

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2017.

Prácticas inclusivas socio- habitacionales: programa residencial del Hospital Borda.

Tisera, Ana, Lohigorry, José Ignacio, Siedl, Alfredo Claudio José, Paolin, Carla, Pelosi, Daiana Ayelen, Gonzalez, Maribel y Bruno, Marina.

Cita:

Tisera, Ana, Lohigorry, José Ignacio, Siedl, Alfredo Claudio José, Paolin, Carla, Pelosi, Daiana Ayelen, Gonzalez, Maribel y Bruno, Marina (2017). *Prácticas inclusivas socio-habitacionales: programa residencial del Hospital Borda. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/720>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/TOP>

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>.

PRÁCTICAS INCLUSIVAS SOCIO-HABITACIONALES: PROGRAMA RESIDENCIAL DEL HOSPITAL BORDA

Tisera, Ana; Lohigorry, José Ignacio; Siedl, Alfredo Claudio José; Paolin, Carla; Pelosi, Daiana Ayelen; Gonzalez, Maribel; Bruno, Marina

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

Se presenta el proceso de planificación de un Programa Residencial en Salud Mental como dispositivo socio-habitacional. Distintas investigaciones realizadas en cogestión con personas con padecimiento mental y antecedentes de propuestas de reforma sirvieron de fundamento para su formulación. Como perspectiva teórico metodológica se retoman aportes conceptuales del campo de la Salud Mental y de la Psicología Comunitaria. Los mismos permitieron analizar los distintos aspectos del Programa Residencial. Se puntualiza sobre: la capacidad jurídica y la posibilidad de firmar un consentimiento informado, el trabajo intersectorial e interdisciplinario y las perspectivas de rehabilitación y recuperación. Dentro de las propuestas de desinstitucionalización, los procesos de externación y su sostenimiento requieren de dispositivos que respeten la singularidad y la capacidad de los sujetos de participar activamente en la atención de su salud. De esta forma se apunta a que los usuarios logren la recuperación mediante decisiones apoyadas en una propuesta colectiva que promueva lazos solidarios. Asimismo, la articulación entre diversos servicios y efectores de áreas como Salud Mental, Trabajo o Desarrollo Social refuerza la continuidad de cuidados, dando cuenta de una respuesta integral.

Palabras clave

Salud Mental, Dispositivo, Inclusión Socio-Habitacional

ABSTRACT

INCLUSIVE SOCIO-HABITATIONAL PRACTICES: RESIDENTIAL PROGRAM OF BORDA HOSPITAL

We present the planning process of a Residential Program in mental health as a social-housing device. Different investigations carried out in co-management with people with mental illness and antecedents of reform proposals served as a basis for their formulation. As a theoretical and methodological perspective, we considered conceptual contributions from the field of Mental Health and Community Psychology. These allowed to analyze the different aspects of the Residential Program. It focuses on: legal capacity and the possibility of signing informed consent, intersectoral and interdisciplinary work and the prospects for rehabilitation and recovery. Within the proposals for deinstitutionalization, externalization processes and their sustainability require devices that respect the uniqueness and ability of subjects to participate actively in the care of their health. In this way, the aim is for users to achieve recovery through decisions based on a collective proposal that promotes solidarity bonds. The articulation between different services and effectors of areas such

as Mental Health, Work or Social Development reinforce the continuity of care, giving an integral response.

Key words

Mental Health, Device, Social-Housing Inclusion

1. INTRODUCCIÓN

El artículo desarrolla el proceso de planificación de un Programa Residencial en Salud Mental como dispositivo con orientación comunitaria. Parte del equipo a cargo participó, entre otras, en la investigación UBACyT “Exigibilidad del derecho a la salud: prácticas instituyentes y dispositivos psicosociales en la zona sur de la CABA” dirigida por la Prof. Graciela Zaldúa. Desde una perspectiva cualitativa de investigación se han considerado los recorridos de atención y las posibilidades de rehabilitación, recuperación e integración social de personas con padecimiento mental.

