

Informe SESPAS

# Vida comunitaria para todas: salud mental, participación y autonomía. Informe SESPAS 2020

Ana Fernández<sup>a,b,\*</sup>, Lucía Serra<sup>c</sup> y Grup de Dones de Radio Nikosia<sup>a</sup> Servicio de Salud Comunitaria, Agencia de Salud Pública de Barcelona, Barcelona, España<sup>b</sup> Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España<sup>c</sup> Asociación Socio Cultural Radio Nikosia, Grupo Esquizo Barcelona, La Electrodoméstica, Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 24 de noviembre de 2019

Aceptado el 05 de agosto de 2020

### Palabras clave:

Participación  
Salud comunitaria  
Salud mental  
Movimientos sociales  
Derechos humanos

### Keywords:

Participation  
Community health  
Mental health  
Social movements  
Human rights

## R E S U M E N

El objetivo de este artículo es realizar una reflexión crítica sobre la participación de las personas con un diagnóstico de trastorno mental en la comunidad desde una perspectiva de derechos y de construcción comunitaria de espacios colectivos. En la primera parte se realiza una revisión sobre conceptos básicos como salud mental comunitaria y el significado de participación, entendida como un fin y no como un medio. Se plantea la necesidad de aumentar la participación en espacios comunitarios más allá del circuito clásico de atención a la salud mental, procesos que implican crear y compartir conocimiento de manera colectiva, horizontal y consensuada entre todas las personas implicadas, en especial las propias personas diagnosticadas. En la segunda parte se presenta, como ejemplo, el grupo de mujeres de Radio Nikosia, narrado en primera persona por las propias participantes. Los aspectos destacados del grupo son su horizontalidad, flexibilidad y autoorganización en un espacio fuera del sistema sanitario donde es posible expresarse sin miedo a ser juzgadas. En este grupo se generan procesos de confianza, reconocimiento, alegría, apoyo social y salud. El grupo se reúne quincenalmente y reflexiona sobre diferentes temas escogidos. También se plantean acciones políticas por los propios derechos de las mujeres, como la participación en medios de comunicación, convocatorias feministas, formaciones y charlas. Se ejemplifica que otras formas de hacer salud mental comunitaria son posibles. Los retos son visibilizarlas, sistematizarlas y poder valorar el impacto que tienen en la salud de las personas y la comunidad.

© 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Community life for all: mental health, participation and autonomy. SESPAS Report 2020

### A B S T R A C T

The objective of this article is to critically reflect on the participation in community of people with a diagnosis of mental disorder from a human rights and community health perspective. Firstly, we review basic concepts such as community mental health and the meaning of participation, which is understood as an end and not as a mean. It is important to increase the participation of people with a diagnosis in community spaces beyond the classic circuit of mental health care. This implies to create and share knowledge in a collective, horizontal and consensual way among all the people involved, especially the diagnosed people themselves. Secondly, the experience of the group of women of Radio Nikosia is narrated in first person by the participants themselves. The main highlights of the group are its horizontality, flexibility, and that is a self-organized space outside the health system where it is possible to express oneself without fear of being judged. Processes of trust, recognition, joy, social support and health are generated. Members of the group meet fortnightly and discuss on different topics chosen by them, and take part in political actions for women's own rights such as participation in the media, in feminist calls, in training and talks. We exemplify that other ways of doing community mental health are possible. The challenges are to make them visible, to systemize them and to be able to assess the impact they have on the health not only of the participants, but also the community.

© 2020 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Las reformas de desinstitutionalización psiquiátrica derribaron los muros de los hospitales psiquiátricos, pero en algunos casos no lograron proporcionar alternativas que garantizaran una vida digna para las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave. La

\* Autora para correspondencia.  
Correo electrónico: [afernand@aspb.cat](mailto:afernand@aspb.cat) (A. Fernández).

