

V CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA, XX JORNADAS DE INVESTIGACIÓN Y OCTAVO ENCUENTRO DE INVESTIGADORES EN PSICOLOGÍA DEL MERCOSUR. Facultad de Psicología, CABA, 2013.

Salud mental e inclusión social: derecho al trabajo en el contexto actual.

Tisera, Ana, Lohigorry, José y Lenta, María Malena.

Cita:

Tisera, Ana, Lohigorry, José y Lenta, María Malena (Noviembre, 2013). *Salud mental e inclusión social: derecho al trabajo en el contexto actual. V CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA, XX JORNADAS DE INVESTIGACIÓN Y OCTAVO ENCUENTRO DE INVESTIGADORES EN PSICOLOGÍA DEL MERCOSUR. Facultad de Psicología, CABA.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/86>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pEgt/oNk>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

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>.

Salud mental e inclusión social: derecho al trabajo en el contexto actual.

Tisera, Ana; Lohigorry, José; Lenta, María Malena

En Argentina, la reducida disponibilidad de dispositivos comunitarios para la atención en Salud Mental y la preeminencia de la internación en hospitales monovalentes, limitan el acceso a la integralidad de los derechos de las personas con sufrimiento mental, cuestión sostenida desde el nuevo marco normativo posicionado desde el paradigma de derechos humanos. Desde un enfoque de Psicología Social Comunitaria, este trabajo tiene como objetivo: caracterizar los obstáculos en la exigibilidad y justiciabilidad de derechos en el proceso de externación de usuarios/as con internaciones de larga data, en un programa de prealta de un hospital monovalente de la Ciudad de Buenos Aires. Desde una perspectiva hermenéutico-dialéctica, se implementó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas sobre los siguientes tópicos: (a) aspectos sociodemográficos; (b) diagnóstico y tratamiento; (c) situación habitacional; (d) situación vincular; (e) trayectoria laboral y prospectiva. La habituación institucional sostenida en la limitación a las prácticas de autonomía, el cercenamiento de los vínculos sociales extramuros y las resistencias subjetivas, obstruyen la exigibilidad de derechos. Asimismo, las tensiones en los campos disciplinarios intervinientes y la falta de implementación de las políticas públicas en el sector, limitan la justiciabilidad del derecho a la salud.

Palabras clave: salud mental autonomía derechos desmanicomialización

OBSTACLES IN ORDER TO GET ENFORCEABILITY AND JUSTICIABILITY OF MENTAL HEALTH RIGHTS

A Few devices for Community Mental Health care, and the preeminence of monovalent hospital admission, limit persons with mental suffering to access at entirety of rights in Argentina. This is the new regulatory framework in Mental Health's perspective: human rights' paradigm. According to this context, from a Social and Community Psychology, this paper aims to characterize obstacles in order to get enforceability and justiciability of rights in treatments of users with long-standing hospitalizations, in a pre-discharge program, from a monovalent hospital in Buenos Aires City. From an hermeneutic and dialectical perspective, it was implemented a questionnaire -open and

closed questions- on following topics: (a) sociodemographic, (b) diagnosis and treatment, (c) housing situation, (d) human relationships status, (e) past and future employment. Institutional habits limiting autonomy practices, hampered social links and subjective resistors obstruct rights' enforcement. These elements with tensions in disciplinary fields involved, and non-implementation of public policies in the sector, limit justiciability in health's right.

Keywords: mental health autonomy rights

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es parte del proyecto de investigación UBACyT "Exigibilidad justiciabilidad del derecho a la salud en la zona sur de la CABA", dirigido por la Prof. Graciela Zaldúa, que se centra en el estudio de los procesos de accesibilidad al derecho a la salud, en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. En ese marco, esta presentación indaga en la exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la Salud Mental en personas con internación de larga data, considerando los marcos normativos, institucionales, epistémicos y subjetivos.