Como principal aspecto de los relevamientos realizados previamente[i] se destaca que las internaciones prolongadas reducen las redes vinculares, laborales y habitacionales, y que incluso en las breves, el ámbito de la hospitalización se constituía como espacio en el cual las personas desarrollaban una trama social puertas adentro en detrimento del afuera. Así, la posibilidad de atención, rehabilitación, el acceso al trabajo o a un lugar donde residir, se concretaba en efectores de salud mental y de otras áreas como trabajo y desarrollo social, que se ubicaban en las cercanías de la institución monovalente y que no tenían una propuesta unificada de tratamiento. Asimismo, los distintos actores sociales participantes de las investigaciones mencionaban la escasez de dispositivos de atención en la comunidad que contribuyeran a rearmar proyectos de vida, lo que profundizaba las situaciones de vulnerabilidad psicosocial.

El programa residencial se diseñó a partir de estos resultados y de un relevamiento bibliográfico de propuestas y experiencias de reforma en Salud Mental Comunitaria. Pensado como dispositivo en Salud Mental su objetivo es promover la inclusión socio-habitacional y procura orientar la intervención para contribuir a consolidar la continuidad de cuidados y el sostenimiento de la externación. Por ello, se plantea un trabajo interdisciplinario e intersectorial articulado con otros servicios y efectores, pues incluir servicios y profesionales de la Salud Mental, así como actores sociales y dispositivos de otras áreas (Trabajo, Desarrollo Social) promueve la integración social y el armado de redes de cuidado de las personas con padecimiento mental.

1.1. Antecedentes de dispositivos habitacionales en Salud Mental.

En distintas experiencias internacionales y nacionales de desinstitucionalización, junto a la acción de desmontaje manicomial, se propuso la creación de servicios y de dispositivos sustitutivos que posibilitaran la integralidad del cuidado de la Salud Mental. Así, las estrategias e intervenciones en las áreas laboral, habitacional y sociocultural son aspectos claves en el proceso de transición entre un paradigma asilar-tutelar y un paradigma de derechos humanos. Desde esta propuesta, los dispositivos comunitarios e integrales favorecen procesos de externación e inclusión social de aquellas personas en situación de vulnerabilidad psicosocial.

En los procesos de reforma, la propuesta de rehabilitación e integración social implicaba que aquellas personas que se encontraban internadas, pudieran recuperar su posibilidad de habitar la ciudad. Un primer paso para ello es su alojamiento en residencias o casas de Salud Mental. Por ejemplo, en Trieste, Italia, se habilitaron en centros de salud mental, y también en pisos ciudadanos, generalmente de a cuatro, hasta un máximo de ocho convivientes (Dell Acqua, 2012). Con base en ello, en Leganés (Madrid), España, se promovió una secuencia de pisos “de transición” (o de entrenamiento en habilidades domésticas), protegidos (con asistencia médica, y asistencia ocupacional y social) y “normalizados” (para los usuarios socialmente más integrados). Es decir, se trata de un paso progresivo en la provisión de alojamientos, con el mayor nivel de autonomía posible, donde se realizan intervenciones rehabilitadoras. Este modelo basado en el seguimiento y en la continuidad de cuidados, llevó a una modificación en el perfil de los residentes: de una población inicial de personas con largos periodos de institucionalización y situaciones relativamente homogéneas, se pasó a un abanico más amplio que combinaba personas con diferentes niveles de autonomía, diversas problemáticas familiares, y distintos padecimientos de salud mental (Desviat, 1994; Siedl, 2008).