### Puntos clave

- A pesar de que la reforma de desinstitucionalización psiquiátrica liberó a las personas de los hospitales para ofrecerles tratamiento ambulatorio, muchas de ellas siguieron estando estigmatizadas y con vidas precarizadas, con una escasa participación en la vida comunitaria.
- La participación de las personas con diagnóstico de trastorno mental se recoge en la mayoría de los planes locales, nacionales e internacionales, pero se trata de una participación simbólica y no de una participación real generadora de autonomía.
- Es necesario crear espacios horizontales de participación, fuera del circuito clásico de atención a la salud mental, donde se construya conjuntamente, reconociendo los saberes y las necesidades de las personas con un diagnóstico.
- El grupo de mujeres de Radio Nikosia ha generado este espacio horizontal que no aplica metodologías asistenciales o rehabilitadoras y que es promotor de bienestar, cuidado y apoyo social.
- Estos espacios comunitarios son necesarios para garantizar que las personas, y en especial las mujeres, con diagnóstico de trastorno mental puedan ejercer sus derechos y su autonomía fundamentales.

falta de alternativas comunitarias reales, que tuvieran en cuenta sus anhelos e intereses, produjo un aislamiento de la vida cotidiana y una expulsión simbólica y real de los espacios públicos, en teoría accesibles a toda la población<sup>1,2</sup>. Desde la salud comunitaria, con perspectiva de determinantes sociales, solo puede entenderse la producción de salud mental si existen las condiciones materiales y sociales que faciliten vivir una vida digna. Esto incluye el acceso a la vivienda y a un empleo de calidad, a relaciones y a espacios sociales significativos, pero también a la participación efectiva en espacios comunitarios de construcción de autonomía<sup>3</sup>.

Muchos planes de salud mental recogen como principio básico la participación de las personas diagnosticadas tanto en los espacios sociales de decisión como en la vida cotidiana<sup>4,5</sup>. Sin embargo, desde los movimientos que luchan por estos derechos se denuncia que esta participación resulta poco efectiva, más simbólica que generadora de autonomía<sup>2,5</sup>. Además, muchas de las estrategias efectivas de participación comunitaria no han surgido desde estos planes, sino desde los movimientos sociales de base que se han apropiado de los espacios de representación.

En este artículo revisaremos brevemente qué entendemos por salud mental comunitaria y por participación desde una perspectiva de derechos, tomando como ejemplo una experiencia exitosa en la ciudad de Barcelona: el grupo de mujeres de Radio Nikosia.

### ¿Qué entendemos por salud mental comunitaria?

La reforma psiquiátrica en España se materializó en la Ley General de Sanidad de 1986, asumiendo las tendencias internacionales que abogaban por una democratización y humanización del tratamiento dado a las personas denominadas «enfermas mentales». Así, a partir de dicha ley se crearon centros de salud mental ambulatorios, unidades de hospitalización parcial y de rehabilitación psiquiátrica, y alternativas residenciales a la larga estancia en hospitales psiquiátricos. Se crearon unidades de salud mental en los hospitales generales y se cerraron o reconvirtieron los grandes hospitales psiquiátricos. Se fomentó la coordinación con la atención primaria y se modificaron leyes de los códigos civil y penal para proteger los derechos de las personas con diagnóstico psiquiátrico, evitando criminalizarlas y discriminarlas<sup>6,7</sup>.

Si bien el tratamiento general hacia las personas con un trastorno mental grave ha mejorado, continúa basándose en un paradigma biologicista y paternalista<sup>7</sup>. El foco del hospital ha pasado al centro de salud mental, pero este sigue operando como un servicio especialista y poco integrado en la comunidad<sup>5,7</sup>. La coordinación con atención primaria es mejorable y urgen más medidas intersectoriales<sup>8</sup> e interseccionales<sup>9</sup> que tengan en cuenta los diferentes ejes de desigualdad, principalmente de género, clase y raza.

