

Camino a casa

Aproximaciones teóricas para la evaluación de un dispositivo terapéutico extra hospitalario "Casa de Medio Camino"¹

Introducción

Hace ya décadas que se trabaja a nivel mundial en el cambio de paradigma de Salud Mental. Su abordaje integral, en tanto parte indisoluble de los Derechos Humanos en general y del derecho a la salud en particular, ha dado lugar a nuevos dispositivos de atención y tratamiento para personas con padecimiento mental.

En concordancia con las normativas internacionales, en Argentina, la sanción de la ley 26.657, constituye el marco legal de reconocimiento del derecho a la protección de la salud mental y promueve la implementación de dispositivos de atención alternativos a los modelos clásicos de internación psiquiátrica, como un derecho fundamental para todas las personas.

La transformación a la que esta legislación da lugar implica el pasaje de la institucionalización crónica y marginal, a un abordaje basado en la inclusión, que promueve la integra-

ción al contexto socio-comunitario y la prevención terciaria, propiciando la disminución de las secuelas de la enfermedad mediante la rehabilitación de las capacidades perdidas.

En el presente trabajo, luego de una sucinta revisión de antecedentes, proponemos la evaluación de un dispositivo "Casa de Medio Camino". Investigación en la que, como experiencia piloto en curso, exploramos los alcances de esta instancia terapéutica extrahospitalaria de tratamiento intermedio y transitorio en salud mental como factor de re-socialización; e indagamos acerca de su efectividad en tanto agente facilitador en la adquisición de habilidades sociales para la progresiva inclusión de los pacientes en la comunidad a la que pertenecen. En otras palabras, en este proyecto esbozamos los lineamientos necesarios para analizar los resultados de dicho efector a partir del examen de la autonomía personal, la capacidad de establecer relaciones con los otros, la integración a las reglas sociales, es decir a partir de la evaluación de la rehabilitación psicosocial y su impacto en la calidad de vida de las personas con padecimiento mental,

mediante la exploración de los logros alcanzados a partir de su estadía en una Casa de Medio Camino, como parte del tratamiento de su enfermedad.

Abordamos también la discusión relativa a los conceptos de: Padecimiento Mental; Rehabilitación Psicosocial y Subjetividad, en tanto constructos teóricos necesariamente articulados a las Políticas Públicas que procuran la creación e implementación de dispositivos más inclusivos.

En último término, llevamos a cabo una síntesis que comporta asimismo la premisa de una propuesta.

1. Antecedentes

1.1. Revisión teórica

Desde que fuera propuesto por Franco Basaglia (1978), y en particular en las últimas décadas, el proceso de desmanicomialización, originado en Italia, dio lugar a numerosos cambios en diversos países de Europa, Latinoamérica, y en la propia Argentina.

En América Latina ya se venían realizando desde los años '50 prácticas e intervenciones en el campo, aunque sin definir las como Psicología

¹ Ganador de la Mención Especial, Premio *Sigmund Freud*, en el XIV Congreso Metropolitano de Psicología; APBA; 2014.

Comunitaria, con una evidente metodología basada en la investigación-acción, fundamentalmente orientadas al cambio social y a la toma de conciencia; no obstante estas prácticas no estaban sistematizadas como objeto propio de la disciplina, antes bien eran conceptualizadas como prácticas de desarrollo comunitario, de participación y autogestión.

La influencia de los cambios operados en el campo de la salud mental a nivel mundial desde mediados de los 80, que vieron su máximo impulso a fines de la década de los 90 en América Latina, se hizo manifiesta en el conjunto de normas que comenzaron a adoptarse en algunos países del continente, y dieron lugar a las nuevas leyes de Salud Mental.

Enuncia Stolkiner (2009) que “En Brasil, el movimiento de salud colectiva logró una articulación innovadora entre producción teórica multifacética e interdisciplinaria –de notable rigor académico– y el desarrollo de prácticas político sectoriales transversales (...) punto de partida del desarrollo del Sistema Único de Salud (SUS)”¹. Comenta de este modo la reforma ocurrida en los ‘90 que tendió a la generación de un sistema unificado y universalista, como el marco en el que se desarrollaron los procesos de transformación en el campo de la Salud Mental.

Por su parte, Amarante (2009), en referencia al sujeto con padecimiento mental y las prácticas instauradas históricamente desde el discurso médico, señala que la relación médico-paciente es en realidad una relación médico-enfermedad; mientras que en Salud Mental y atención psicosocial, lo que se pretende es armar una red de relaciones entre sujetos: suje-

tos que escuchan y cuidan (médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales, entre otros) con sujetos que vivencian las problemáticas (los sujetos y sus familiares y redes sociales de inclusión. Concretamente Amarante, denomina “usuarios” a los sujetos antes designados como “pacientes”. Este cambio, producto de la legislación del SUS (leyes n° 8080 y 8142/90), busca llevar a un desplazamiento del lugar social ocupado por las personas con sufrimiento mental; no obstante, refiere que en la actualidad, el término “usuario” se ha puesto en debate y es objeto de críticas por mantener todavía una relación del sujeto con el sistema de salud.

La perspectiva de la reforma en Brasil, ha tenido por objetivo integrar al sujeto en su propio tratamiento. Plantea que los sujetos deben ser escuchados, orientados y, en lo posible, ser involucrados en las soluciones, derivaciones y tratamientos construidos de común acuerdo, siempre teniendo como finalidad que el sujeto atendido no quede excluido del proceso mismo de atención. Así, y a propósito de la reforma, se crearon en Brasil a partir de decretos ministeriales del ‘91 y ‘92², nuevas modalidades de atención como: el Hospital de Día, los Talleres Terapéuticos y los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). La oferta de atención de los CAPS está dirigida, en algunos casos, a niños y adolescentes; en tanto que en otros adopta la modalidad de atención de pacientes con dependencia química (alcohol y drogas).

A diferencia de los CAPS, los CAPS-III, que funcionan las 24 horas en distintos municipios, ofrecen camas en salas abiertas y una comida diaria para la población general, proponiendo una atención diferente a la del hospital psiquiátrico tradicional. La propuesta es trabajar desde los CAPS hacia la co-

munidad, tratando de crear lazos con actividades por fuera de los servicios de salud; es decir no replicar el encierro concreto en un encierro simbólico y aislamiento social, creando sólo actividades como talleres protegidos o de oficios terapéuticos, con la intención de cumplir con una función normativa, de producción de subjetividades adecuadas a la norma social. El sentido de los CAPS, que aún persiste en Brasil, es constituirse en servicios que tiendan a desarrollar al máximo sus prácticas para actuar en el ámbito de su comunidad; por ello pueden ser “considerados servicios de base territorial, más que geográfica”.

Amarante (2009) postula que el principal desafío en la actualidad, es el desarrollo e interacción de la comunidad toda. Ello incluye a asociaciones civiles, equipos de fútbol, entidades comerciales, y otro tipo de instituciones comunales, en la participación a partir de los intereses que puedan suscitar en los sujetos con padecimiento mental, para la creación de nuevas estrategias de atención psicosocial que acompañen a los sectores involucrados en los tratamientos de la salud mental, generando vínculos con la sociedad que amplíen los recursos ya existentes tanto en lo referido a lo mental, como las políticas públicas en general. En esta perspectiva se encuadran las casas de medio camino, que también funcionan en Brasil como parte de la Red de Atención en Salud Mental.

No obstante, y a pesar de los cambios favorables actuales, el autor puntualiza que los más de trescientos años de tratamientos del padecimiento mental centralizados en el Hospital Psiquiátrico, produjeron efectos duraderos no sólo en los sujetos internados, sino también en la sociedad. Es por este motivo que el trabajo de desinstitucionalización encuentra numerosos obstáculos, pese a estar amparado por la reforma de la ley.