En Argentina, con el retorno de la democracia, la propuesta de reforma y desmanicomialización en la Provincia de Río Negro, llevó al cierre del hospital monovalente y a la promoción y el desarrollo de recursos comunitarios, que favorecieron la implementación del sistema comunitario de atención en salud mental. Allí se desarrollaron, desde el área Salud Mental, dispositivos y estructuras para la vivienda: casas de medio camino, hogares de tránsito o residencias para personas declaradas inimputables (Cohen y Natella 2013: 36). Además de esos dispositivos se desarrollaron otras alternativas en cogestión con los actores sociales de la comunidad, mediante un trabajo intersectorial e interdisciplinario.

Se han propuesto iniciativas residenciales similares en varias provincias, por ejemplo, en Córdoba, Chaco y Buenos Aires. En esta última el Programa de Externación Asistida (PREA) del Hospital Estévez, Temperley, funciona desde 1999 alojando usuarias en viviendas alquiladas por el Ministerio de Salud a partir de una política de reconversión de recursos. También el hospital Cabred de Luján tiene un programa convivencial con una veintena de casas donde conviven de 2 a 5 personas que, al igual que en el caso anterior, deben asistir a talleres de diferente índole (de formación y recreación) y a asambleas de convivencia. Finalmente, en la Ciudad de Buenos Aires, a partir de políticas públicas orientadas a una pro-

gresiva desinstitucionalización se crearon casas de medio camino y residencias protegidas para favorecer procesos de externación (Casa Gorriti, Casa Goyena, Warnes y Casa de Medio Camino del Poder Judicial).

1.2. Propuesta del Programa Residencial.

A partir de considerar dichos antecedentes y propuestas de modelos de dispositivos habitacionales y, desde la perspectiva de derechos contemplada en el marco normativo vigente (Ley 448/00 de la Ciudad de Buenos Aires, Ley Nacional 26657/10), se planificó dentro del espacio del hospital Borda un Programa Residencial en Salud Mental para personas en situación de alta interdisciplinaria, contemplando la importancia del desarrollo de acciones que promuevan la integración social y la continuidad de cuidados en el entramado de dispositivos comunitarios existentes.

Dicho Programa Residencial procura constituirse en el campo de la Salud Mental como un dispositivo de inclusión socio-habitacional que sea complementario de la atención en salud (tratamiento y rehabilitación) y que promueva sujetos activos en el reconocimiento de sus derechos y en su capacidad real de ejercerlos con el mayor grado de autonomía posible.

2. MARCO TEÓRICO

Tanto en las investigaciones realizadas, como al momento de planificar el Programa Residencial, el concepto de dispositivo (Foucault, 1977) permitió pensar la complejidad del campo de la salud mental y las intervenciones comunitarias a ser desarrolladas. Las políticas públicas, que varían entre ser inclusivas, garantes de derechos, o neoliberales, mercantilizantes, y los programas sociales concomitantes se encuentran en el terreno con actores sociales que trabajan en instituciones creando espacios variados y diferentes entre sí. La noción de dispositivo permite pensar la heterogeneidad de estas prácticas, que integran elementos discursivos y no discursivos, instituciones, arquitecturas, medidas administrativas, leyes, organigramas, enunciados científicos, filosóficos, posiciones políticas, ideales y compromisos personales, lo que bien puede ser, en este último y esencial caso, una forma de agenciar el deseo (Deleuze y Guattari, 2002). Pensado así, un dispositivo permite comprender, por ejemplo, cómo se constituye un espacio nuevo, como es un programa residencial, que difiere de otras propuestas, incluso dentro de un modelo macropolítico de corte liberal. Paulo Amarante (2009) propone, siguiendo a Rotelli, pensar las estrategias transformadoras en el campo de la salud mental como un proceso complejo con distintas dimensiones, tales como la jurídico-política, la teórico-conceptual, la asistencial y la sociocultural.