En CABA, en los últimos once años se observó, en el sector público, un descenso de las camas destinadas a Salud Mental en hospitales monovalentes¹. Sin embargo, estas camas persisten como la mayor oferta ante situaciones de internación. Para mayo de 2011, las camas destinadas a SM en hospitales monovalentes del sector público eran de 1.908 (94,93%), frente a 102 (05,07%) camas de SM en dispositivos comunitarios y hospitales polivalentes.

Asimismo, si bien para el año 2011 en CABA se evidenciaba una disminución en la cifra de judicialización de las internaciones, se observó paralelamente un aumento de procesos por insania e inhabilitaciones, tal como señala el CELS (2012). Lo que ponen de relieve que el sistema de justicia continúa sosteniendo la principal política estatal hacia las personas con sufrimiento mental: la internación y la restricción de sus derechos (op. cit.).

En el año 2011, el Hospital Borda tuvo 891 ingresos y 994 egresos con un promedio de 719,5 pacientes internados por día (con un promedio de 811,18 camas disponibles). Es decir que la cantidad de ingresos y egresos supera (en más del 20%) a la cantidad de pacientes que se encuentran internados.

Si esta información se relaciona con el promedio de permanencia 264,2 (año 2011)ⁱⁱ y el giro cama (1,23 en 2011), se puede inferir un movimiento hospitalario en el que habría un porcentaje de personas que poseen un promedio de internación de pocos meses, con la posibilidad de continuar tratamientos ambulatorios; mientras que una parte importante de las personas continúan con internaciones prolongadas, que van desde el año hasta más de una década. Esta segunda población, en la mayoría de los casos, es la denominada como “pacientes sociales”. Poseen pocas perspectivas de externación y déficits en la asistencia médica, psiquiátrica, psicosocial y/o legal (CELS, 2008). Estos datos plantean que las internaciones en SM se realizan mayoritariamente en hospitales monovalentes, con el riesgo a **la habituación institucional** que ello conlleva.

MARCO TEÓRICO

Las propuestas de reforma en el campo de la Salud Mental se orientan a desarrollar servicios centrados en la comunidad, desde la perspectiva de la atención primaria de la salud, como una forma de dar respuesta a la problemática de la exclusión de las personas con sufrimiento mentalⁱⁱⁱ. De esta forma se cuestiona el papel central que tiene el Hospital Psiquiátrico y la internación, como única respuesta para abordar dicha problemática, estableciendo una estrategia de desinstitucionalización (Cohen, 2009; Galende, 2008; Sarraceno, 2003) y ubicando en primer plano los derechos humanos de las personas que atraviesan situaciones de sufrimiento mental.

La tensión persistencia-transformación en el campo de la Salud Mental, entre la exclusión-integralidad de derechos, dan cuenta de movimientos y procesos internacionales y locales. El campo de la Salud Mental y atención psicosocial se constituye como una dinámica social y compleja, históricamente construida, en el que intervienen diversos territorios/dimensiones que interactúan entre sí:

Territorio jurídico-político: contempla el marco normativo-legal respecto de la Salud Mental. Implica la problematización y vías de transformación respecto de estatutos tradicionales tales como el de peligrosidad, imputabilidad, incapacidad, responsabilidad, poniendo en tensión las acciones del campo de Salud Mental (Zaldúa, 2010). El derecho y el acceso al trabajo, a la educación, a la vivienda, a la cultura, etc. se constituyen en ejes centrales de la

legislación en Salud Mental a fin de garantizar el ejercicio de ciudadanía y promover la inclusión social.

Territorio institucional: constituye las redes de instituciones y prácticas que se dirigen a la atención de las personas con sufrimiento mental. Configurándose modalidades instaladas que reproducen la exclusión y el encierro como principal respuesta o; modalidades que habilitan nuevos escenarios que promueven autonomía, sostén terapéutico y el ejercicio de ciudadanía (Zaldúa op. cit.). En este sentido, cobra importancia la transformación de los servicios de Salud Mental, en tanto favorezcan el cuidado y se constituyan como lugares de sociabilidad, instituyentes de nuevos lazos sociales y producción subjetivante y de autonomía.