1 Stolkiner, A. (2009) Prólogo para el libro de Amarante, Paulo, *Superar el manicomio. Salud Mental y atención psicosocial*, Topia Editorial, Buenos Aires, p. 10.

2 Decretos ministeriales 189/91 y 224/92.

El viejo modelo asilar, que redujo las expectativas, los proyectos y la expresión de la subjetividad de las personas encerradas durante tanto tiempo, aisladas del cotidiano vivir en sociedad, promovió en la mayoría de ellos la imposibilidad de volver a incluirse en el entramado social sin la ayuda de terceros o de programas y estrategias de integración. Muchas de estas personas hoy no desean salir del encierro porque encuentran allí una forma de vida; otras, aunque lo quisieran, no tienen familia o carecen de los medios para reinsertarse. Este es el principal desafío del presente cambio, no sólo consolidar la perspectiva de una Salud Mental socialmente inclusiva, construyendo a futuro nuevas estrategias de tratamiento; sino acompañar a los sujetos que se encuentran atravesados por las viejas lógicas de internación, en la medida de sus posibilidades, en el logro de autonomía e independencia en su vida cotidiana. De este modo, las casas de medio camino, al ser casas asistidas o supervisadas, incorporan este acompañamiento y, a la vez, buscan incluir al sujeto en los objetivos de su tratamiento y re inserción social.

En México, la revisión de “las nuevas apuestas para una rehabilitación psicosocial de la psicosis que se proponen revertir los efectos de la llamada *institucionalización* prolongada, mediante una aproximación que incluye las necesidades sociales y laborales” (Ruiz Velasco; 1999), plantea que para alcanzar este fin se contemplen actuaciones en el medio más próximo al sujeto, es decir el entorno comunitario del sujeto, y por supuesto su entorno familiar. La autora se apoya en las formulaciones de Desviat (1994) y Saraceno (1997), quienes desarrollan en extenso modificaciones a las formas de tratamiento, modalidades que se basan fundamentalmente en recursos comunitarios más que en el aislamiento y el control; no obstante, plan-

tea que un obstáculo que se presenta en la implementación de estas nuevas prácticas, es que mientras se disponen políticas públicas tendientes a la creación de dispositivos más incluyentes del aspecto socio-comunitario, avaladas por nuevas leyes de Salud Mental, sigue prevaleciendo –tanto en las prácticas como en los tratamientos– un discurso hegemónico en la explicación del padecimiento mental, como enfermedad o trastorno a partir del cuerpo y sus alteraciones. Coexisten así dos maneras de ver el padecimiento mental: aquel que excluye la dimensión histórico-social, en cuya concepción de la enfermedad predominan los determinantes biológico y genético; y las conceptualizaciones apoyadas por las nuevas prácticas que, si bien han incorporado aportes teóricos de autores como Goffman (2001)³, sociólogos críticos en sus análisis, no incluyen modelos teóricos acerca de la constitución del sujeto y la psicosis al contemplar lo singular y social que constituye la subjetividad psicótica.

Ruiz Velasco (1999) propone dar lugar a la palabra del sujeto y su familia para problematizar las propuestas de rehabilitación psicosocial en el marco del tratamiento, así como para pensarlas en tanto vía de habilitación subjetiva: una posibilidad del sujeto con padecimiento mental de “apropiarse de su vida y de su historia” y de pensarse en un futuro por construir.

Si bien la autora habla desde la perspectiva de la implementación de nuevas políticas públicas en México, que se sitúan a partir de 1998, regulando la atención en los hospitales psiquiátricos de ese país⁴, trata el tema en

forma general es decir pensando en el área de Salud Mental, sus prácticas y regulaciones a partir de las nuevas leyes y normas que hacen hincapié en los derechos de los pacientes, incluyendo asimismo las estructuras intermedias como casas de medio camino. Una tendencia similar en nuestro país, a partir de cinco estudios referidos al proceso de desmanicomialización como parte de la reforma del Sistema de Salud Mental en la Provincia de Río Negro⁵ (2013), señaló como obstáculo relevante la coexistencia de diferentes paradigmas científicos disputando el campo de la Salud Mental y de sus modelos teóricos, así como de sus formas de abordaje y puesta en práctica. En el mismo los autores citan a Galende (1990), para aludir al campo de la Salud Mental como un escenario de acción donde las ideologías, explícitas e implícitas, se traducen en las políticas del sector y en las prácticas públicas. Su trabajo propone una línea de pensamiento clave para la superación de este obstáculo, la necesidad de transformar la tradición psiquiátrica asilar que aún prevalece en el campo de la Salud Mental. En otras palabras: proponen la reconceptualización y teorización a partir de las nuevas Políticas Públicas; es decir el trabajo no circunscrito al ámbito médico sobre las representaciones imperantes del “enfermo mental”, que se traduce en representaciones sociales históricas sostenidas a lo largo del tiempo con consecuencias de segregación, exclusión y desubjetivación, de aquellos pacientes con algún tipo de padecimiento mental, que soslayaron principalmente la protección de sus derechos como personas.

3 Goffman, E. (2001), *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.

4 Véase la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico-psiquiátrica, México, 1995.

5 Cohen, H. Natella, G.: (2013), *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro*; Lugar Editorial, Buenos Aires, p. 372.

Más allá de las nuevas reglamentaciones legales acerca del proceso de desmanicomialización en su provincia, Cohen y Natella (2013) sintetizan la dificultad y el trabajo de transformación necesarios en cuanto a la representación social del “enfermo mental”, que debe tener en cuenta el bagaje teórico y práctico de los actores, profesionales y no profesionales del área, que integran los equipos interdisciplinarios de trabajo y son los encargados de llevar a la práctica las nuevas políticas públicas. Como ejemplo, mencionan el estudio de Vicente y cols.⁶, que identifica como una limitación la operacionalización del término “sufrimiento mental”, ya que por un lado resulta motivador tanto para trabajadores como para usuarios; empero requiere una lectura paralela expresada en categorías nosológicas internacionalmente aceptadas, refiriéndose al DSM IV, para su circulación, registro, evaluación y comparación.

El trabajo a realizar: la reconceptualización y análisis de términos viejos y nuevos desde una mirada crítica y de contextualización, a la luz de la nueva ley y sus procesos de implementación, es necesariamente de carácter interdisciplinario. En este sentido citan nuevamente las recomendaciones formuladas por Vicente y cols.⁷, quienes ponen de manifiesto la necesidad de mediciones estandarizadas para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y de la comunidad en general con los servicios de salud mental. Así, teniendo en cuenta que la validación de un modelo subjetivo requiere de mediciones objetivas a fin de aislar indicadores, valorar el impacto y la ca-

lidad de la atención brindada, realizan una síntesis y un análisis del proceso de desmanicomialización en la Provincia, y del estado actual del proceso de reforma. Al respecto definen el proceso de reforma psiquiátrica como “un objetivo controversial de mayor o menor conflictividad según los contextos y las condiciones en que se plantean”⁸. Surge de este análisis una dificultad intrínseca a la problemática misma, y es la de lograr a nivel social el respeto de los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental, debido al histórico anclaje institucional del paradigma manicomial. Proponen al respecto la investigación disciplinaria centrada en la comunidad, junto con la modalidad de investigación acción-participativa, a fin de abordar desde distintas miradas la problemática esbozada.

