

VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del  
MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2015.

# **Dispositivos estratégicos en las trayectorias de atención de usuarios/as de salud mental.**

Tisera, Ana y Lohigorry, José Ignacio.

Cita:

Tisera, Ana y Lohigorry, José Ignacio (2015). *Dispositivos estratégicos en las trayectorias de atención de usuarios/as de salud mental. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-015/632>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/epma/bpC>

*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>.*

# DISPOSITIVOS ESTRATÉGICOS EN LAS TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN DE USUARIOS/AS DE SALUD MENTAL

Tisera, Ana; Lohigorry, José Ignacio

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

---

## RESUMEN

La superación de lógicas asilares y tutelares implica la consolidación de dispositivos estratégicos que garanticen el acceso a los derechos de ciudadanía y favorezcan proyectos de vida autónomos para las personas con padecimiento mental. A partir de las prácticas y el uso de servicios que los/as usuarios/as realizan, desde un enfoque de investigación cualitativa, este estudio tiene como objetivo: describir trayectorias de atención de la salud mental en usuarias/os en proceso de externación, en Ciudad de Buenos Aires, durante 2014. Mediante una perspectiva hermenéutico-dialéctica, a partir de un relevamiento cuali-cuantitativo del que participaron 30 usuarios/as, se profundizó en las categorías analíticas a través de dos relatos de vida en tanto estudios de casos intrínsecos. El análisis de los datos consideró los puntos de inflexión del itinerario biográfico y los temas centrales, caracterizando los procesos de recuperación en la interrelación de aspectos subjetivos e intersubjetivos con el contexto sociohistórico.

## Palabras clave

Salud Mental, Dispositivos Derechos, Trayectorias de atención

## ABSTRACT

STRATEGIC DEVICES IN THE PATHS CARE OF MENTAL HEALTH USERS  
Overcoming asylums and tutelary logic involves the consolidation of strategic devices ensuring access to rights and autonomous life projects for persons with mental suffering. From practices and the use of services that users perform, from a qualitative research approach, this study aims: describe paths care of mental health in users being outside institutions, in Buenos Aires, during 2014. From a qualitative and quantitative survey of 30 participating users, analytical categories were studied through two life stories as intrinsic case study. The analysis considered the turning points of the biographical itinerary and the central issues in the relationship of subjective and intersubjective aspects with socio-historical context.

## Key words

Mental Health, Devices Rights, Paths care

## INTRODUCCIÓN.

En Argentina la propuesta de cambio paradigmático en el campo de la salud mental implica la consolidación del modelo comunitario de atención mediante la implementación de los servicios, prácticas y estrategias contempladas en los marcos normativos vigentes (Ley Nacional de Salud Mental 26657/2010 -LNSM-; Plan Nacional de Salud Mental 2013-2020). En este sentido, el desarrollo de dispositivos sustitutivos a lógicas manicomiales favorece procesos de externación e inclusión social de aquellas personas en situación de vulnerabilidad psicosocial, contribuyendo al armado de un proyecto de vida autónomo mediante el acceso a derechos como la salud, la vivienda, el trabajo y la participación en intercambios sociales y culturales.

En CABA, investigaciones previas, realizadas en cogestión con actores sociales del campo de la salud mental, ponen de relieve que la política de desinstitucionalización debe consolidar la red de dispositivos sustitutivos que favorezcan la externación e inclusión social, así como una formación profesional acorde al nuevo paradigma de atención (Zaldúa et. al. 2014). Asimismo, se destaca que luego de internaciones prolongadas la progresiva reducción de redes sociales, habitacionales y laborales produce efectos de habituación institucional. Esto interroga las prácticas e intervenciones que fomentan la apropiación del usuario/a respecto de su tratamiento, ubicándolo como sujeto con derechos y fortaleciendo la capacidad de exigibilidad y autonomía (Tisera et. al. 2013).