Dentro de una propuesta de Salud Mental se considera a la Psicología Comunitaria, en su perspectiva crítica, como campo disciplinar de intervención que reconoce la realidad social como fundamento, contempla el carácter activo de los sujetos como actores y al cambio social como producto de los grupos y comunidades (Jimenez-Dominguez, 2008). Desde dicho marco y, en cogestión con los sujetos que atraviesan o atravesaron situaciones de internación, se propone una intervención que genere estrategias y recursos sustitutivos de acceso a derechos y de consolidación de autonomía, entendida como empresa social colectiva.

Para personas con padecimiento mental con experiencias de internación que pueden haberse extendido en el tiempo, debe haber dispositivos estratégicos y de subjetivación con características que eviten la serialidad y favorezcan procesos de singularización. Dicha singularidad se expresa tanto en el recorrido de atención de su salud (el uso de servicios de salud), como mediante otras modalidades de atención (por ejemplo, la auto atención), prácticas y procesos subjetivantes. El proyecto residencial descrito se propone integrar, en un dispositivo original, espacios sociales diversos, dentro y fuera de las redes y recorridos habituales conocidos por los usuarios (talleres, programas, etc.), en acuerdo con los propios usuarios.

3. PROPUESTA METODOLÓGICA.

Un aspecto central en el funcionamiento del dispositivo es la reflexividad acerca de las propias prácticas y las teorías que las sustentan. Siguiendo las propuestas de Ibáñez (1992) y Montero (2001), las dimensiones ética, productiva y política configuran a la praxis y constituyen plena responsabilidad de quienes la promueven. En tanto esto sea así, la perspectiva cualitativa de intervención-investigación (Montero, 2004) es la más adecuada para este dispositivo, enmarcada en la Psicología Social-Comunitaria. La Investigación Acción Participativa se orienta a partir de los problemas y necesidades sentidos por los participantes con quienes se comparten conocimientos y acciones, promoviendo el diálogo. En este sentido, se propone utilizar estrategias de estudio de casos, en tanto permitan ver un recorrido por estos temas subjetivamente relevantes. Los instrumentos técnicos como la observación participante, las entrevistas, la auditoria, el análisis documental y el análisis hermenéutico, configuran un arsenal metodológico necesario. El proyecto convivencial reseñado, de relevancia y actualidad en sí mismo, en tanto ha comenzado en 2017, deberá integrarse en investigaciones y acciones futuras, como las ya mencionadas.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1. Inclusión Social-habitacional: los Objetivos del Programa Residencial.

En los últimos años, a partir de la implementación de distintas prácticas y de nuevas normativas en salud mental, se ha ido modificando la dinámica de las internaciones en instituciones monovalentes de salud mental. De una totalidad que permanecía internada durante décadas, se pasó a un porcentaje de personas que luego de unos pocos meses podían continuar tratamientos ambulatorios. Persistiendo, sin embargo, como obstáculos para lograr procesos de externación, dificultades de acceso a la vivienda y al trabajo junto con déficits en la atención de la salud (CELS, 2008).

Respecto de la situación habitacional, en el Modelo Comunitario de Atención, se plantean distintas estrategias que tienen por objetivo la inclusión socio-habitacional. Las mismas no se reducen solamente al acceso a la vivienda, sino que incluyen prácticas e intervenciones referentes a las habilidades y las capacidades que son necesarias para el sostenimiento de un hogar (Sarraceno, 2003).

El Programa Residencial, a partir de considerar estas perspectivas, planteó como objetivo "Promover la inclusión socio-habitacional y la continuidad de cuidados en personas con padecimiento mental que se encuentren en situación de alta interdisciplinaria". Con este

fin, se plantea una intervención que al tiempo que articula con diferentes propuestas habitacionales, de forma tal que el usuario/residente pueda lograr un domicilio propio, va trabajando respecto de las actividades de la vida diaria y las capacidades sociales relativas al habitar. Junto con ello se busca también establecer un proyecto individualizado de cobertura de necesidades cotidianas, coordinado con los servicios de Salud Mental.