Territorio epistémico: alude a la lucha por la hegemonía de los campos teóricos y discursivos que operan sobre las prácticas sociales y disciplinares, para y con la locura. Definiciones y posicionamientos sobre la enfermedad, la salud, los derechos, la subjetividad, los sujetos y los dispositivos de atención, definen inclusiones y exclusiones en los espacios profesionales.

En particular, se trata de modalidades en el reconocimiento del otro como sujeto u objeto. A su vez, tiene efectos en la producción de sentido de las significaciones imaginarias sociales sobre el sufrimiento mental, en tanto organizadoras de afectos, soporte de representaciones y guía para las finalidades de las acciones. (Castoriadis, 1997).

Territorio subjetivo: comprendida como producción de sentido subjetivo, la subjetividad estimula formas de racionalidad que facilitan la asunción de producciones de sentido al interior de una cultura. Estas racionalidades conforman sistemas jurídicos y morales, propios de todas las instituciones de la sociedad. Sin embargo, los sistemas de sentido subjetivo que sustentan las instituciones no son en primer término de carácter jurídico, sino políticos e ideológicos y conforman unidades emocionales y simbólicas (González Rey, 2011).

La Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657/2010 se plantea como paradigma alternativo frente a la lógica manicomial, cuestionando el sintagma locura-peligrosidad. Promueve abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, plantea que la atención de la Salud Mental se realice prioritariamente en la comunidad, promoviendo la recuperación y recreación de los lazos sociales.

Asimismo garantiza asistencia legal, revisión y excepcionalidad de las internaciones prolongadas y el consentimiento informado, así como el derecho de los/as usuarios/as a tomar decisiones vinculadas al tratamiento y rehabilitación e integración en la comunidad.

La reciente reglamentación refuerza los objetivos y el paradigma alternativo que propone la ley, generando desde su carácter participativo y la perspectiva de derechos condiciones que propicien su implementación.^{iv}

Esta normativa es solidaria con la Ley de Salud Mental de la CABA (448). Sin embargo, la falta de un Plan de Salud Mental señala que no fue suficiente con la sanción normativa para el desarrollo del proceso de desinstitucionalización manicomial. La brecha entre la retórica normativa y la realidad de las prácticas interroga sobre: (1) las decisiones político-presupuestarias que, actualmente, continúan concentrando el presupuesto en los hospitales monovalentes; (2) los procesos participativos sobre las decisiones de proyectos estratégicos e institucionales; y, (3) las decisiones técnico-corporativas e ideológicas sobre el reconocimiento del derecho a la SM (Zaldúa et. al. 2011b).

Para consolidar las prácticas y experiencias de desinstitucionalización -externación e inclusión social-, es necesaria una intervención que apele a la interdisciplinariedad, intersectorialidad y que tienda a efectivizar la protección de derechos y la recuperación y rehabilitación de las personas con sufrimiento mental. Desde la perspectiva de la Psicología Social Comunitaria, este cambio en las relaciones sociales y de poder, involucran necesariamente la participación activa de la comunidad en la resolución de sus problemas (Cruz Sousa, 1999). Asimismo, requiere la posibilidad de consenso y superación de tensiones entre intereses político-económicos, técnico-profesionales e ideológicos, sostenidos por una diversidad de actores institucionales, profesionales, de la comunidad y usuarios/as; favoreciendo y afianzando la promoción de ciudadanías activas en la exigibilidad de los derechos (Zaldúa et al. 2011a).

METODOLOGÍA

Desde una perspectiva hermenéutica-dialéctica, esta investigación tiene el objetivo de caracterizar los obstáculos en la exigibilidad del derecho a la Salud Mental en personas con largo tiempo de internación, que participan de un

Programa de Preacta (PPA), en un hospital monovalente de la zona sur de la CABA.