En el marco del proyecto UBACyT "Exigibilidad del derecho a la salud: prácticas instituyentes y dispositivos psicosociales en la zona sur de la CABA" dirigido por la Prof. Graciela Zaldúa, la presente investigación tiene por objetivo: describir trayectorias de atención de la salud mental en usuarias/os en proceso de externación, en CABA, en el año 2014. Se propone la consideración de sentidos subjetivos, en tanto configuración compleja que incluye al sujeto y los contextos en que actúa (González Rey, 2008), así como de prácticas y servicios utilizados por los/as usuarios/as, para caracterizar las formas de atención que intervienen en un contexto determinado (Menéndez, 2010).

## MARCO TEÓRICO

El conjunto heterogéneo de elementos discursivos y no discursivos que componen un dispositivo incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, medidas administrativas, leyes, enunciados científicos y proposiciones filosóficas (Foucault, 1977). Dichos elementos conforman una red con una naturaleza específica a partir de la cual el dispositivo produce formas de subjetividad, inscribiendo modos y formas de ser de acuerdo con determinados efectos de saber/poder. De este modo, los dispositivos buscan orientar prácticas singulares y conducir conductas, aunque diversas posibilidades latentes permiten que la práctica interprete y reinterpreté lo que la regla significa en cada caso particular (García Fanlo, 2011).

En el campo de la salud mental, lógicas tutelares y asilares consolidaron dispositivos disciplinarios que produjeron prácticas de disciplinamiento moral y aislamiento del mundo social. La interna-

ción prolongada en una institución monovalente instauraba para la persona con padecimiento mental una relación tutelar que implicaba la restricción de derechos (Amarante, 2009). El discurso de la enfermedad mental y la asociación de la persona con padecimiento mental con figuras de peligrosidad, contribuían a la validación social de dichas prácticas.

En tanto propuesta de superación de lógicas manicomiales, desde la perspectiva de la salud mental comunitaria se plantean servicios con base en la comunidad y diversas prácticas socioculturales que promuevan subjetividades autónomas, garanticen el acceso a derechos y favorezcan procesos de integración social en personas con padecimiento mental (Cohen y Natella, 2013; Amarante, 2009). Por ello, como dispositivos estratégicos y de subjetivación, deben adquirir características que eviten la serialidad y favorezcan procesos de singularización (Guattari, 1996). En este sentido, es importante situar las cartografías desplegadas por las personas con padecimiento mental en el cuidado de su salud. Desde un territorio existencial que incluye el uso de servicios de salud, así como de otras modalidades de atención, prácticas, conexiones y procesos subjetivantes, el/la usuario/a constituye redes de cuidado. Muchas veces éstas redes se crean incluso fuera del sistema de salud, como estrategia para superar las barreras al cuidado (Merhy et. al 2012).

#### METODOLOGÍA.

Desde un enfoque de investigación cualitativa que, desde escenarios naturales, procura entender o interpretar los fenómenos a partir de los significados que las personas les dan (Denzin y Lincoln, 2011), se adscribe a una perspectiva teórico-metodológica de la Psicología Social Comunitaria. La misma incluye el carácter dialógico entre agentes externos (profesionales) y agentes internos (personas y colectivos), junto con dimensiones éticas y políticas, como propuesta de emancipación y participación de la comunidad en la resolución de sus problemas (Montero, 2004). En este marco se implementó un diseño exploratorio-descriptivo, de corte transversal, para analizar casos de personas usuarias del sistema de salud mental de CABA, en procesos de externación. A partir de una muestra de 30 usuarios/as participantes de un relevamiento cuali-cuantitativo de datos tales como aspectos sociodemográficos, situación sanitaria, vivienda, trabajo y relaciones personales, realizado durante 2014 en un servicio de rehabilitación en salud mental de la zona sur de CABA, se decidió profundizar cualitativamente en las categorías analíticas relevadas a través de dos relatos de vida (Kornblit, 2007) considerados como Estudios de Casos intrínsecos (Stake, 2013). Dichos relatos, elaborados a partir de entrevistas abiertas y en profundidad, se centraron en la trayectoria de atención de la salud y las posibilidades de inclusión laboral.