Las prácticas en salud mental comunitaria no consisten solo en ofrecer tratamientos ambulatorios, sino también en construir colectivamente espacios y estrategias que fomenten la salud mental y la autonomía. Hablamos de des-enfermar las identidades, de des-localizar los espacios de cuidado y de facilitar la organización de propuestas donde las personas diagnosticadas no sean consideradas enfermas<sup>10</sup>. Serían nuevos lugares de acción, vida y participación social en los que las personas no compartan un diagnóstico, sino aficiones, intereses y deseos. Por ejemplo, la Canadian Mental Health Association desarrolló el programa *Framework for Support*<sup>11</sup> con el objetivo de fomentar el autocuidado para disminuir la necesidad de atención profesional. Este programa enfatizaba que antes de buscar tratamiento en la red de salud mental era importante utilizar tres dominios de la comunidad: a) el propio autocuidado; b) el apoyo de familia, amigas y vecinas; y c) los recursos comunitarios generales, potenciando la participación en la comunidad. Por otro lado, en Barcelona existe el ejemplo de la *Red Sin Gravedad (Xarxa Sense Gravetat)*, cuyo objetivo es generar espacios de encuentro y propuestas culturales y artísticas en diferentes centros cívicos, fomentando la participación de personas de la comunidad en general junto con otras diagnosticadas<sup>12</sup>. A partir de los procesos interpersonales que se generan se transmite una perspectiva de salud mental integral asociada con el cuidado, pero también con las relaciones comunitarias solidarias<sup>13</sup>. Esta mirada comunitaria se recoge en la Declaración de Salud Mental realizada en Helsinki (2013), concretada en el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental (2013-2020)<sup>3</sup>, así como en otros planes nacionales y locales. Por ejemplo, el Plan de Salud Mental de Barcelona (2016-2022)<sup>14</sup> identifica como reto el abordaje de la salud mental desde la comunidad, utilizando los recursos ya existentes. También concuerda con la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, que urge a los países a establecer medidas que garanticen que las personas diagnosticadas puedan participar de manera plena e igualitaria en la comunidad y en todos los aspectos de la vida<sup>15</sup>.

Sin embargo, la idea de salud mental comunitaria va más allá de la apropiación de espacios y del trabajo «enredado» entre servicios, equipamientos y entidades de la comunidad. Según Gofin et al.<sup>16</sup>, la salud mental comunitaria sería la expresión colectiva de la salud mental de una comunidad definida, condicionada por la interacción de los factores personales, familiares, del ambiente socioeconómico, cultural y físico, así como por los servicios de salud. A estos determinantes más próximos se sumaría la influencia de determinantes estructurales como las políticas de salud. Este abordaje buscaría mantener una mirada interseccional que incorpore ejes de desigualdad/opresión entendiendo que afectan de manera diferente y desigual a cada persona según su realidad<sup>17</sup>. Además, se identificarían los problemas de salud mental y las necesidades de la población para abordarlos de manera intersectorial, contando con la participación de las personas afectadas desde el inicio como iguales.

### ¿Qué entendemos por participación?

En este cambio de modelo resultan básicas la participación y la implicación de las personas diagnosticadas como agentes del

proceso. Diferentes documentos<sup>4,5</sup> recomiendan que las personas afectadas y sus familiares participen en la construcción de políticas y en la evaluación de los servicios, pero esta recomendación responde más a una mirada neoliberal, adaptada por muchos servicios de salud mental que consideran la participación como un medio más que como un fin<sup>5</sup>. Según Arnstein<sup>18,19</sup>, este tipo de participación sería simbólica, entendida como consultas a formar parte de comités, pero solo de manera instrumental, aceptando algunas propuestas, pero sin que las personas lleguen a ser partícipes de las decisiones. Sin desmerecer estas formas de participación, sí criticamos que en ocasiones se trata de espacios clientelistas y de cooptación, para cumplir ciertos criterios exigidos a las administraciones. En el sentido opuesto, hablamos de participación como un fin. Entendemos la participación como un proceso en el que se gana control sobre las decisiones que afectan a la propia vida y que fomenta la vinculación con la comunidad donde vivimos, lo que tendrá un impacto en nuestra salud y bienestar<sup>20,21</sup>. Sin embargo, no siempre estas formas de participación más complejas generan el efecto deseado, ya que tienen que darse las condiciones necesarias para asegurar su éxito<sup>22</sup>. Así, aceptar un modelo de participación directa y trabajo comunitario implica crear y compartir conocimiento de manera colectiva, horizontal y consensuada, facilitando la implicación de las personas y respetando el derecho, incluso, a no participar. Implica también romper con el estigma que considera que la persona «enferma mental» es pasiva, infantil y desconocedora de su realidad, visión que legitima situaciones de exclusión social, vulneración de derechos y sometimiento a la autoridad psiquiátrica/profesional. Implica generar espacios, lenguajes y nuevas formas de intervención en los que las personas se sientan seguras. Se trata de promover procesos emancipadores donde el papel de los/las profesionales no sea el de meros proveedores de servicios, sino el de facilitadores de cambios y transformaciones. Significaría también trabajar en red dentro y fuera de los servicios, implicando a diferentes agentes comunitarios, incluso a quienes pueden no entenderse como agentes directos. Por último, este tipo de participación implica que la Administración, las instituciones y profesionales en cada ámbito ceden parte de su poder para dar lugar y legitimar otro tipo de saberes, experienciales y necesariamente complementarios de los propios<sup>23</sup>.