4.2. Abordaje interdisciplinario e intersectorial: articulación con efectores sanitarios y sociales.

En la población destinataria del Programa Residencial, la atención de la salud y el tratamiento posible no finaliza con la remisión del estado de riesgo cierto o inminente que motivo la internación. Enmarcado en las normativas vigentes, el Programa Residencial se sostiene en un abordaje intersectorial e interdisciplinario a través del cual se intenta responder a necesidades complejas. Las perspectivas de Salud Mental que la Ley Nacional N° 26657 y la Ley N° 448 de Ciudad de Buenos Aires plantean, se sustentan en el carácter inescindible de la misma con la salud integral. Esto implica que las políticas en Salud Mental deben incluir la articulación con los programas y efectores desarrollados por el Ministerio de Trabajo, Desarrollo Social, Salud, entre otros, para lograr la integración social de las personas con padecimiento mental. En este sentido, el marco legal se sostiene en las normativas internacionales que desde la Declaración de Caracas (1990), hasta el Consenso de Panamá (2010), han problematizado las lógicas de atención hospitalocéntricas, apuntando a una desinstitucionalización progresiva.

El Programa Residencial se funda en una lógica de rehabilitación psicosocial y de continuidad de cuidados, planteando una coordinación de distintos espacios en una red asistencial (Sarraceno, 2003). La perspectiva rehabilitadora ubica desde la singularidad de cada persona, los aspectos que deben trabajarse, ya sea que se trate de potenciar la autonomía que los efectos de la institución total reducen o la posibilidad de re-establecimiento de lazos sociales y familiares, que permitan el sostenimiento de la externación y la vida ciudadana. Esto debe realizarse incluyendo las problemáticas habitacionales: la recuperación de una vivienda, su obtención, la posibilidad del mantenimiento de la misma, el trabajo con el grupo conviviente, etc.

El funcionamiento del Programa Residencial propone así contemplar distintos momentos, en cada uno de los cuales se fundamenta la importancia de un abordaje interdisciplinario, ya que esto posibilita prestaciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo comunitario más adecuadas a la problemática en cuestión y a su momento vital (Rubio y Escudero, 2006).

En tanto el modo de entender la salud (Declaración de Alma Ata, 1978) y con ella la salud mental fue variando históricamente, las respuestas que desde la red pueden brindarse, implican una construcción dinámica constante en continuo fluir e incluyen la participación social tal como lo demanda la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (2008).

Luego de la indicación y derivación al programa por parte de servicios de la red de salud mental, desde las preadmisiones, el trabajo del equipo del Programa Residencial se plantea en articulación con el equipo tratante, que incluye Médico Psiquiatra,

Psicólogo, Trabajador Social, profesionales del programa de rehabilitación psicosocial interviniente, entre otros actores posibles, de modo de poder diseñar un proyecto individual que se ajuste a la singularidad del caso. Se consideran aquí las distintas propuestas habitacionales, junto con los recursos de la seguridad social y del sector Salud Mental, que posibiliten la externación y su sostenimiento. Es así que entre los criterios de admisión además de que la persona se encuentre en situación de alta, se plantea que acepte la propuesta del Programa Residencial y esté integrado en propuestas de rehabilitación (Programa de Externación Asistida –Preasis-, Talleres de Rehabilitación en Salud Mental, Emprendimientos productivos en Salud Mental, dependientes de Salud Mental o Desarrollo Social de CABA).

Una vez consensuado el proyecto individual se decide la inclusión en una propuesta de mayor nivel de apoyo (Servicio de Hospital de Noche) o de menor nivel de apoyo (Servicio de Casa de Medio Camino), y se firma un consentimiento informado estableciendo los objetivos y las actividades a realizar.

