esta forma se fueron consolidando estrategias de acompañamiento en la vivienda, consensuada con sus residentes, por ejemplo, pensando qué aspectos de la dinámica de los dispositivos residenciales podrían retomarse, cómo acompañar la vinculación con los vecinos (la vivienda de Santa María se encuentra en una propiedad horizontal compartida con otras tres viviendas) y cómo promover los vínculos entre los residentes y de ellos con sus referentes familiares y vinculados. Junto con esto fue fundamental poder hacer un seguimiento y acompañamiento del subsidio habitacional que implica la presentación mensual del recibo de alquiler en una oficina zonal para que sea habilitado el próximo pago.

De esta forma se comenzó a asistir una vez por semana a la casa realizando distintas actividades, además de las reuniones de convivencia. Durante estos meses cabe destacar que:

- Se trabajó y acompañó respecto de la reparación de distintas averías en la casa (cambiar el cuerito, identificar el disyuntor y la instalación eléctrica, instalación de la heladera, etc.) (Observación participante).
- Se acompañó la organización de tareas (comidas, limpieza, etc.), participando todos con comentarios y apreciaciones (Observación participante).
- Se acompañó los cálculos respecto de los servicios y los montos a abonar, así como al manejo de dinero en general (Observación participante).
- Se acompañó distintas situaciones subjetivas de malestar o dificultades para continuar con los tratamientos. Así como aspectos familiares que requirieron distintas estrategias de intervención (Omar, Víctor, Silvio con sus familiares y con su participación en Talleres de Rehabilitación y PREASIS) (Observación participante).

Construir la habitabilidad de un espacio no solo implica el desarrollo de acciones para su recuperación efectiva, su funcionalidad material y su sostenimiento económico a largo plazo, sino que implica especialmente la elaboración de estrategias singulares y grupales que resultan fundamentales cuando se trata de personas con padecimientos graves. El derecho a vivir en comunidad debe ser apuntalado por las diversas interven-



ciones de diferentes instituciones del campo de la salud/salud mental que promuevan la autonomía progresiva de los participantes del proyecto.

### **Comentarios finales: tensiones entre la norma y la excepción**

Las experiencias de los pisos o casas asistidas o acompañadas en el mundo no son novedosas (David Lascorz, et al, 2018; Guimón, 2016). Sin embargo, la experiencia del proyecto Santa María se instituye como una propuesta innovadora en tanto parte de la propuesta de un programa de inclusión sociohabitacional ante la falta de políticas y recursos adecuados para garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos de las personas a vivir en la comunidad.