### **Radio Nikosia y el Grupo de Mujeres, encuentro de fuerzas y fragilidades**

Radio Nikosia se organiza en 2003 como un colectivo reunido por iniciativa de un grupo de personas diagnosticadas y de un antropólogo y comunicador argentino. En 2008 se constituye como asociación sociocultural y como club social para personas con sufrimiento mental. Es una trama de dispositivos abiertos a la comunidad, a la multiplicidad y a la singularidad, con espacios de comunicación, cultura, artes, pensamiento y participación que buscan generar entornos de sensibilidad y cuidado colectivo desde los saberes de las personas participantes y de un equipo de profesionales de diferentes disciplinas<sup>24</sup>. Desde sus inicios, la propuesta nikosiana fue creciendo de manera rizomática<sup>25</sup>, es decir, de forma no jerárquica, sin rumbo fijo, trabajando en proyectos de sensibilización, talleres, comunicación, acompañamiento, formaciones, etc. Los ejes transversales son la politización colectiva y la producción de otros discursos sobre el sufrimiento. En la asamblea semanal se recibe a nuevas personas, otras se despiden, se organizan los contenidos de cada programa, se reflexiona colectivamente sobre la vida, la eutanasia, lo visible y lo invisible, los vecinos, etc.<sup>26</sup>.

El grupo de mujeres surgió desde esta lógica horizontal como propuesta de las mismas participantes que fue recogida para organizar un espacio comunitario de cercanía e intimidad en el que abordar inquietudes comunes, masajearse, maquillarse e

intercambiar objetos. Se hablaba de vivencias sobre la sexualidad, amores, menstruación, miedos y necesidades desde una perspectiva relativa al «ser mujer» como manera de estar en el mundo. La participación del grupo se construyó como voluntaria, variable y abierta a las posibilidades y el deseo de cada compañera el día de reunión. El grupo nació atento a responder a inquietudes planteadas *entre* mujeres en momentos *entre* otras actividades, casi *entre* susurros que buscaron de manera activa la creación de un espacio propio donde ser compartidas, escuchadas y elaboradas. La idea inicial de crear el grupo se planteó entre las interesadas y una estudiante, luego con el equipo de coordinación de la entidad y finalmente fue bien recibida en la asamblea semanal, otorgando un carácter colectivo, horizontal y afirmativo a la propuesta. El lunes siguiente se realizó la primera reunión, en noviembre de 2014, en la sede de Radio Contrabanda.

Dos años después el grupo parecía disolverse, ya que la vida de los grupos es variable, con movimientos de apertura y de cierre, cambios de ritmo implícitos y explícitos, y en ese momento el interés convocante decaía. La situación fue abordada en el grupo y luego planteada al equipo de coordinación, pensando en la posibilidad de mantenerlo. Tras una pausa, la decisión fue continuar, pero cambiando el lugar de las reuniones a una cafetería y sumando al grupo una profesional de la entidad. Con el traslado a pie de calle se inauguró el segundo momento del grupo, más atento a otras maneras de habitar ese «ser mujer» desde la multiplicidad de cada subjetividad, buscando cuestionar el binomio mujer-hombre, incorporar lo interseccional, participando en espacios feministas y trazando una propia politización íntima a la vez que colectiva. Cambiar de lugar de reunión y de orientación grupal permitió desplazar las condiciones originarias de intimidación y recogimiento hacia una posición grupal más afirmativa, más presente como grupo en el espacio público. Sin embargo, desplegar una actividad en un espacio de la ciudad no es suficiente para que la actividad adquiera el carácter de comunitaria. Resulta indispensable que las predisposiciones colectivas, los apoyos institucionales y la función de coordinación generen y sostengan un espacio horizontal y permeable, construido en conjunto desde la legitimidad de cada experiencia de vida. En esta sintonía se encuentran otros colectivos como *No es lo mímico ser loco que loco* en Santiago de Chile, *InsPiradas* en Madrid, *Bucles Feministas* en Barcelona y otros espacios autoorganizados de mujeres diferentes reunidas con objetivos políticos.