Otro aporte valioso para entender la complejidad de la trilogía: nueva Ley de Salud Mental, rehabilitación psicosocial y subjetividad, es la conferencia dada por el fundador de la Escuela de Psicoanálisis del Hospital Borda, en la celebración de los 150 años del Hospital⁹. Grandinetti (2014) expone allí extensamente la idea del hospital psiquiátrico y su función, más allá de la lógica manicomial del encierro y la internación. Recuerda la función de la hospitalidad que define a cualquier institución que se dirija a alojar al sujeto y su sufrimiento psíquico en sus diferentes manifestaciones. Señala que la capacidad para acoger la angustia, el dolor y el sufrimiento, junto a la posibilidad de revertirlos, ofreciendo alternativas que impliquen la participación activa de cada uno de sus miembros, es aquello que define el grado de salud mental de una institución. Propone por último replantearse el trabajo coti-

diano con los pacientes, y diferenciar un “hacer *por* ellos” de un “hacer *con* ellos”, para lo cual se debe incluir al sujeto que padece en las acciones propias de su tratamiento. Es una apuesta ineludible para llevar a cabo una verdadera transformación en el trabajo cotidiano del área de la Salud Mental, cambio que revierte la lógica instaurada históricamente en el tratamiento de los denominados “enfermos mentales”, que conllevó a situaciones de vaciamiento subjetivo por la carencia de participación simbólica de los sujetos tratados de esta manera.

Podrían considerarse así “las diversas posibilidades de un estar en *tránsito a casa*, aun en la internación, siempre y cuando ni la casa ni el tránsito sean cómodos eufemismos o frases hechas”¹⁰. Se trata entonces de una reforma que se encuadra en una ley, pero que nos incumbe como profesionales desde la ideología que sostiene nuestra práctica cotidiana, y es allí donde debe darse la verdadera reforma. Para poner al Hospital en función del tratamiento del sufrimiento psíquico, Grandinetti (2014) concluye proponiendo la revisión permanente de cada uno de sus miembros en un proyecto de constante transformación y actualización que tenga en cuenta al sujeto y su sufrimiento psíquico.

1.2. Experiencias de campo

La tendencia actual a la desmanicomialización y el consecuente desplazamiento de la atención de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos hacia los hospitales generales, centros de salud y redes solidarias vecinales, han dado como resultado nuevos modelos de tratamiento cuya expectativa es ofrecer a los pacientes un ambiente terapéutico dentro de su propia comunidad. Numerosos estudios

6 Vicente, B. y cols. [1997] “Programa de salud mental en la provincia de Río Negro (Argentina)”, en Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. XVII, N° 64, ps. 753-762.

7 *Ibid.*, p. 759.

8 *Ibid.* p. 390.

9 Grandinetti, J. (2014) en *Revista Imago Agenda*, Letra Viva, Buenos Aires, N° 182, Julio, p. 56.

10 *Ibid.* p. 56.

evidencian los esfuerzos realizados y el beneficio de ellos obtenido.

En Andalucía, España, la Fundación para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) gestiona un programa residencial para personas con trastorno mental grave. Dicho programa, integrado a la red de servicios comunitarios que sustituye a los antiguos hospitales psiquiátricos, fue objeto durante el año 2001 de un estudio evaluativo, que incluyó la práctica total de los dispositivos y residentes adscriptos al mismo (16 casas, 57 pisos, 300 residentes), con un diseño básicamente transversal y descriptivo, y con ayuda de instrumentos internacionalmente validados procedentes, en su mayoría, de los utilizados en el Reino Unido por el equipo del TAPS (Team for the Advancement of Psychiatric Services). La *"Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía: descripción general del programa y del estudio"*, llevada a cabo por López y cols. (2001), fue plasmada en un artículo que, tras una breve revisión de la literatura internacional sobre el alojamiento de personas con este tipo de problemas en el contexto de la Atención Comunitaria en Salud Mental, describe las características más generales del programa y presenta los objetivos, metodología y desarrollo del estudio, como base común para próximos estudios.

Al mismo tiempo, en Alemania, M. Leiß y T. W. Kallert; (2001) estudiaron 245 pacientes con psicosis esquizofrénicas crónicas, en cinco grupos que vivían en el área de Dresde, en diferentes instituciones de atención psiquiátrica (residencias psiquiátricas, albergues terapéuticos sociales y residencias comunitarias protegidas) o en su domicilio, con o sin red familiar.

Con el objeto de evaluar la *Integración social y calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos en tipos de asistencia complementaria diferentes*, ade-

más de los datos sociodemográficos, estudiaron las manifestaciones clínicas y las discapacidades sociales, relevando también datos sobre la situación vital y la calidad subjetiva de vida con énfasis en las "relaciones sociales", las "actividades recreativas/de ocio" y la "independencia general", que fueron analizadas longitudinalmente durante un período de dos años, en tres intervalos anuales de medición.

En cuanto a la satisfacción vital general de los afectados, los autores señalaron que las diferencias encontradas no se corresponden sistemáticamente con el entorno de atención, ya que los pacientes con las peores evaluaciones de características psicopatológicas y competencia social, así como con una duración relativamente larga de la enfermedad, no presentaban en modo alguno los niveles más bajos de satisfacción. Paradójicamente, pese a sus mayores niveles de discapacidad, quienes vivían en establecimientos expresaban mayor satisfacción (incluso en relación a las "actividades recreativas/tiempo de ocio" y "relaciones sociales").

Es probable que las estimaciones "poco realistas" de los afectados, en relación al alcance de sus actividades diarias y de ocio, así como a sus relaciones sociales, se deban al descenso en los niveles individuales de expectativa causados por la enfermedad. En tanto que los datos "objetivos" con respecto a las condiciones de vida de los pacientes, su grado de competencia para la vida práctica y la amplitud de sus actividades, así como su red social, corresponden en gran parte a las evaluaciones externas (comunicadas por médicos, cuidadores, investigadores). Para el grado relativamente alto de satisfacción subjetiva, Leiß y Kallert presentan las siguientes explicaciones posibles: señalan que "los pacientes evalúan su nivel de vida a partir de sus necesidades y propósitos (logro de

metas), que se reducen drásticamente durante el progreso de la enfermedad, sobre todo con motivo de los síntomas negativos y la hospitalización. Los pacientes han reducido también sus expectativas y criterios para ajustarse a su experiencia de dependencia de la ayuda médica y social, a sus pobres recursos materiales y oportunidades en la vida, así como a la experiencia de la disminución en la aceptación social". Por otra parte, algunas áreas en particular podrían haber perdido su significación para los pacientes y, a partir de ello, la satisfacción subjetiva correspondiente tornarse irrelevante; o bien, las personas del entorno con las que puede compararse no son sino otros pacientes crónicos.

Katya Muñoz León procede a un análisis secundario de datos en: *Comparación de la Calidad de Vida en personas con Trastornos Mentales Severos que han tenido o no intervenciones de Rehabilitación Psicosocial en la Región Metropolitana*, su Tesis de Maestría en Salud Pública (Universidad de Chile; 2006). Con un diseño cuasiexperimental, tiene en ésta por objetivo verificar si las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales severos cambian su nivel de Calidad de Vida luego de participar en programas de rehabilitación psicosocial. La muestra fue dividida en dos subconjuntos: (1) Personas con diagnóstico de Trastorno Mental Severo que han participado en programas de rehabilitación, y (2) Personas con diagnóstico de Trastorno mental Severo con tratamiento médico farmacológico que no ha participado en programas de rehabilitación. Incluyó en el estudio a 177 sujetos que respondieron el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, 51,4% sin tratamiento y 48,6% con tratamiento. La calidad de vida fue evaluada con el rendimiento del sujeto en el CSCV, desglosado en la Escala de Aspectos Desfavorables, y la Escala de Aspectos Favorables.