4.3. Participación del sujeto en su tratamiento: el consentimiento informado.

En las investigaciones reseñadas previamente se observó que los usuarios, en su mayoría, no contaban con información y conocimiento de las características de los dispositivos habitacionales. En este sentido consideramos importante retomar los cambios normativos que reconocen la capacidad jurídica de los usuarios y la posibilidad de participar en la toma de decisiones.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 reconoce a la persona con padecimiento mental como un sujeto con derechos que puede tomar, de acuerdo a sus capacidades, decisiones relativas al tratamiento. Respecto de estos últimos establece que rige el consentimiento informado para todas las intervenciones (art. 10). En este sentido, creemos importante destacar la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La misma parte de la centralidad de la capacidad jurídica y su posibilidad de ejercerla, incluyendo la alternativa de toma de decisiones con apoyo o con asistencia de ser necesario.

Al momento de planificar el Programa Residencial se consideró de fundamental importancia poder trabajar con los usuarios de forma participativa las características de la propuesta y sus implicancias. Por ello, se realizaron asambleas y grupos de reflexión, en los cuales se proporcionó información y se promovieron intercambios cuyo resultado fue la confección de un Consentimiento Informado. El mismo incluyó: los objetivos del Programa Residencial y los criterios de admisión y permanencia; las pautas de convivencia y utilización del espacio común (uso y cuidado de las instalaciones) y; la estructura y régimen de actividades dentro del programa residencial que serán de carácter colectivo y convivencial. Se decidió también, que dicho documento llevaría la firma del usuario, junto con un referente de la comunidad, que acompañe así el proceso de integración social.

De esta forma como sostiene Iglesias (2015) el consentimiento informado, de acuerdo con la legislación vigente, se constituye como un proceso con base en la autonomía de la persona y cumple la función de brindar información para que en ejercicio de su capaci-

dad jurídica manifieste su voluntad, dando lugar a la toma de decisiones respecto de la atención de su salud.

4.4. Perspectiva de rehabilitación y recuperación: plan de actividades del Programa Residencial.

Entendemos a la rehabilitación y a la recuperación como conceptos dinámicos, como procesos continuos y no como resultados o productos finales, estáticos. En esta línea, el objetivo que se persigue desde el proceso rehabilitador no tiene que ver con la vuelta de la persona a los puntos de funcionamientos previos a situaciones de crisis, como sucede en los procesos médicos, sino con la adquisición de herramientas que posibiliten el avance y la construcción de espacios vitales nuevos, como la autonomía personal, principalmente. Desde una concepción comunitaria e integral de la salud mental, los procesos rehabilitadores deben tener en cuenta la recuperación tanto psicológica, como social y biológica de las personas en un sentido pleno, promoviendo su participación e integración activas en su contexto social. Por este motivo, en el Programa Residencial se aborda interdisciplinaria e integralmente la singularidad de cada usuario, a fin de hacer foco en todos los aspectos que atraviesan su rehabilitación.

Las actividades e intervenciones desarrolladas en el Programa Residencial variaran de acuerdo al dispositivo y a la persona. Como carácter general se busca fomentar la autonomía (conocimiento, personalización de espacios y ritmos, apoyo no paternalista) y la implicación en las actividades. Asimismo, se trabajan pautas de cuidado y autocuidado (prevención de recaídas, continuidad de cuidados, toma de medicación, etc.) y se promueven los intercambios sociales y la posibilidad de participar de espacios socioculturales. Dichas actividades se realizan junto con los usuarios a partir de entrevistas, grupos de reflexión, asambleas de convivencia y de organización de las actividades de la vida diaria, salidas socioculturales, etc.

La propuesta del proyecto individual se fundamenta en la importancia de utilizar como brújula del proceso de recuperación las particularidades biográficas y contextuales de cada usuario, guiándose por las fortalezas y los factores de resiliencia con los que cada uno cuenta, para alcanzar la mejor salud mental y bienestar posibles. Entendiendo a la rehabilitación como la posibilidad de recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir, relacionarse y participar plenamente en la comunidad, el proyecto individual apunta a las potencialidades del sujeto ya que, como mencionamos anteriormente, se trata de que éste logre desarrollarse en espacios vitales nuevos. “Se trata menos de volver a ser quien se era y más de descubrir quién se puede llegar a ser” (New Freedom Commission on Mental Health, 2003, citado en Pastor A., Blanco A., Navarro D., 2010).