Este enfoque se propone un análisis de datos que interpreta su contenido dentro de un marco de referencias donde la acción de los sujetos y la acción objetivada de las instituciones, permite no sólo dilucidar el mensaje manifiesto sino también alcanzar los significados latentes (Minayo, 2009).

En el relevamiento de datos se implementó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas sobre los siguientes tópicos: a. perfil sociodemográfico, b. diagnóstico y tratamiento, c. condiciones y posibilidades habitacionales, d. historia y oportunidades laborales, y e. relaciones vinculares. La muestra fue intencional y estuvo compuesta por 18 participantes usuarios/as del sistema de SM. La misma fue homogénea en relación a su inclusión en el PPA; y, heterogénea respecto de edad, género, tiempo de internación y nivel educativo. Para el análisis de los datos, se realizó una lectura horizontal y exhaustiva de los datos a fin de aprehender las estructuras relevantes de los actores que permitieron construir categorías emergentes para el análisis y luego una segunda lectura transversal para la construcción de unidades de sentido. El tercer momento fue constituido por el análisis final de integración de los datos. Respecto de las consideraciones éticas, se apeló a una perspectiva ético-relacional crítica (Sopransi, 2011) y se consideraron los principios de confidencialidad, anonimato y voluntariedad para la participación en este estudio.

Descripción de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 18 participantes, de los cuales 15 fueron varones y 3 mujeres. En cuanto a la edad, se comprendió en un rango de 28 a 64 años, con una media de 49 años, una moda de 47 años y una mediana de 52,5 años.

Respecto del nivel educativo, el 50% tenía hasta secundario incompleto. El 16,6% tenía secundaria completa y 1 caso de terciario incompleto. Finalmente, el 33,3% tenía estudios terciarios o universitarios completos.

En cuanto al lugar de residencia anterior a la última internación, el 55% vivía en CABA mientras que el 33,3% lo hacía en Provincia de Buenos Aires. Y el 0,55% en el interior del país.

Del total de los participantes, el 72% se encontraba internado al momento de la realización del estudio. Asimismo, el 55,5% tuvo más de una internación. En relación a la última internación (que para algunos implicaba la internación actual), el 27,8% estuvo internado entre 4 y 7 años, el 16,7% entre 1 y 3 años, el 11,1% entre 8 y 12 años. Y se encontró 1 caso de menos de un año de internación y otro de más de 30 años.

En cuanto al tratamiento actual, además de concurrir al PPA, el 94,4% realizaban tratamiento psiquiátrico, el 77% concurría a psicoterapia, el 33,3% acudía a talleres, el 16,3% participaba en espacios de terapia ocupacional, el 16,3% tenía acompañamiento terapéutico y el 11,1% participaba en emprendimientos sociales.

RESULTADOS

Posibilidades y límites de la autonomía

La consideración de las personas con sufrimiento mental como sujetos de derechos, resalta la importancia del trato digno, el respeto por la intimidad y la identidad. Estas dimensiones se constituyen en soportes necesarios para lograr la autonomía en las decisiones de la propia vida y, en particular, sobre el tratamiento, la rehabilitación y los modos de integración en la comunidad.

En el estudio realizado, solo el 46,2% de los pacientes internados tenía una internación voluntaria. En cuanto al consentimiento informado sobre la última internación, el 46,2% (n=13) planteó haberlo realizado mientras que un 38,5% señaló que no tiene y un 15,4% indicó desconocerlo. Estos datos interrogan sobre la decisión de los usuarios/as respecto de la propia internación, resaltándose no solo la gran proporción de usuarios/as con internación involuntaria sino también el desconocimiento sobre la posibilidad de dar consentimiento o no, a dicha práctica.