Para evaluar la influencia en la CV a partir de la participación en programas de rehabilitación, Muñoz León confeccionó una encuesta que fue aplicada en los centros escogidos a personas con conocimiento de psiquiatría y rehabilitación psicosocial. La autora sistematizó esta información utilizando los programas computacionales Microsoft Excel y SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Sus resultados aportaron evidencia suficiente para corroborar la hipótesis planteada: las personas con trastornos mentales severos que han recibido rehabilitación psicosocial tendrán una puntuación mayor en el Cuestionario de Calidad de Vida de Sevilla, respecto de las personas que sólo han recibido tratamiento farmacológico. Del estudio se infiere que la Calidad de Vida constituye una buena alternativa de indicador de resultados en programas de Salud Mental y Psiquiatría, especialmente si se tiene en cuenta que la evaluación de impacto no es fácil de medir en este contexto. El concepto de calidad de vida (CV) integrado a la psiquiatría, comporta mediciones objetivas y subjetivas en pacientes psicóticos y propone una perspectiva holística de evaluación y tratamiento, por lo que Francisco López Salazar (2007), en un estudio descriptivo y transversal, delimita esta variable en dichos pacientes. Su indagación: *Calidad de vida en pacientes psicóticos externos*, incluyó a pacientes psicóticos bajo tratamiento farmacológico que iniciaban manejo en un Hospital Psiquiátrico como externos, los cuales fueron evaluados con la aplicación de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos para la Esquizofrenia; la Escala DiMascio de evaluación para síntomas extrapiramidales; la Escala de Evaluación de adherencia al medicamento; el Inventario de Depresión de Beck, la Impresión clínica global, el Cuestionario de Dunbar y

una Escala análoga visual. Los 79 pacientes con padecimientos psicóticos evaluados reportaron un nivel de CV bajo, siendo algunas de las áreas más afectadas: el bienestar psicológico y físico, el humor y el área laboral. Se concluyó que las perspectivas para lograr mejoría en esas mismas áreas eran pocas, observándose además mal apego al tratamiento psicofarmacológico. Habida cuenta que el Sistema de Salud de Honduras no contemplaba como una prioridad la Salud Mental, en el año 2004, a partir de un acuerdo ministerial se elaboró el documento “Política Nacional de Salud Mental” que, entre otros aspectos, alude a “la descentralización de los servicios y a una participación activa de la comunidad en la rehabilitación y reinserción de los pacientes con trastornos mentales”. A partir de éste, y con el objetivo de evaluar el Impacto del modelo terapéutico Casa de Medio Camino en la Salud Mental, calidad de vida y rehabilitación del paciente con trastornos mentales crónicos en Indigencia médica, Guitarro y cols. (2009), desarrollaron en Juticalpa, Honduras, un estudio clínico cuasi experimental prospectivo no aleatorio con enfoque cuantitativo y cualitativo, realizado en “Casa de Medio Camino” entre junio de 2007 y Junio de 2008. Con un universo de 81 pacientes en indigencia médica, en que la variable Calidad de Vida fue medida por el Cuestionario de Calidad de Vida de Bigelow modificado, *La Casa de Medio Camino como opción Terapéutica para Pacientes con Trastornos Mentales Crónicos: Primera Experiencia en Honduras*, concluyó que: “la Casa de Medio Camino es una alternativa viable que provee una red comunitaria de apoyo para el tratamiento y rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales crónicos que contribuye a mejorar la calidad de vida y es una propuesta autosostenible a

un bajo costo” para el sistema de salud hondureño, ya que involucra a la comunidad con un mínimo personal médico. Empero advirtió que la falta de motivación lleva a un número significativo de pacientes a no participar voluntariamente en su tratamiento. Por su parte del Castillo y cols. (2011) efectuaron un Relevamiento y evaluación de los diferentes centros de Rehabilitación Psicosocial y sus prestaciones, existentes en Uruguay. En *Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay*, presentan datos sobre la situación actual de la atención en salud en este tipo de abordajes, así como de la disposición al fortalecimiento del modelo de atención comunitaria en Salud Mental, con el objeto de superar el modelo asilar y asegurar la erradicación del sistema manicomial; denuncian, sin embargo que: aún es baja la cantidad de usuarios que reciben atención en rehabilitación psicosocial, que “es insuficiente el nivel de concreción de las propuestas hacia un modelo terapéutico integral que incluya aspectos biopsicosociales, culturales y ambientales, que tienda a la mejora de la calidad de vida de la persona con trastorno mental severo y de su familia y, por último, que el fenómeno de “puerta giratoria” es frecuente en el sistema sanitario uruguayo.

2. Un “Proyecto Piloto”

A diferencia de los estudios revisados y de otros, cuyo interés primordial se ha centrado en el seguimiento, en términos psiquiátricos, de la mejoría alcanzada por los pacientes que reciben atención alternativa al sistema tradicional; nos hemos abocado de modo general al examen de la efectividad de un dispositivo extrahospitalario “Casa de Medio Camino”, y en particular a su evaluación en tanto agente facilitador en la recuperación de habilidades

sociales. Es en este sentido, que el presente proyecto puede ser considerado un “proyecto piloto” en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se trata de una investigación de tipo exploratorio descriptivo, que se encuadra bajo los parámetros de la categoría “Estudio de casos”. En ésta evaluamos el dispositivo “Casa de medio Camino” como agente facilitador de la rehabilitación psicosocial y calidad de vida en sujetos con padecimiento mental severo.

La misma se llevó a cabo durante 2013 y 2014 en un único dispositivo con un máximo de 12 pacientes simultáneos alojados, situación poblacional que priorizó un análisis exhaustivo y en profundidad, privilegiando múltiples fuentes de datos cualitativos a fin de alcanzar un estudio intensivo del dispositivo con miras a realizar indagaciones a mayor escala.

El objetivo general fue explorar y analizar uno de los dispositivos intermedios en salud mental destinado a sujetos con padecimiento mental severo, denominado “Casa de Medio Camino”, que funciona en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; como así también contribuir a la formalización de herramientas para su evaluación en forma general. Mientras que sus objetivos específicos comprendieron: tanto la descripción de la incidencia del dispositivo en la rehabilitación psicosocial y en la calidad de vida de los pacientes allí alojados, y la evaluación del dispositivo como agente facilitador en la recuperación de habilidades sociales; como la indagación del grado de autonomía personal alcanzado por cada paciente y los cambios manifiestos según registro en sus Historias Clínicas, tomando como fuente las entrevistas de admisión.

La población elegida es la totalidad de los pacientes alojados en una institución casa de medio camino de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires,

que al momento del estudio alcanzaba el número de 9 sujetos. El tamaño de la muestra surge del marco legal en que se inscribe el dispositivo investigado, ya que la ley 26.657, sancionada en 2010, regula un máximo de 12 pacientes alojados en forma simultánea, sin especificar tiempo límite de alojamiento.

Por las particularidades del tratamiento que brinda este dispositivo, se contó, para la recolección de datos, con la participación de informantes clave, miembros del staff de la casa, profesionales y no profesionales, miembros profesionales de los equipos médicos tratantes externos, y familiares de los pacientes alojados.