El grupo se reúne cada 15 días y comienza con saludos afectuosos mientras llega cada participante, y se concentra cuando comenzamos a escucharnos transformando la atención grupal. A veces hay temas ya pensados para esa tarde. Otras veces narramos cómo estamos mientras tomamos un café. Cuando llega una nueva integrante, hacemos una presentación acogedora que propone desde su llegada un lugar singular para cada persona.

Desde su comienzo, el grupo ha estado formado por 74 mujeres (y 3 hombres que participaron puntualmente, pero que generaron junto con otros su propio grupo). La mitad de las participantes había vivido o vive experiencias de psiquiatización y estigmatización; la otra mitad no ha sido diagnosticada, pero todas atravesaron experiencias de sufrimiento vinculadas a la subjetividad «mujer» junto con otros determinantes: tener dificultades económicas, tomar o haber tomado medicación psiquiátrica, ser migrantes o racializadas, jóvenes, con personas a cargo, o haber vivido violencias. Los orígenes son diversos: Cataluña, Andalucía, Valencia, Colombia, Venezuela, Brasil, México, Argentina, Uruguay, Costa Rica, Francia, Italia, Polonia y los Estados Unidos. En este grupo se han narrado y compartido dolores y aprendizajes que construyen nuevas fortalezas y saberes en la historia de cada participante, se han recuperado lazos comunitarios y se han retejido experiencias de dignidad, no solo sobre los malestares del diagnóstico y su etiqueta, también sobre los recursos y las capacidades vitales que se hermanan con las experiencias de otras compañeras.

Tras la invitación de participar en este artículo dedicamos un encuentro a pensar cómo transmitir lo que hacemos y sus efectos. Una compañera transcribió las reflexiones:

«En el grupo no hay normas, no hay pautas. Cada día es algo nuevo. Hablamos de cómo estamos, decidimos qué podemos hacer para mejorar las cosas (. . .). Es un espacio espontáneo que se construye sobre la marcha. Explicamos cómo nos sentimos, lo que nos ha pasado, pero no es un grupo de ayuda mutua. Somos personas que nos encontramos para hacer algo que decidimos entre todas, como participar en el 8 de marzo. No es pasar la tarde, es venir aquí para movilizarnos. Somos un grupo de mujeres polivalentes, no somos “pobrecitas”, somos fuertes, trabajadoras, activistas. Encontramos refuerzo, apoyo, empatía. Hay una conexión simbiótica, compartimos mucho y de manera parecida. Nos sentimos muy comprendidas. Poder participar de este espacio y de otros de Radio Nikosia nos hace sentir más completas como seres humanos.»

«También hemos participado de un encuentro con colectivos de mujeres migrantes en el Centre de Cultura Contemporànea de Barcelona, de la filmación del documental *Zauriak (Heridas)*. *Locura. Cuerpo. Feminismos*, del Fórum Contra las Violencias de Género en 2017 en la Biblioteca Francesca Bonnemaison.»

En otro momento reflexionamos sobre cómo participar en el grupo podía mejorar nuestras vidas:

«La primera idea que nos viene a la cabeza es que el grupo nos ayuda a salir de nuestra burbuja, a socializarnos. Nos obliga a salir de casa y rompe el aislamiento, rompe el muro que a veces nos ponemos. Aunque nos encontremos mal, ese día venimos, nos arreglamos. . . Como dice una compañera: “me pongo el vestido y vengo”. Esta red de apoyo, este cuidado, mejora nuestro bienestar emocional. Aprendemos muchas cosas la una de la otra, sueltas, libremente. Es una forma de apapacharnos, nos achuchamos. Nos sentimos bien, nos sentimos reconocidas. Nos sube la autoestima. Te sientes con más fuerza, haces que se te escuche. Si no tuviéramos estos espacios, estas vivencias, se nos enfermaría el alma, y de ahí el cuerpo, que también sufriría.»