El criterio de selección de los participantes fue intencional, intensivo y se trató de casos típicos, basados en la accesibilidad de los participantes (Patton, 1990).

Los casos seleccionados fueron: a) Juan de 24 años, quien vivía en Provincia de Buenos Aires junto a su madre y se encontraba realizando tratamiento ambulatorio en CABA luego de dos experiencias de internación breve; y, b) María de 46 años, quien vivía en Provincia de Buenos Aires, había atravesado 16 situaciones de internación tanto en hospitales monovalentes públicos y privados. Al momento de realizar las entrevistas se encontraba realizando tratamiento ambulatorio en CABA.

Para el análisis de datos, desde un enfoque hermenéutico-dialéctico (De Souza Minayo, 2009), se consideraron las narrativas producidas a partir de las técnicas empleadas (Montero, 2012), desarrollando el itinerario biográfico a partir de los puntos de inflexión y de los temas

centrales (Kornblit, 2007) en la interrelación de los aspectos subjetivos e intersubjetivos con el contexto sociohistórico (Bertaux, 2005). Respecto de las consideraciones éticas, se apeló a una perspectiva ético-relacional crítica (Sopransi, 2011), respetando los principios de voluntariedad, confidencialidad y anonimato para la participación en el estudio. En la descripción del relato de vida se omitieron situaciones y características personales a fin de resguardar la identidad de los participantes.

#### RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Se presentan, en un primer momento, los itinerarios biográficos de los casos seleccionados, destacando los puntos de inflexión respecto de la atención de la salud mental. Luego, se realiza un análisis de temas centrales en relación con el contexto histórico y las propuestas de atención en el campo de la salud mental y atención psicosocial.

##### Relato de Juan.

Juan nació y creció en Buenos Aires. A los 16 años se mudó junto con su madre a un país limítrofe para cuidar a un familiar que padecía una enfermedad. Luego de tres años dicho familiar fallece. Fue en ese contexto, al que se sumó el abandono de la escuela y el comienzo de un trabajo de varias horas por día, que irrumpió su “enfermedad” a partir de una crisis que derivó en una internación. Dicha internación fue vivida con desconcierto por estar muy medicado, a lo que se sumó sufrir agresiones y el robo de sus pertenencias. Luego de un mes recibió el alta y comenzó un periodo de tratamiento de cuatro años en el que se atendió en un hospital de provincia de Buenos Aires y luego en el Hospital Borda de CABA. Durante dicho tratamiento, en el que se sumó a un servicio de rehabilitación y pudo retomar sus estudios así como obtener un empleo en gastronomía, tuvo una recaída a partir de una situación de estrés laboral y el fallecimiento de un conocido con quien trabajaba. Luego de decidir una nueva internación en el hospital del mismo país limítrofe, que duró tres meses, regresó a Argentina donde retomó el tratamiento en el Hospital Borda y se reintegró en el servicio de rehabilitación.

Con el paso del tiempo Juan fue adquiriendo un rol más activo. La continuidad en el servicio de rehabilitación y la adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico, así como la contención familiar, generaron una sensación de mejoría y de mayor posibilidad de afrontar el cuidado de su salud.

A partir de dicho punto de inflexión finalizó sus estudios secundarios y obtuvo un empleo en una confitería de un club, recomendado por un amigo de la infancia. Para el futuro planificaba el fin del tratamiento en el servicio de rehabilitación, la continuidad de atención de su salud de forma ambulatoria y la posibilidad de estudiar en un conservatorio, ya que desde niño había desarrollado un fuerte interés por la música.

##### Relato de María.

María nació y creció en Provincia de Buenos Aires junto a su padre, madre y hermana. Para ella la clave que desató su “enfermedad” se remontaba a su infancia, marcada por situaciones de violencia y maltrato psicológico ejercidas por su padre, que padecía alcoholismo. A los 20 años, cuando cursaba el tercer año de una carrera universitaria, elección a la que se oponía el padre, irrumpió su “enfermedad”.