La metodología empleada fue de carácter cualitativo, con una evaluación en escala que nos permite categorizar el constructo “Rehabilitación Psicosocial”. Se llevaron a cabo entrevistas en profundidad a pacientes, familiares y profesionales tratantes externos, elegidos intencionalmente; en tanto que se administró la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana (*Life Skill Profile*). Se trata de una “escala heteroadministrada para personas con enfermedades mentales crónicas, que no se encuentran en un momento de crisis”. Este instrumento, que cuenta con 36 ítems, cada uno de los cuales responde a una escala tipo Likert de mayor a menor funcionalidad, se compone de cinco subescalas: autocuidado; comportamiento social interpersonal; comunicación – contacto social; comportamiento social no personal; y vida autónoma. Señalamos haber elegido esta escala ya que sus resultados registran estandarización en poblaciones de habla hispana.

Se trata en suma, de un estudio de casos que permite a partir de las categorías propuestas por la escala elegida, ubicar el impacto del dispositivo y su función como agente favorecedor del desarrollo de habilidades sociales

en el colectivo de sujetos con padecimiento mental allí alojados. Por otra parte permite articular a partir del análisis de sus resultados, la teorización necesaria sobre las dimensiones consideradas en el marco del cambio de paradigma asistencial al nuevo modelo comunitario.

Si bien los resultados se circunscriben a este pequeño colectivo, creemos que las entrevistas en profundidad con las familias, así como las efectuadas a los sujetos alojados, dan paso a una primera inclusión: la inclusión de la singularidad de quien padece un trastorno mental, como activo participante en las estrategias de tratamiento y rehabilitación planteadas. De este modo la investigación se vuelve instrumento de cambio, acompañando el proceso emprendido desde las nuevas políticas macro-sociales en salud, rescatando el modo particular de implementación con las características propias de cada pequeña comunidad. Si bien, se trata de sistematizar y legitimar tales prácticas, la terapéutica, tal como señala Amarante (2007)¹¹, debe ser una función de los técnicos en los tratamientos en los establecimientos, aunque se debe advertir, que el fin último de las residencias es la de ser una casa, es decir, se debe evitar replicar el destino institucional de la estandarización de actitudes, más bien la idea es fomentar el desarrollo de una subjetividad habilitante.

Por último, la incorporación de las observaciones de los distintos actores, profesionales y no profesionales, completa la escena cuya intención es realizar un análisis intensivo que dé lugar a un replanteo profundo del modo de implementación en nuestro país de las nuevas políticas en salud.

11 Amarante, P. (2007) op. cit.

3. El marco legal en Argentina

A fines del siglo xx comenzaron a estudiarse, en nuestro país, estrategias para el desarrollo de planes, programas y políticas de Salud Mental que, de forma análoga al movimiento de desmanicomialización que tuviera su origen en Italia, dieran lugar a la transformación de los dispositivos de atención existentes. Se trataba de ofrecer, a partir de un marco legal preciso, alternativas al régimen asilar que había perdido por completo el sentido de su misión institucional, siendo paradójicamente motivo del aislamiento y exclusión de aquellos a quienes pretendía proteger.

Esta transformación requirió del esfuerzo, la militancia y el compromiso, desplegados por un gran colectivo de actores del campo sanitario, social y político que, identificados con los cambios, hicieron posible la sanción de la Ley de Salud Mental 26.657.

Dicha normativa promueve sustanciales modificaciones en las prácticas disciplinares del área y sitúa a los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental en su eje medular. Ello implica centrar sus acciones en estrategias comunitarias a partir del convencimiento de que cada persona es, antes que nada, sujeto de derechos y por lo tanto no puede quedar excluida de aquellas decisiones que la comprenden; implica asimismo la implementación de dispositivos de atención alternativos al sistema manicomial, planteando un abordaje interdisciplinario basado en la inclusión social y la integración al entorno comunitario, como facilitadores de escenarios emocionales, sociales y generales de la vida cotidiana. Por ello, en principio, la Ley deviene un instrumento de integración y abre un nuevo panorama en la restitución de la condición subjetiva, toda vez que conceptualiza, a quien históricamente fuera estigmati-

zado bajo el rótulo de *enfermo mental*, como sujeto social cuyos derechos deben ser protegidos y respetados.

Ahora bien, para acompañar el proceso de reforma iniciado en el campo de la Salud Mental, es necesario revisar y analizar la articulación de esta ley, con la implementación de las prácticas que vehiculiza.

Desde la perspectiva de la Psicología Comunitaria, que guía nuestro trabajo, surge la necesidad de intervenir mediante la investigación por partida doble, como profesionales participantes de dichos procesos, pero también con la intención de elaborar y reelaborar las teorías que encuadran nuestras prácticas, en un rol conceptualizador. Acordamos con Maritza Montero (2013)¹² en la consideración de tres áreas que constituyen el objeto de estudio propio de la práctica en Psicología Comunitaria: a) el análisis de los procesos sociales, b) el estudio de las interacciones en un sistema social específico y c) el diseño de intervenciones sociales.

Es aquí donde la investigación se constituye en un proceso activo de cambio social, basado en intervenciones específicas (investigación-acción) elaboradas *con* la comunidad y no *para* la comunidad, y donde se extiende por fuera de los límites de una comunidad dada. Comporta una experiencia de investigación-acción con el colectivo de sujetos con padecimiento mental, crónicos y estabilizados, residentes en un dispositivo intermedio, a los efectos de evaluar los alcances de dicho dispositivo, su inclusión en la comunidad, su vínculo con los equipos de profesionales tratantes y su impacto en la rehabilitación social de los sujetos allí alojados.

12 Montero, M.: (2013) *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollos, conceptos y procesos*, Ed. Paidós Tramas Sociales 23, p. 36.

3.1. El dispositivo extrahospitalario

Una Casa de Medio Camino es una instancia intermedia entre la institución cerrada y la Reinserción Social. Señalan Rodríguez y cols. (2014) que se trata de “un recurso supletorio del hogar familiar, con alojamiento voluntario y consentido, para aquel paciente psiquiátrico que circunstancialmente no puede convivir con su grupo familiar o que no puede vivir de manera independiente”. Es, en líneas generales, aquel medio protegido en el que un número limitado de residentes puede ser asistido en el entrenamiento y la adquisición, o en la readquisición, de habilidades sociales.

Encuadrado en las recomendaciones de la OMS, y dirigido a aquellos pacientes que transiten una situación de crisis que no implique riesgo para sí o para terceros y que puedan alojarse temporariamente en una residencia de cuidados intermedios, o que luego de una internación psiquiátrica aguda no se encuentran en condiciones de reintegrarse a sus actividades y espacios previos, el dispositivo “Casa de Medio Camino”, en tanto residencia de *puertas abiertas*, se identifica como el escenario adecuado para la reinserción de las personas con padecimiento psíquico en su comunidad de origen (familia, trabajo, estudio, amigos), toda vez que promueve el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación entre los “huéspedes” y sus familiares o allegados, así como con su entorno laboral y social (Rodríguez y cols.; 2014).

En Uruguay, “una Residencia Asistida implica un espacio protegido destinado a las personas que requieran de un cuidado especial por carencias significativas en su desempeño social y de la vida cotidiana, pero que estén en condiciones de convivir con otros” (del Castillo y cols.; 2011). Tienden a ser residencias de pre-alta, en las

que se alojan por un lapso de tiempo, en principio, no mayor a los 2 años, aquellas personas con trastornos mentales que requieren de una contención especializada tras egresar de una internación, o post crisis. En tanto que en Honduras procuran una rehabilitación psiquiátrica que incluya la máxima recuperación del rol social y operativo a través de mecanismos de aprendizaje y del apoyo del entorno (Guitarro y cols.; 2009). A partir de la premisa de la OMS: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. En todo sentido las Casas de Medio Camino suponen, en este país, un paso intermedio entre el hospital y la comunidad, ya que son casas ubicadas en zonas residenciales dentro de la comunidad, con características arquitectónicas similares a las de la zona, manejadas por personas voluntarias con la dirección de un psiquiatra, trabajadora social o psicólogo. Implican de este modo una concepción amplia de salud en que interviene, de modo complejo, “la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (del Castillo y cols.; 2011).