Así, desde una mirada feminista se considera que esta manera de autoorganizarse para enfrentar el malestar colectivo y construir el bienestar entre todas, generando espacios políticos de resistencia, es vital no solo para mejorar nuestro bienestar, sino también para construir una sociedad más justa socialmente.<sup>27</sup>

El grupo destaca que el estigma y el juicio enferman, y que los servicios y los/las profesionales han de acompañar a las personas:

«Nuestro espacio es autogestionado, no lo dirige un profesional sanitario y está fuera del circuito de los servicios de salud mental. A veces, cuando hemos participado en grupos dirigidos por profesionales y dentro del contexto asistencial, tenemos la sensación de que algunos nos juzgan, nos culpabilizan. . . y eso genera mucho daño y dolor, ya que nos autosancionamos, nos limitamos y nos impiden desarrollarnos. El nuestro no es un espacio opresivo, sino un espacio libre, de confianza, donde nos ejercitamos y potenciamos como mujeres. Todo esto hace que nos sintamos fuertes, lo que mejora, sobre todo, nuestra salud.»

### Sobre la función de coordinación y su complejidad

Entendemos que esta función se orienta a atender lo grupal propiciando preguntas, habilitando posibles efectos de cambio de sentido que pueden suceder sin que nos hagamos cargo del todo de eso que ocurre, ya que se trata de movimientos dentro de construcciones colectivas en las que todas las personas poseen responsabilidad y posibilidad de acción. Sería estar en disposición de sostener algo de lo que ocurre, con porosidad ante las propuestas, disponiendo la propia subjetividad desde un cierto «no saber» que

no acaba de negar lo que sabe, pero que deja sitio al saber de otros. La función de coordinación escucha, traduce, teje, acompaña, si es necesario ayuda a elaborar y discernir, a recuperar la tarea si hay mucha evasión, y a veces colabora recuperando vitalidad, memoria, silencio. En ocasiones, la sutil intervención «da la impresión de ser un fracaso... pero ese fracaso es la firma del nacimiento de una alteridad allí donde no la hay»<sup>28</sup>.

### Conclusiones

De la experiencia de las participantes se deriva la necesidad de crear espacios horizontales en salud que no repliquen metodologías asistenciales o rehabilitadoras, que promuevan bienestar, cuidado y apoyo social desde sus propias necesidades y deseos. Estos espacios comunitarios son necesarios para garantizar que las personas, y en especial las mujeres, con diagnóstico de trastorno mental puedan ejercer sus derechos y su autonomía fundamentales. Deben organizarse propuestas desde el interés de las propias participantes, en espacios abiertos y flexibles de ciudadanía donde el diagnóstico no condicione los lazos comunitarios, con funciones profesionales que acompañen, sostengan y faciliten sin invadir ni imponer. Sabemos que no son tareas fáciles, pero son posibles. Queda el reto de promocionar estas prácticas visibilizándolas para conocer sus efectos, no solo en sus participantes, sino también en la propia comunidad.

### Contribuciones de autoría

A. Fernández y L. Serra concibieron el trabajo. La escritura del artículo fue realizada por A. Fernández y L. Serra. La revisión crítica fue realizada por el grupo de mujeres de Radio Nikosia. Ambas autoras aprobaron la versión final del manuscrito.

### Agradecimientos

A todas las compañeras que forman parte del grupo de mujeres de Radio Nikosia. A Martín Correa-Urquiza, Fabiana Rossarola, Jon Barrena, Paula García y el maravilloso colectivo nikosiano. A Andrés Peralta por los comentarios realizados a las primeras versiones de este artículo. A las revisoras, por sus sugerencias que nos han permitido mejorar.