El refugio en la religión y el convencimiento de que los médicos la podrían ayudar, la llevaron a comenzar un tratamiento en un centro de salud cercano a su domicilio. Sin embargo, la decisión de María de no tomar la medicación para poder continuar con sus estudios, junto al rechazo familiar por esa actitud, produjo una depresión que

motivó, por recomendación de una vecina, una consulta e internación en el Hospital Moyano de CABA. Esa fue la primera de varias internaciones, que se sucedieron a lo largo de su vida (en total 16, siendo los tiempos de permanencia de tres a seis meses).

Dichas internaciones fueron tanto en el sector público como en el privado, marcando distintas modalidades de atención y posibilidades de recuperación. En 1992 frente a una crisis de nervios recuerda haber sido engañada por su familia y los médicos para que quede internada en el Hospital Moyano. Luego, al casarse con un empleado de mantenimiento de un hospital con quien convivió durante 7 años, padeciendo situaciones de violencia y diversas crisis, atravesó internaciones en el sector privado, donde “lucraban” con su salud. Finalmente, en el 2013, se produjo su última internación ante la emergencia de una crisis producto de cuidar durante 8 meses a su madre quien se encontraba postrada. Esta internación se realizó en el Hospital Moyano de forma voluntaria, firmando el consentimiento y participando de las decisiones relativas a su tratamiento. Luego de dos meses obtuvo el alta y volvió a su casa donde empezó a vivir sola ya que su madre había ingresado a un geriátrico.

Esa experiencia marca un nuevo periodo para María, que comenzó a sentirse mejor anímicamente para afrontar el cuidado de su salud. Frente a necesidades económicas y las dificultades de acceso al empleo, se incorporó a un servicio de rehabilitación que otorgaba una remuneración por mes.

Dicho tratamiento, junto a la posibilidad de participación en espacios socioculturales, como la Iglesia, favorecían su recuperación, generando recursos para superar situaciones de crisis o malestar y sostener la cotidianeidad.

#### La experiencia vital de la “enfermedad”

En los procesos de reformas del modelo asilar y tutelar al considerar la determinación social de la salud mental y la situación de vulnerabilidad psicosocial asociadas a las personas con padecimiento mental, principalmente aquellas que atravesaron internaciones, se sostiene que los procesos de rehabilitación deben contemplar tanto la recuperación psicológica, como social y funcional. En este sentido la idea de recuperación (Pastor et. al., 2010) se relaciona con la de restitución, lo que no implica la vuelta a un punto inicial o remisión total de los síntomas, sino un proceso diacrónico de desarrollo que favorezca una inclusión social real e integración de las personas con padecimiento mental en el marco del acceso a derechos de ciudadanía.

En ambos relatos la trayectoria de atención de la salud y las posibilidades de recuperación e inclusión social se organizan alrededor de la irrupción y la experiencia vital de la “enfermedad”. Tanto Juan como María sitúan hacia los 20 años un momento de irrupción del padecimiento que marcó rupturas y puntos de inflexión en sus itinerarios biográficos. A partir de allí el proceso de atención adquirió un nuevo recorrido respecto a los vínculos, el acceso a derechos como el trabajo y a la vida en sociedad, en un contexto histórico signado por propuestas y prácticas orientadas a un cambio paradigmático en el campo de la salud mental.

#### *Situaciones de internación, intervenciones frente a la crisis.*

El marco normativo vigente en salud mental se centra en los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Para la atención se plantea la alternativa terapéutica que menos restrinja los derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria (art. 7, inc. e, LNSM). Por ello, se prioriza la atención en los entornos familiares, sociales y comunitarios, siendo la internación un recurso terapéutico de carácter restrictivo que debe

ser breve y orientarse a la pronta recuperación e inserción social (arts. 14 y 15, LNSM y art. 19 Ley 448, CABA).