En Argentina se corresponden con las instancias terapéuticas extra-hospitalarias, intermedias y transitorias para la resocialización de pacientes internados de mediana o larga estadía en Hospitales Monovalentes de Salud Mental, a que alude la ley; por cuanto se entiende que la integración al dispositivo da lugar a la rehabilitación y resocialización previas al alta definitiva. Debe señalarse que los encargados de la asistencia terapéutica de los sujetos en ellas alojados son Equipos de Salud Mental externos al efector.

Las casas de medio camino están destinadas a aquellos pacientes que, por su evolución favorable, han logrado autonomía suficiente y, se encuentran en condiciones de compartir el espacio y las tareas con otros, así como de llevar a cabo las actividades de la vida diaria con menor asistencia y un mayor grado de interacción grupal y comunitaria. En otras palabras: son dispositivos que brindan la oportunidad de fortalecer las interacciones sociales; estructurar el tiempo; promover las destrezas comunicacionales y desarrollar la independencia en la vida cotidiana.

De hecho, la ocurrencia de la cooperación cotidiana y de la convivencia, ajenas a la artificialidad del encierro, generan redes vinculares que se dilatan progresivamente. Estos vínculos, así como aquellas relaciones entabladas por los pacientes con los profesionales del equipo tratante y el personal de la casa, pueden ser considerados en sí mismos como un dispositivo terapéutico.

En suma este dispositivo, destacan Rodríguez y cols. (2014), ofrece un ambiente no institucional, similar a un hogar, en el que brinda oportunidades para aprender y desarrollar habilidades para la resocialización; máxima autonomía, independencia y autodeterminación; facilita el empleo de procesos grupales, el “manejo terapéutico del medio”, y la cooperación con otras instancias en la rehabilitación.

4. Discusión teórica

Para analizar y evaluar los alcances del dispositivo objeto de nuestra investigación, proponemos ahora problematizar las nociones y conceptos vinculados a la práctica misma, tanto como interpelar y poner en tensión sus articuladores teóricos.

4.1. Padecimiento mental

El apelativo “personas con padecimiento mental”, responde a la necesidad actual de delimitar, desde un enfoque poblacional y comunitario, al colectivo de quienes, “más allá de la especificidad clínica individual y la referencia diagnóstica particular, requieren estrategias de abordaje e intervención similares de rehabilitación y apoyo social con el objetivo de la integración gradual a su realidad cotidiana” (Rodríguez y cols.; 2014).

Ahora bien, pese a los esfuerzos realizados en contrario, el *sistema manicomial* sigue vigente como estructura teórica, como concepción ideológica y como estructura material, (Burgos, 2013), su dispositivo está aún intacto, persiste en nuestras prácticas y abordajes, así como en el objeto que construimos y en nuestro discurso. La locura, señala Burgos, es una construcción profesional, es el producto de nuestras teorías, de la institución y del dispositivo manicomial. Y no se trata de que la misma no exista; sino que se constituye a partir de construcciones teóricas a las que todos estamos sometidos y que condicionan nuestra actitud hacia ella.

En el desplazamiento de la terminología médico-diagnóstica al ámbito social, se ha cristalizado el estigma de los sujetos con padecimiento mental. Es así como: “psicótico”, “paranoico”, “bipolar” son rótulos sociales que segregan a la vez que califican, confusamente, de “peligroso”, de “loco”, de “alienado” (Cohen, y Natella; 2013). Un lenguaje que se vacía de su contenido de padecimiento, para ser meramente etiqueta de aquello que la sociedad excluye de sí.

Pero, la insistencia en derribar el estigma de “loco” que pesaba sobre el sujeto con padecimiento mental, su familia y su historia; no obsta, sin embargo, para prescindir de la clásica oposición psiquiátrica de estados

agudos y crónicos. No se alude con ello a la idea de formas incurables o curables, toda vez que aquellos cuadros designados como *crónicos* pueden ser beneficiados en forma rápida y eficaz por los tratamientos. Nos referimos aquí a sujetos con padecimiento mental duradero, estable y muchas veces progresivo, que pese a presentar mejoría sintomática, podrían tender a la desorganización, lo que favorece el aislamiento social con el consecuente deterioro de las relaciones con los otros y la pérdida de autonomía e independencia, habilidades básicas para el devenir cotidiano en el entorno social. Sólo será a partir de acciones que vinculen a estos sujetos con su entorno familiar, geográfico y comunitario de origen, que cesará el estigma asociado a su padecimiento, estigma que, por otra parte, también padecen sus familias y hasta aquellos agentes de salud que se hallan a su cargo.

Señalan Rodríguez y cols. (2014) que la incorporación en la legislación del reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho, destacando enfáticamente los derechos que les asiste, denuncia a las claras que los mismos eran vulnerados sistemáticamente en la práctica. No obstante, denuncia Burgos (2013), la ley sigue siendo un instrumento perfectible, toda vez que, aún cuando permite a la locura retornar al territorio de “lo humano”, en ningún momento alude al término *ciudadanía*. Con ello especifica que, si mediante la figura del incapaz el dispositivo *manicomial* habilitó la sustracción de ciudadanía en las personas con padecimiento mental, la Ley no les restituye su condición de ciudadanos, ni los habilita en los derechos que tal condición implica. Burgos sostiene que el reconocimiento de la ciudadanía es fuente de identidad en las sociedades modernas por lo que, quien no accede o es excluido de ella, o en otras palabras: quien no partici-

pa “plena y efectivamente en la vida política y pública, en igualdad de condiciones” entra en un cono de invisibilidad, aislamiento y exclusión.

Si, en el supuesto de que no existe todo aquello que no se ve, la sociedad ha aislado y segregado la locura; deberá incluir en sus prácticas rehabilitadoras la reflexión y el examen de lo que se ha perdido a partir de esta exclusión.

4.2. Rehabilitación psicosocial

Promover nuevas formas de pensar y hacer en el campo de la Salud Mental implica, sin lugar a dudas, un cambio cultural que involucra no sólo a los trabajadores profesionales y no profesionales del área. Un cambio de estas características acerca del sujeto con padecimiento mental, de las formas de su abordaje e inclusión y de su entramado socio-comunitario, debe fundarse en la implementación de nuevas políticas de intervención en el marco de leyes que regulen dichas prácticas; pero también en la constitución de nuevos conocimientos que las consoliden a través de investigaciones de campo y teorizaciones sobre los resultados, así como en el establecimiento de nuevas conceptualizaciones que permitan reorganizar los saberes en juego.

Se trata en todo caso, como puntualizan Cohen y Natella (2013)¹³ de construir nuevas representaciones de las funciones del quehacer y de las respuestas del “aquí y ahora”, que es donde y cuando los sujetos con padecimiento mental tienen necesidades y se hacen efectivos sus derechos.