Respecto de la decisión de la participación de los usuarios/as en PPA, cabe mencionar que este espacio es concebido como un lugar de pertenencia afectiva y de desarrollo de distintas esferas personales y sociales:

- “Es un lugar muy bueno, uno se puede informar con los diarios y tiene actividades interesantes como teatro leído, que sirve para desinhibirse” (Varón, 35 años)

- “Son recomendables para la estabilidad de los pacientes internados y los que están de alta” (Varón, 34 años)

- “El trato es bueno, nos tratan como personas decentes” (Varón, 40 años).

En este caso, se observa el reconocimiento por parte de los usuarios/as de ser tratados como sujetos de derechos con una connotación positiva que vincula la voluntariedad con la posibilidad de decidir sobre la propia vida.

Condicionamientos institucionales: la vida social intramuros

Otro aspecto a resaltar en relación a las internaciones prolongadas en el tiempo, es el concomitante resultado de deterioro de las redes sociales, habitacionales y laborales. Pues aun cuando el 100% de las personas (n=18) señaló tener familiares de referencia, encunto a la frecuencia de contactos con la familia, un 64,70% (n=17) mantenía contacto mensual o semanal -ya sea por teléfono o mediante visitas-, mientras que un 35,30% tenía contacto esporádico -anual- o, directamente, no tenía contacto. Presentándose una relación directamente proporcional entre tener una mejor relación con los familiares y la frecuencia de visitas. Asimismo, la posibilidad de sostener vínculos de amistad por fuera del hospital luego de la internación, se encontró igualmente dificultada en la mayoría de los casos:

-“Se cortaron un poco las relaciones desde que estoy internada” (Mujer, 61 años)

-“Tengo muy buena relación, pero me estoy distanciando por la internación” (Varón, 34 años)

-“[los veo] cada 15 días o un mes” (Varón, 63 años).

Frente a ello, se observó el desarrollo de una mayor vinculación con otros pares al interior del hospital. Un 72,22% de los participantes refirió tener amigos dentro del hospital y consideró a la misma como a una relación buena o muy buena. Las mismas, se presentaron como habilitadoras de actividades cotidianas y conjuntas tanto dentro como fuera del hospital:

- [La relación con mis amigos del hospital es] “Muy buena. Tengo un mejor amigo, nos vamos a ir a cortar el pelo” (Varón, 58 años)

- [La relación con mis amigos del hospital es] “Buena, tomamos mate, comemos” (Varón, 39 años)

El espacio hospitalario, luego de internaciones que se prolongan en el tiempo, comienza a ser el único lugar donde se desarrolla la vinculación social. Las personas internadas comienzan a vivir una trama social puertas adentro en detrimento del afuera. Ese “recorte vincular” afecta también a las salidas (a caminar, hacer compras, ir a comer, etc.) que ocurren solo en el barrio donde se encuentra el hospital. Sin embargo se constituyen en un intento (fallido) de retornar los lazos sociales extramurales:

-“Para dar una vuelta, para pasear y no estar siempre en el hospital” (Varón, 58 años)

-“Para distraerme y sentirme vinculado, pese a todo, con la sociedad argentina” (Varón, 34 años)

-“Para reconocer el barrio, porque si yo no lo conozco no me dan el permiso” (Varón, 40 años)

Efecto paradójico de la apropiación de los derechos

El reconocimiento y la apropiación de los derechos por parte de las personas usuarios/as se convierten en una herramienta indispensable al momento de construir actos de salud. El pasaje de la dimensión declamativa de los derechos a la efectivización de los mismos, pone en cuestión la implementación como eficacia de los mismos. El marco normativo establece derechos que son efectivos y obligatorios pero que deben instituirse en el marco de políticas sociales.