En ambos relatos la emergencia de crisis propició el acercamiento a servicios de salud, que finalizó en la consulta e internación en hospitales monovalentes. En dichas internaciones surgieron situaciones que refieren el impacto subjetivo que conlleva la internación y la importancia de la participación en la toma de decisiones así como de la intervención de equipos interdisciplinarios.

En la internación producida hace más de 20 años María recordó que su atención de salud estuvo acompañada de internaciones en las que fue engañada y no se respetaba su decisión:

*“Recuerdo que tenía un médico, que lo tenía que esperar una eternidad, para que me atendiera, que no, no quede complacida yo con el tratamiento con él, pedí cambio de médico, me dijeron que no, que me tiene asignado ese, que esto era un hospital que no me lo podían cambiar”.*

Asimismo remarcó el exceso de medicación que afectó sus capacidades intelectuales y la posibilidad de continuar con sus actividades cotidianas:

*“A mí se me caía la baba, yo hablaba y se me caía la baba, los ojos colorados parecía una drogadicta. Un dolor en la espalda, una rigidez, la espalda parecía una tabla que no la podía mover ¡un horror, un horror!”.*

Por su parte Juan experimentó desconcierto y vulneración de derechos en su primera internación:

*“A esa internación me llevó mi mamá. En realidad fue por orden judicial (...) [en la primera internación] estaba muy mal porque yo no sabía qué me pasaba, qué tenía. Lo único que recuerdo, es que desperté en el hospital. Por lo que me dijo mi mamá, yo tuve un brote psicótico y alucinaciones”.*

A diferencia de estas situaciones, en su última internación, producida en el año 2013, María destacó la posibilidad de decisión sobre la internación, previa entrevista con un equipo interdisciplinario:

*“... yo cada vez que me he auto internado siempre fue mucho menos traumático para mí, que me agarraran de los pelos y me internara mi familia y yo estuviera tan volada y no supiera donde estaba parada” (María)*

En el modelo comunitario de atención de la salud mental se plantea la adopción de un enfoque de crisis que articule, frente a la urgencia, intervenciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, favoreciendo aspectos que contribuyan con la integración (Cohen y Natella, 2013). De esta forma, la toma de decisiones sobre el tratamiento, así como la inclusión de familiares y referentes en el proceso de recuperación, tiene en cuenta los derechos que asisten a las personas con padecimiento mental y los respeta. Esto favorece que las internaciones se prolonguen el menor tiempo posible, manteniéndose un enfoque comunitario orientado a la inclusión social.

#### *Inclusión sociolaboral y proceso de recuperación.*

La irrupción del padecimiento marcó tanto para Juan como para María la dificultad en el ingreso y sostenimiento de empleos. En este sentido se mencionaron aspectos de expulsión del mercado formal de trabajo y la persistencia de estigmas.

*“Sinceramente es complicado conseguir laburo. Ya está complicado en sí, imagínate en una persona con una enfermedad, no sé si crónica, pero que lleva años recuperarse (...) pero no solo el trabajo, sino que en formar una familia, e ir progresando de a poco, a nivel de estudio, también” (Juan)*

*“Ahora no estoy buscando trabajo. Deje curriculums. Compatibles con la pensión no son, porque yo al ser discapacitada, no me pueden poner en blanco, me tienen que tomar en negro y si yo digo que*

soy discapacitada, no me toman. Porque hay mucha discriminación (...) [al plantear en una peluquería que tenía un problema mental me dijeron] 'ah, no querida, mira perdóname pero yo no quiero problemas, vos sos una persona enferma, hace tu tratamiento, pero yo no te voy a contratar, y mucho menos tenerte en negro'" (María).