Ahora bien, habida cuenta que la ley 26.657 procura producir un desplazamiento, de la histórica noción de “enfermo mental” que excluía al sujeto

de su entorno familiar y social amparado en la lógica de la asistencia manicomial, hacia una nueva concepción como sujeto de derecho; es necesario señalar que en este desplazamiento, en tanto proceso, convergen diversos agentes a tener en cuenta: la representación social de la enfermedad mental en términos de “locura”, la construcción de perfiles profesionales en base a saberes instituidos que sostenían la idea del enfermo mental “peligroso o irrecuperable”, y la práctica profesional en sí misma, legitimada desde la institución manicomial, pero extendida a los servicios de salud mental en general. Es decir que el proceso de reforma impulsado por la ley, comprende un proceso más profundo que incluye no sólo el ámbito de incumbencia profesional y no profesional de la salud mental, sino también el de la sociedad en su conjunto, enlazando la arcaica representación social de enfermo mental, con la construcción de una nueva perspectiva acerca del sujeto con padecimiento mental.

Se torna necesario ubicar entonces la noción de subjetividad articulada a la construcción de saberes y prácticas en salud mental para avanzar hacia la implementación de nuevos modos de abordaje y tratamiento, que impliquen una praxis que incluya al sujeto activamente y que contemple el despliegue de su subjetividad, abandonando prácticas estandarizadas, apuntando finalmente a los recursos subjetivos. Repetimos, entonces, trabajando *con* el paciente y no “*para*” el paciente. Reflexionando sobre saberes y prácticas en salud mental en nuestro país, Alicia Stolkiner (2011) postula que no se puede hablar de *una* subjetividad actual y que ya no es posible reducir las formas de padecimiento subjetivo al registro conceptual psicopatológico. Consigna que: “Elaborar traumas en un contexto traumático crónico no permite la necesaria vuelta sobre sí.

13 Cohen, H. Natella, G.: (2013), *La desmanicomialización: Crónica de la reforma de Salud Mental en Río Negro*, Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina, p. 160.

Hay una fase ineludible del proceso de resignificación y religamiento que pasa por el diálogo, la concreción de estrategias colectivas y la construcción de discursos alternativos, esta fase solamente es posible en el lazo social. Trabajar como operadores de esos procesos, hacerlo interdisciplinariamente e inclusive incorporando saberes no disciplinarios se impone como una de las estrategias actuales en el campo de la salud mental”¹⁴.

Es así que además de las concepciones en juego acerca del sujeto y la enfermedad mental se interpela, a partir de la ley y su propuesta de inclusión social, a los abordajes propuestos como modos de tratamiento.

En este sentido, la denominada “rehabilitación psicosocial” surge como un objetivo de estudio y desarrollo teórico en el ámbito de la salud mental, una vez que se ha superado el proceso de “desinstitucionalización”, en busca de un modo de funcionalidad social acorde a la normalidad.

Siguiendo el Consenso de la Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay (2005) “la Rehabilitación puede definirse como un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se encuentran entre sus objetivos específicos la prevención primaria, secundaria y terciaria, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes” (del Castillo y cols.; 2011).

La propuesta uruguaya de trabajo en rehabilitación biopsicosocial, implica el encuentro entre la persona con padecimiento mental, su familia, su entorno y

el equipo referente. En dicho encuentro han de privilegiarse el lugar, el potencial y el saber de la persona con padecimiento mental, en un aprendizaje en común hacia la construcción de un camino propio e individualizado. Así el tratamiento tenderá a la toma de conciencia de sus propias necesidades en interacción con su medio familiar y social, por parte de la persona con trastorno mental, quien contará para ello con el apoyo de los técnicos pertinentes. “Avanzar hacia esa meta es reafirmar la recuperación de la persona en su autonomía, en sus capacidades y su potencial de salud. La recuperación implica la construcción de un proyecto de vida, definido por la propia persona y en la toma de conciencia de su condición ciudadana” (del Castillo y cols.; 2011). Desde una mirada adaptativa, Leal Herrero y cols. (2002) propusieron un extenso estudio de las distintas modalidades de rehabilitación existentes en España; si bien la noción de *normalidad* propuesta por estos autores dejó por fuera la singularidad del sujeto y los fenómenos de su patología. Plantean el desarrollo de nuevas estructuras rehabilitadoras que, por otra parte, serían menos costosas que las tradicionales (dispositivos hospitalarios y asistenciales). Asimismo exponen la necesidad de desarrollar dispositivos específicos de rehabilitación psicosocial funcionales a las necesidades de los Centros de Salud Mental y Servicios Sociales. Finalmente contemplan la necesidad de una teoría de la práctica rehabilitadora respondiendo a la idea de Sarraceno (2011) de que la Rehabilitación Psicosocial es “una práctica en busca de teoría”.

Afirma Saraceno¹⁵ (2011), que los

procesos de transformación deben documentarse y describirse con métodos fiables. Desde esta óptica resulta necesario superar la barrera que cuestiona los métodos cuantitativos para el abordaje de la complejidad de los fenómenos en juego, proponiendo una batería de métodos de evaluación que abarquen dicha complejidad en toda su extensión, sin simplificar la mirada a una estandarización epidemiológica de casos, ubicando la evaluación cualitativa como complemento para situar la singularidad de las coordenadas del sujeto en términos de su padecimiento mental, su historia y su lazo familiar entramados en el contexto social donde se encuentra.

Se desprende de esta perspectiva que la metodología cuantitativa puede utilizarse, por ejemplo, como evaluación en escala en pequeños colectivos de sujetos con padecimiento mental (como aquellos alojados en casas de medio camino), para trabajar a través de categorías ya operacionalizadas la posibilidad de elaborar mediciones que permitan establecer relaciones con otros dispositivos de iguales características. También será posible, entonces, conceptualizar y teorizar a partir del registro del quehacer cotidiano desde los distintos sectores intervinientes.

La implementación de las nuevas Políticas en Salud Mental, da lugar a la inclusión de nuevos saberes, así como de nuevos modos de tratamiento que aspiran reintegrar a los sujetos con padecimiento mental, en tanto semejantes, a la comunidad a la cual pertenecen, a partir de una concepción amplia e integral de los Derechos Humanos.

Volviendo al axioma de la Organización Mundial de la Salud (OMS; 1948), la salud no es sólo ausencia de enfermedad, sino también la búsqueda de un estado de bienestar físico, mental y social. Desde esta perspectiva, la rehabilitación psicosocial de las

14 Stolkiner, A. (2001) Revista Actualidad Psicológica, Año XXVI N° 293, Buenos Aires. http://www.fta.uner.edu.ar/academica/cc/archivos/catedras/2010/Salud_Mental_PP_Campo/SUBJETIVIDADES_DE_EPOCA_PRACTICAS_EN_SALUD_MENTAL_MENTAL1.PDF

15 Saraceno, B.: (2011) Entrevista con Benedetto Saraceno. Ciencia & Sade Coletiva, Vol. 16 N° 12, Río de Janeiro, Diciembre. Recuperado de: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232011001300018&script=sci_arttext

personas con padecimientos mentales se ha convertido en uno de los objetivos primordiales en concordancia con el tratamiento de la enfermedad en sí misma, ya que no sólo se trata de la remisión de síntomas y su estabilidad emocional, sino que, también se trata de la incorporación del contexto social, familiar y laboral.

La Rehabilitación psicosocial comprende el funcionamiento general del individuo, orientando sus acciones hacia el logro del funcionamiento más apropiado para la vida independiente del individuo dentro de su comunidad. Incluye, las características del lenguaje, la interacción social, el nivel de actividad, los modales, higiene personal, autocuidado y el manejo de dinero entre otras habilidades psicosociales (Baker y Hall, 1984).

Por último, volvemos a afirmar, en coincidencia con Velarde-Jurado y cols. (2002) que la Rehabilitación Psicosocial “es uno de los puntos principales del trabajo con personas con padecimiento mental para el logro de una mejor Calidad de Vida”.