Y habilita la posibilidad de pensar en nuevos proyectos habitacionales a partir de los recursos efectivos de los propios participantes del PRSM, lo que hace énfasis en la relevancia de las estrategias de fomento de la grupalidad, de justicia de derechos y de trabajo intersectorial. Al mismo tiempo abre interrogantes en función del acceso a los derechos a partir de la excepción y no como componente de las políticas en el sector.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- AGT (2014). La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en los efectores de atención primaria de salud en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. Visitado en [https://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/dtn20\\_de\\_la\\_ley\\_al\\_barrio.pdf](https://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/dtn20_de_la_ley_al_barrio.pdf)
- Alonso Alfonso, R., Fombuena Valero, J. (2006). La ética de la justicia y la ética de los cuidados. *Portularia*, VI (1), 95-107.
- Amendolaro, R. (2013). Entre el diagnóstico de cronicidad y el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva de Derechos Humanos. En *Revista de Salud Mental y Comunidad* 3(3), 19:28.
- Bottinelli, M. (2018). El derecho a la salud, la salud como derecho. En Tisera, A., Lohigorry, J., Bottinelli, M. y Longo, R. *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental*. Buenos Aires: Teseo.
- Cohen, H. y Natella, G. (2013). La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Buenos Aires: Lugar.
- Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (2017). Documento: Actualidad de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina. Visitado en <https://www.redsaludmental.org.ar/2017/01/documento-del-consejo-consultivo-honorario-en-salud-mental-y-adicciones/>
- Dirección General de Estadísticas y Censos (2018a). Promedio de camas disponibles en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por especialidad según hospital. Ciudad de Buenos Aires. Año 2017. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda GCBA. Dirección General de Estadísticas y Censos (2018b). Egresos, indicadores de internación y consultas externas por hospital. Año 2017. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda GCBA.
- Faraone, S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. En *Revista de Salud Mental y Comunidad* 3(3), 29:40.
- Faraone, S. y Valero, A. (2012). Lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia desinstitucionalizadora en salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe (Argentina). En *Delito y Sociedad* 23, 96:109.
- Faraone, S., Valero, A., Torricelli, F., Rosendo, E., Méndez, M. y Geller, Y. (2012). Accesibilidad y derechos humanos: análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en santa fe y tierra del fuego. En *Revista Argentina de Salud Pública* 3(12), 28:33.
- Fernández Liria, A. (2001). Una confluencia en las narrativas. En Fernández Liria A., Rodríguez Vega B. *La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao, Estado Español: Desclee de Brouwer
- Galende, E. (2017). *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Gaona, C. (2007). Los procesos comunicativos de la salud: La construcción de la experiencia de salud en el análisis concreto del desarrollo local del municipio Campo de Níjar (Almería). En *Intersticios Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 1 (2), 62-81.
- González, A. (2011). Programas de continuidad de cuidados: el ejemplo del distrito de Chamartín de Madrid. *Estudios de Psicología*, 16(3), setiembre-diciembre/2011, 313-317
- Guimón, J. (2016). De la cuna al asilo: ¿Cuál es el futuro de la Salud Mental en Europa? Bilbao, Estado Español: Deusto.
- Kaës, R. (1995). La impunidad amenaza contra lo simbólico. En Kordon Diana y otros. *La impunidad, una perspectiva psicosocial y clínica*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Lascorz, D., Serrats, E., Ruiz, B., Ximenes, A., Vegué, J. y Pérez, V. (2018). Estudio descriptivo de la evolución experimentada por los usuarios de una residencia de salud mental, tras 10 años de funcionamiento. En *Actas Esp Psiquiatría* 46(1), 12:20.
- Leal Rubio, J. (2006). La relación en los cuidados y el trabajo en red en salud mental. En Leal Rubio, J. y Escudero Nafs, A. *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*. Madrid, Estado Español: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- López Gómez, D. (2014). Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. En *Rehabilitación psicosocial* 3(1), 17:25.
- López Mosteiro, V. (2017). *El trabajo vivo en acto*. Buenos Aires: Topía.
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M. y Quintero, M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. En *Psicología desde el Caribe* 23, 85:112.
- Minayo, C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar.
- Mochales, M. (2018). *La rehabilitación y continuidad de cuidados en salud mental en Madrid: la experiencia de un servicio de salud mental comunitario MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR M<sup>a</sup> Concepción Vicente Mochales Directora Alfonsa Rodríguez Rodríguez Madrid, Universidad Complutense de Madrid*.
- OMS (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.



- OMS (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. En <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OPS (2013). Salud Mental. Guía del promotor comunitario. México: OPS.
- Sarraceno, B. (2013). La liberación de los pacientes psiquiátricos. México, México: Editorial Pax.
- Tisera, A. y Lohigorry, J. (2018a). Modelos de atención en salud mental. Dispositivos asilares versus dispositivos comunitarios. En Tisera, A., Lohigorry, J., Bottinelli, M. y Longo, R. Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental. Buenos Aires: Teseo.
- Tisera, A. y Lohigorry, J. (2018b). Prácticas inclusivas socio-habitacionales. Programa Residencial en Salud Mental, Hospital José T. Borda. En Tisera, A., Lohigorry, J., Bottinelli, M. y Longo, R. Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental. Buenos Aires: Teseo.
- Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A. y Joskowicz, A. (2016). Salud mental y desinstitucionalización en los procesos de externalización. En Zaldúa, G. (comp.) Intervenciones en Psicología Social Comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales. Buenos Aires, Argentina: Teseo.