Al indagar acerca del conocimiento de los derechos que les corresponden a los/as propios usuarios/as, el 94,44% señaló conocerlos. Sin embargo, ante la pregunta por su explicitación, se observaron definiciones abstractas que ponían en cuestión los supuestos de autonomía incluidos en la normativa vigente. Algunas definiciones aludieron en términos generales a los derechos que se encuentran en la ley de Salud Mental:

-“Los que están en la nueva ley. Derecho a ser considerada como persona” (Mujer, 61 años)

-“Absolutos. Conozco la ley de Salud Mental” (Mujer, 59 años)

Otras definiciones, si bien se refirieron a aspectos específicos (salud, vivienda, bienestar social), se presentaron fragmentadas y ajenas a la acción misma de los sujetos, colocándose las personas en un lugar pasivo:

- “Techo, cama y comida.” (Varón, 30 años)
- “Tengo derecho a una vivienda, a recibir una manutención” (Varón, 35 años)
- “El estado me tiene que dar una pensión” (Varón, 58 años)
- “Tengo derecho a una alimentación...” (Mujer, 47 años)

Incluso, en aquellos en los que surgió una posición activa, se trató de una acción heterónoma y disciplinada, figurada en la obediencia y el respeto a las exigencias institucionales:

- [tengo derecho a...] “Tratar de mantener mi estado en forma óptima, hacer bien, en cuanto a las decisiones de otros sobre mí, acatarlos, tener una disciplina” (Varón, 47 años)
- [tengo derecho a...] “Tener un buen comportamiento, estar tranquilo, no faltar el respeto” (Varón, 30 años)

Respecto a la consideración del cumplimiento de estos derechos, el 38,89 % sostuvo que no se efectúan en su totalidad. Se observó nuevamente una posición pasiva por parte de los/as usuarios/as, tanto en los casos de acceso a los derechos como en su denegación:

- “Sí, me dan medicamentos como se debe y me vienen a ver” (Varón, 56 años)
- “Sí, me dieron un permiso para salir todas las semanas” (Varón, 64 años)
- “No se cumplen, porque me clausuraron mí vivienda por deuda y el poder judicial está muy dependiente de la administración penalista” (Varón, 34 años)
- “No, para mí no. Por lo del Borda, por muchas cosas. El gobierno de la ciudad la está pifiando” (Varón, 28 años)

COMENTARIOS FINALES

La perspectiva integral de los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental, implica su consideración como sujetos de derechos con capacidad de decidir sobre su propia vida, aun en condiciones de internación. Ante la histórica vulneración de los derechos de estas personas, la capacidad de exigibilidad de los mismos; así como el acceso a la justiciabilidad, interpelan a las diversas instituciones de Justicia y Salud, y a las prácticas profesionales.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sienta las bases para un cambio en el tratamiento de la capacidad jurídica en las legislaciones. Propone un cambio del «modelo de

sustitución» en la toma de decisiones, que parte de la configuración tradicional del sistema de incapacitación, a un nuevo «modelo de apoyo» o «asistencia» en la toma de decisiones que trata de revertir la situación de las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

La limitación de la capacidad jurídica y la sustitución en la toma de decisiones se fundamenta en la necesidad de proteger a la persona incapacitada. Este fundamento claramente tutelar es la opción predominante en la práctica, y la consecuencia es la sustitución total en la toma de decisiones en la mayoría de las esferas de actuación. Esto promueve subjetividades pasivizadas y normativizadas, generando habituación institucional, donde la vida social se centra principalmente en el ámbito de la hospitalización y, donde la palabra de los/as usuarios/as no es tenida en cuenta en el momento de decidir, por ejemplo, sobre cuestiones relativas al tratamiento. Asimismo, existen experiencias alternativas dentro de las mismas instituciones, que fomentan la apropiación del usuario/a respecto de su propio tratamiento, ubicándolo como sujeto con derechos y fortaleciendo la capacidad de exigibilidad y autonomía. Estas dos lógicas coexistentes en las prácticas institucionales, ponen en tensión el ejercicio efectivo de los derechos.