Frente a la persistencia de procesos de exclusión, las propuestas de atención en el campo de la salud mental sostienen que se debe garantizar una base de derechos que favorezcan procesos de inserción social de las personas con padecimiento mental (Rotelli, 2014). En ambos relatos, se observó el acceso a actividades productivas, principalmente mediante la participación en servicios de rehabilitación, como posibilidad de restitución de derechos. Esto favoreció el desarrollo personal y tomar un rol activo frente al padecimiento. Aunque también se evidenció lo lábil de ciertas propuestas que dificultaban la consolidación de una vida autónoma.

"Sinceramente, mi mamá pensó que yo no iba a tener recuperación. Que no iba a poder salir [después de la primera internación], porque estaba muy dopado y era muy chico todavía. Y bueno, después hice terapia ocupacional, vine para acá, hice otras cosas (...) para ella quizás fue sacarse un gran peso de encima, porque ella me tenía que cuidar y eso, y ahora como que estoy más lúcido, ya encaro la enfermedad de otra forma. Yo siempre lo dije, no lo veo como una enfermedad, porque si lo viera como una enfermedad no haría nada (...) [ahora] no voy a ser tan boludo de dejar el tratamiento otra vez, porque lo que me pasó no es chiste, o sea, estaba re descontrolado (...) porque el bocho si no lo tenés ocupado te maquina" (Juan)

"[en el servicio de rehabilitación] estoy más que agradecida, porque yo me siento útil, siento que sirvo para algo, tanto mi marido me decía inútil (...) yo tengo un trabajo y tengo una obligación y respondo a un jefe, tengo que cumplir con mi obligación (...) soy muy responsable licenciado, a mí no me gusta faltar a mi trabajo. Cuando estaba en la facultad no faltaba nunca" (María)

Si bien favorecían procesos de recuperación, la participación en actividades productivas en servicios de rehabilitación y los recursos económicos de la seguridad social no fueron considerados como soluciones permanentes, ya que no permitirían consolidar otros proyectos que implicaban mayor autonomía:

"Lo que pasa es que la pensión no sé si hace bien, porque no estimula a querer salir adelante (...) por eso yo no he sacado la pensión, ni certificado de discapacidad. Me lo ofrecieron pero yo no quise y aparte me enferme muy joven y como te dije, tengo una vida por delante todavía, yo creo que si hay una tercera internación ahí sí me voy a sacar la pensión, pero mientras pueda voy tirando" (Juan).

"Yo por ahora tengo la pensión, que son \$2200, a mí me cuesta muchísimo llegar a fin de mes (...) [en un futuro voy a intentar conseguir empleo] con todas mis fuerzas, con todas mis ganas de ver si puedo entrar en un taller de costura" (María)

"[participar del servicio de rehabilitación] te mantiene la mente ocupada, lo que pasa, lo que tiene el paciente psiquiátrico es que si no fuma o busca alguna otra actividad, no para de pensar (...) pero si vos te quedas con esto nada más, los años se van. Yo entiendo que hay gente mucho más grande que yo, que están jubilados y vienen acá, eso lo entiendo, pero gente joven que viene acá y tienen la pensión y se quedan con eso como que se estancan" (Juan)

#### *Prácticas sociocomunitarias como recursos para la integración social.*

En el campo de la salud mental, el desarrollo de prácticas y actividades sociales y culturales se constituyen como modalidades que favorecen el intercambio entre diversos actores y contribuyen a la modificación de imaginarios sociales (Amarante, 2009). En los relatos analizados la participación en espacios socioculturales,

prácticas en la comunidad e intereses personales se constituían en recursos que reforzaban los procesos de recuperación, habilitando la proyección a futuro y el sostenimiento de la vida en comunidad.