5. PALABRAS FINALES.

A partir del recorrido propuesto podemos reflexionar que no hay un sistema coherente que explique o produzca cambios desde las leyes o las políticas gubernamentales, aunque la implementación de políticas públicas de sector sea una exigencia y una necesidad ineludible; lo que se observa es el resultado de estrategias, acontecimientos, micropolíticas, contradicciones, híbrides y compromisos.

Un proyecto de desinstitucionalización, junto a la relevancia que adquiere la atención de la salud, debe integrar la preocupación por el acceso a la vivienda y al trabajo en tanto derechos que promueven la integración social y la participación activa en los intercambios materiales y simbólicos de la comunidad. La implementación de esta perspectiva integral de la atención en Salud Mental, requiere que se desarrollen servicios territoriales, como el Programa Residencial aquí presentado, que se constituyan como espacios de sociabilidad, intercambio y producción de subjetividades. Se destaca en este planteo la concepción de un sujeto activo, que participe de su recuperación mediante decisiones apoyadas en procesos colectivos que promuevan lazos solidarios.

Por último, se resalta la importancia de la articulación entre diversos servicios y efectores como Salud Mental, Trabajo y Desarrollo Social, a modo de respuesta integral para lograr fortalecer la propuesta de continuidad de cuidados.

NOTA

[i] Para consultar las investigaciones ver el apartado Salud mental y derecho a la vida en la comunidad en Zaldúa, G. (coord.). (2016). *Intervenciones en Psicología Social Comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales*. Buenos Aires: Teseo. Disponible en www.editorialteseo.com

BIBLIOGRAFÍA

Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Editorial Topía.

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Dallorso, N. (2012). Notas sobre el uso del concepto de dispositivo para el análisis de programas sociales, en *Espiral, estudios sobre Estado y Sociedad*, vol. XIX, N- 54, mayo-agosto de 2012.

Deleuze, G. y Guattari, F. (2002). *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pretextos.

Desviat, M (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Ediciones Dor. SRL.

Desviat, M. y Moreno, A. (2012). *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación española de Neuropsiquiatría, Colección estudios 47.

Dell' Acqua, P. (2012). Presentación en *Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en territorio*. IDEASS, Dipartimento di Salute Mentale Trieste. Disponible en: <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>

Foucault, M. (1977). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ibáñez, T. (1992). *La tensión esencial de la psicología social*, en Páez et al *Teoría y método en psicología social*. Barcelona: Anthropos.

Jiménez-Domínguez, B. (2008). *Ciudadanía, participación y vivencia comunitaria*. En Jiménez-Domínguez, B. (compilador). *Subjetividad, participación e intervención comunitaria. Una visión crítica desde América Latina* (pp. 55-84). Buenos Aires: Paidós.

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

Montero, M. (2001). *Ética y política: las dimensiones no reconocidas*, en *Athenea Digital*, num. 0:1-10. Abril 2001.

Pastor, A.; Blanco, A.; Navarro, D. (coord.). (2010). *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid: Editorial Síntesis.

Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicmios*. Buenos Aires: Editorial Topía.

Rubio y Escudero (2006): *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Madrid: Editorial Asoc. Esp. Neuropsiquiatría.

Sarraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos*. México: Editorial Pax.

Siedl, A. (2008). *La reforma de la institución total*, en Premio 2008. *Dispositivos en Salud Mental. Aportes desde la psicología*. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, UBA.

Zaldúa, G. (coord.). (2016). *Intervenciones en Psicología Social Comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales*. Buenos Aires: Teseo.