La Institución responsable de la internación, al no permitir el ejercicio cotidiano de los derechos, genera mayor discapacidad. Esto, junto a la sustitución de derechos propia de la lógica tutelar vigente se presenta como obstáculos en la exigibilidad de los mismos.

Las prácticas que se proponen como alternativas, se deben enfrentar a estos obstáculos en vías de un mayor grado de autonomía en personas con padecimiento mental, mediante dispositivos transicionales que interroguen el paradigma tradicional y profundicen las consideraciones planteadas en la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. Estas cuestiones constituyen la base para la posibilidad de procesos de exigibilidad de derechos, es decir, la capacidad singular y colectiva de reconocer-se como sujetos portadores de derechos, capaces de reclamar su efectivización, incluso, mediante el reclamo efectivo ante la administración de justicia cuando el Estado no garantiza los derechos previstos en el marco normativo, mediante la implementación de políticas sociales.

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

- Amarante, P. (2009). Superar el manicomio. Salud Mental y atención psicosocial. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Castoriadis, C. (1997). El avance de la insignificancia. Buenos Aires: Gedisa.
- CELS & MDRI. (2008). Vidas arrasadas. La segregación de las personas de los asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- CELS (2012) Derechos Humanos en la Argentina –Informe 2012. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Cohen, H. (2009). La creación de los sistemas de salud mental basados en la comunidad, en el contexto de experiencias exitosas en las Américas. En Salud Mental y derechos humanos. Vigencia de estándares internacionales. OPS. 65, (pp. 105-120).
- Cruz Souza, F. (1999). Psicología comunitaria. Buenos Aires: Lumen-Humanitas.
- De Souza Minayo, M. C. (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Di Nella et. al. (2011) Las camas del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, mayo 2010-mayo 2011. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
- Galende, E. (2008). Psicofármacos y Salud Mental. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- González Rey, F. (2011). González Rey, F. L. (2011). El sujeto y la subjetividad en la psicología social. Un enfoque histórico cultural. Buenos Aires: Noveduc.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (1990). Conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Declaración de Caracas. Organización Panamericana de la Salud: Washington DC.

- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (2005). Principios de Brasilia. Brasilia, Organización Mundial de la Salud. Consultado el 15 de marzo de 2013. Disponible en:
<http://redsaludmental.org/docs/PRINCIPIOS%20DE%20BRASILIA.pdf>
- Sarraceno, B. (2003). La liberación de los pacientes psiquiátricos. México: Editorial Pax.
- 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
- Zaldúa, G. et. al. (2010) Salud Mental: territorios y narrativas entre la reproducción y la transformación, en Zaldúa, G. & Bottinelli, M.M. (Comp.) Praxis psicosocial comunitaria en salud. Camposepistémicos y prácticas participativas. Buenos Aires: EUDEBA.
- Zaldúa, G. (Comp.) (2011a). Epistemes y prácticas en Psicología Preventiva. Buenos Aires: EUDEBA
- Zaldúa, G. et. al. (2011b) Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental. Consultado el 20 de marzo de 2013. Disponible en <http://www.iigg.sociales.uba.ar>

ⁱ Tomando en comparación el año 2000 con el 2011, los porcentajes de disminución de camas disponibles en hospitales monovalentes fue de: 40,88% para el hospital Tobar García, 34,22% para el hospital Moyano, 23,64% para el hospital Borda y 08,86% para el hospital Alvear. (Di Nella et. al., 2011)

ⁱⁱ La cifra del promedio de permanencia en 2011 asciende luego de un descenso en los años 2009 y 2010, ubicándose así en los valores promedios del año 2000. (Di Nella, et. al., 2011).

ⁱⁱⁱ Declaración de Caracas, OPS, OMS, 1990; Principios de Brasilia, OPS, OMS, 2005.

^{iv} La reglamentación de la Ley nacional de Salud Mental 26.657 fue expedida el 28 de Junio de 2013, dos años y medio más tarde de la aprobación de la misma.