### Financiación

Ninguna.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

1. Fakhoury W, Priebe S. The process of deinstitutionalization: an international overview. *Curr Opin Psychiatry*. 2002;15:187–92.
2. Nelson G, Prilleltensky I. *Community psychology: in pursuit of liberation and well being*. New York: Palgrave Macmillan; 2005. p. 644.
3. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013–2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
4. Stomski NJ, Morrison P. Participation in mental healthcare: a qualitative meta-synthesis. *Int J Ment Health Syst*. 2017;11:17.
5. Madrid JCC. Metodologías participativas en salud mental: alternativas y perspectivas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario. *Teoría y Crítica de la Psicología*. 2015;5:79–97.
6. García J, Vázquez-Barquero JL. Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999;27:281–91.
7. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Rev Esp Salud Publica*. 2011;85:427–36.
8. Joint Action on Mental Health and Wellbeing. Mental health in all policies. (Consultado el 12/11/2019.) Disponible en: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/2017\\_mh.allpolicies\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_mh.allpolicies_en.pdf).

9. Linardelli M. Salud mental y género. Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad. *Millcayac Rev Digit Ciencias Soc.* 2015;2:191–224.
10. Correa-Urquiza M. Salud mental: nuevos territorios de acción y escucha social. Des-enfermar identidades: algunos ejemplos. En: Desviat M, Moreno Pérez A, editores. *Acciones de salud mental en la comunidad.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012. p. 894–904.
11. Canadian Mental Health Association. Framework for support. (Consultado el 22/10/2019.) Disponible en: <http://www.cmhaff.ca/framework-support>.
12. Red sin gravedad/Xarxa sense gravetat. (Consultado el 22/10/2019.) Disponible en: <https://redsingravedad.org/ca/sense-gravetat/>.
13. Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas.* 2014;13:109–20.
14. Ajuntament de Barcelona. Pla de salut mental de Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2016. (Consultado el 16/9/2019.) Disponible en: <http://ajuntament.barcelona.cat/premsa/wp-content/uploads/2016/07/01.PlaSalutMental.pdf>.
15. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol; 2006.
16. Gofin J, Levav I, Rodríguez J. Del examen preliminar al diagnóstico comunitario. El diagnóstico. En: Desviat M, Moreno A, editores. *Acciones de salud mental en la comunidad.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012. p. 71–7.
17. Trujillo Cristofanini M, Rivera Vargas P, Almeda Samaranch E. Desde el conocimiento situado hacia el feminismo decolonial. Nuevas perspectivas de análisis para el estudio de la monomarentalidad e inmigración latinoamericana. *Oxímora Rev Int Ética y Política.* 2015;7:48–62.
18. Arnstein SR. A ladder of citizen participation. *J Am Plan Assoc.* 1969;35:216–24.
19. Hoon Chuah FL, Srivastava A, Singh SR, et al. Community participation in general health initiatives in high and upper-middle income countries: a systematic review exploring the nature of participation, use of theories, contextual drivers and power relations in community participation. *Soc Sci Med.* 2018;52:369–80.
20. Lewis S, Bamba C, Barnes A, et al. Reframing “participation” and “inclusion” in public health policy and practice to address health inequalities: evidence from a major resident-led neighbourhood improvement initiative. *Health Soc Care Community.* 2019;27:199–206.
21. Milton B, Attree P, French B, et al. The impact of community engagement on health and social outcomes: a systematic review. *Community Develop J.* 2012;47:316–34.
22. Trilla J, Novella A. Educación y participación social en la infancia. *Revista Iberoamericana de Educación.* 2001;26:137–64.
23. Correa-Urquiza M. Salud mental: nuevos territorios de acción y escucha social: saberes profanos y estrategias posibles. En: Desviat M, Moreno Pérez A, editores. *Acciones de salud mental en la comunidad.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012. p. 885–93.
24. Radio Nikosia. (Consultado el 22/11/2019.) Disponible en: <https://radionikosia.org/es/quienes-somos/>.
25. Deleuze G. ¿Qué es un dispositivo? En: Varios autores. *Michel Foucault filósofo.* Barcelona: Gedisa; 1990.
26. Nikosia: el jardín de los senderos que se bifurcan. *Atopos.* 2019;5:44–63.
27. Castillo Parada T. De la locura feminista al “feminismo loco”: hacia una transformación de las políticas de género en la salud mental contemporánea. *Investig Fem.* 2019;2:399–416.
28. Davoine F. La transferencia como interferencia. Argentina: El Espejo Ediciones. 2018:118.