"Yo escribo desde los 8 años y ya a los 12 o 13 ya venía con el tema de la música, surge más por parte mía, no de la escuela. Sí, realmente, musicalmente soy un enfermo, yo puedo estar 24 horas escuchando música y no me aburro nunca (...) [a futuro] ya tener el secundario terminado es una gran puerta, si quiero estudiar otra cosa, o yo que sé, para un laburo, la idea es poder seguir estudiando ya te digo, en el conservatorio, aunque sea para dar clases, ya sé que son 7 años, pero bueno..." (Juan)

"Eso es un recurso que tengo yo, cuando me siento muy mal, tengo una crisis o estoy muy nerviosa, me meto en un cafecito, ¡me tomo 5 minutos, me tomo un té! Y se me va pasando, es terapéutico eso (...) [además] yo soy evangélica, entonces cuando yo oro, le pido al señor, me encomiendo en manos del señor, yo siento que Dios me escucha, y que me va a ayudar, y me tranquilizo" (María).

#### REFLEXIONES FINALES:

El marco normativo vigente en salud mental resignifica la implementación de acciones en distintos dispositivos previos a la LNSM favoreciendo una mayor participación de las personas con padecimiento mental en el proceso de atención. Dicha normativa establece abordajes interdisciplinarios e intersectoriales (art. 9) y la implementación de acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria a partir del desarrollo de diversos dispositivos (Art. 11). Los relatos de vida analizados dan cuenta de potenciales que aparecen expresados en las trayectorias o pasajes por espacios de atención que incluyen tanto servicios como prácticas socioculturales. Estos espacios deben ser fortalecidos en pos de la implementación de la LNSM contribuyendo con los procesos de recuperación en la comunidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amarante, P. (2009). Superar el manicomio. Salud mental y atención psico-social. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Bertaux, D. (2005). Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica. Barcelona: edicions bellaterra.
- Cohen, H.; Natella, G. (2013). La Desmanicomialización: crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Denzin, N. y Lincoln Y. (2011) El campo de la investigación cualitativa. Manual de Investigación Cualitativa. Vol I. España: Gedisa Editorial.
- De Souza Minayo M. C. (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Fernando González Rey, F. (2008). Subjetividad y psicología crítica: implicaciones epistemológicas y metodológicas. En Jimenez-Dominguez, B. Subjetividad, participación e intervención comunitaria. Una visión crítica desde América Latina. pp. 31-55. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1977). Saber y Verdad. Madrid: Ediciones de La Piqueta.
- García Fanlo, L. (2011) ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben. A Parte Rei. 74. Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/>
- Guattari, F. (1996). Caosmosis. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Kornblit, A. L. (2007). Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis. Buenos Aires: Biblos.
- Merhy, E. et. al. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. Salud Colectiva, vol. 8, núm. 1, pp. 25-34.
- Menéndez, E (2010) De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Montero, M. (2004). Introducción a la Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2012). Hacer para transformar. El método de la Psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós.
- Pastor, A.; Blanco, A.; Navarro, D. (coor.) (2010). Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid: Editorial Síntesis.
- Patton, M. (1990). Qualitative Evaluation and Research Methods. London: Sage.
- Rotelli, F. (2014). Vivir sin manicmios. La experiencia de Trieste. Buenos Aires: Topía Editorial
- Sarraceno, B. (2003). La liberación de los pacientes psiquiátricos. México: Editorial Pax.
- Stake, R. (2013). Estudios de casos cualitativos. En Denzin, N.; Lincoln, Y. (Comps). Estrategias de investigación Cualitativa. Manual de investigación cualitativa, Volumen III. Barcelona: Gedisa.
- Sopransi, B. (2011) Criticidad y relación: dimensiones necesarias de la ética en la psicología comunitaria, en Zaldúa, G. (Comp.) Epistemes y prácticas en Psicología Preventiva. Buenos Aires: EUDEBA.
- Tisera, A. et. al. (2013). Salud Mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. Anuario de Investigaciones en Psicología. Vol. XX N°1 pp. 251-258. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2013) Discurso científico, político, jurídico y de resistencia. Análisis lingüístico e investigación cualitativa. Buenos Aires: Gedisa editorial.
- Zaldúa, G. et. al. (2014). Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2010 y 2013. Consultado el 02 de marzo de 2015. Disponible en <http://www.aacademica.com/>