4.3. Subjetividad

4.3.1. Subjetividad y cultura

El concepto de subjetividad, que se originara en el campo de la filosofía, no tardó en abrirse camino hacia la sociología para finalmente arribar al terreno de la psicología, desde donde confirió una especificidad a “lo psíquico” en los seres humanos.

Empero, subjetividad no es puramente psiquismo. Se le agrega a esto una emocionalidad, un espacio simbólico por el que transita y un cuerpo con el que se relaciona recursivamente. La subjetividad no se equipara al sujeto, sino que es sólo una parte de éste. Desde el paradigma de la complejidad se asume como sujeto a una organización emergente que no puede ser tal sino a partir del lazo social con los otros y

con el medio ambiente (Najmanovich; 2001)¹⁶. Concebido de este modo, el sujeto se aleja de la idea de individuo (propio del discurso de la biología) y únicamente se hace posible por su condición de subjetivado en los espacios sociales. Más aún, dado que no existe una subjetividad que pueda aislarse de la cultura y de la vida social que la sostiene, es decir, por fuera del lazo social, habrá de entenderse a la subjetividad en la cultura a través de los procesos de significación y de sentido personal y la forma singular de apropiación de estos valores y significados. En efecto, la subjetividad puede ser considerada como proceso de producción de significados, producción que se realiza no sólo en el encuentro con otro sino en un contexto de significados acumulados socialmente, no elegidos y que conllevan siempre relaciones de poder.

Silvia Bleichmar (2009)¹⁷ elucida el proceso de construcción de la subjetividad y sostiene que no puede considerarse por fuera del movimiento instituido – instituyente. Así distingue la subjetividad del aparato psíquico y la hace corresponder a tan sólo una parte de éste. La cultura incide en la subjetividad a través de la regulación de los deseos, la formación de ideales que se presentan en los enunciados que participan en los procesos subjetivantes. En continuidad con esta línea de pensamiento, Berenstein (2003)¹⁸ describe tres áreas en las que se despliega

16 Najmanovich, D. (2001). “Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia”. *Utopía y Praxis latinoamericana, Revista internacional de filosofía Iberoamericana*, Universidad de Zulia, Venezuela, Año 6 N° 14.

17 Bleichmar, S.: (2009). *El desmantelamiento de la subjetividad – estallido del yo*, Editorial Topia, Buenos Aires, Argentina.

18 Waisbrot, D. y cols.: (2003) *Clínica psicoanalítica ante las catástrofes sociales: la experiencia argentina*, Paidós, Buenos Aires, Argentina.

la actividad subjetiva: el espacio público, el familiar y el individual y sostiene que en el primero el sujeto se encuentra con otros y se producen por tanto relaciones de poder que tendrán implicancias y determinaciones sobre las subjetividades, tanto en su dimensión psíquica como corporal.

Por su parte Fernández (2007) retoma los aportes de Foucault acerca de los modos de subjetivación: transformaciones que cada sociedad presenta en la construcción de los sujetos que la habitan en un momento histórico dado. Este proceso se da a través de los modos en que los sujetos piensan sienten y actúan pero también a través del modo en que los cuerpos son marcados, intervenidos.

Influenciadas por la lingüística, las nociones de cultura y subjetividad se entrelazan inseparablemente. La práctica discursiva, la producción de significados y la significación de esas producciones no pueden más que provenir de la subjetividad, pero esa misma práctica discursiva la acompaña en su propio devenir constituyente. De hecho, la subjetividad está relacionada al discurso, pero no se agota en el mismo.

Ahora bien, la subjetividad puede, en ocasiones, no producir discursos en los que expresarse, por tanto debemos suponer que algo de la misma excede la práctica discursiva. Por otra parte, la subjetividad es para algunos autores un proceso de sentido que va más allá de lo individual y que puede no ser idéntico a los sentidos acumulados, sino ser ese proceso en sí y de hecho, en tanto proceso, no puede pensarse por fuera de los espacios simbólicos de la cultura. De esta manera las representaciones nunca son de carácter puramente individual, siempre están formadas en el entrecruzamiento de la experiencia con los discursos sociales y de valores, es decir que la subjetividad forma parte de la realidad social en tanto es la base de las producciones de la cultura.

4.3.2. *Subjetividad, salud mental y padecimiento*

Desde la perspectiva teórica planteada, sujeto-subjetividad-cultura resultan nociones indisolubles para pensar las condiciones actuales de la producción del padecimiento subjetivo, entramado al cambio de paradigma que estamos transitando en el campo de la Salud Mental, así como a las Políticas Públicas y sus prácticas.

Nos encontramos frente al desafío de investigar y teorizar sobre los resultados de la implementación de la nueva Ley. Se trata entonces de revisar y actualizar conceptos nodales de la Salud Mental; empero, más allá de cualquier redefinición, resulta ineludible un proceso continuo de investigación que se base en la articulación de las modificaciones institucionales y los cambios en la perspectiva de los abordajes, que incluya la voz de los sujetos con padecimiento mental y la de sus familias.

Por cierto, tal como postula Stolkiner (2001), esta multirefencialidad teórica, habrá de incluir un enfoque interdisciplinario intentando articular las dimensiones macro, meso y micro-sociales en el rastreo de las transformaciones económicas, institucionales y de la vida cotidiana como vía de comprensión de la producción subjetiva.

Es en la coyuntura "cultura - subjetividad", donde se ubica al sujeto como una combinatoria entre necesidad y potencia, en tanto productor en un proceso histórico; no en la dicotomía interior-exterior, correlativa al pensar individuo-sociedad como una simple dualidad, concepción a la que supera. En relación a la idea de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) postula que la misma es: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"¹⁹. Es de-

cir que el bienestar general, además del contexto físico, integra las áreas mental y social, como sostenes necesarios de la salud de un sujeto. Es por esta razón que la rehabilitación y la inclusión social, forman parte indisoluble, como objetivos centrales, en el tratamiento y abordaje de sujetos con padecimiento mental. Teniendo en cuenta desde esta perspectiva que la salud incluye, además de la ausencia de enfermedad, la capacidad y los recursos propios para hacer frente a las vicisitudes y acontecimientos de la vida cotidiana, así como para construir y sostener el lazo social con la comunidad en la que el sujeto se encuentra incluido, resultan de suma importancia las acciones tendientes a la promoción y rehabilitación a través de la creación de dispositivos alternativos instituidos desde una lógica comunitaria en Salud Mental. Es en este marco donde se inscriben, a partir de la sanción de la ley 26.657, los dispositivos denominados intermedios o extrahospitalarios, que orientan su labor hacia la rehabilitación y reinserción social, apuntando a una inclusión y mejora en la calidad de vida.

Sin duda, resulta necesario incorporar a la sociedad en forma amplia a través de la creación y reglamentación de leyes y la implementación de nuevos dispositivos, así como la capacitación, y formación de los profesionales y no profesionales de la salud; pero, más allá de las reglamentaciones vigentes y la implementación de las nuevas Políticas Públicas que pudieran vehicular los cambios estructurales y funcionales necesarios, debe tenerse en cuenta que estos cambios se fundan en procesos sociales, institucionales y económicos que demandan la intervención de todos los sectores y actores sociales. En primera instancia, tanto a los sujetos con padecimiento mental, como a sus familias, y a los trabajadores de la salud involucrados, como al contexto socio-comunitario que los incluye.

Las ideas de enfermedad mental, su tratamiento, necesidades y formas de abordaje, surgen a partir de procesos socio-culturales como productos de la época en que se inscriben y establecen. Es por ello que para evaluar el alcance de los nuevos dispositivos, nos encontramos en la necesidad de contemplar este complejo entramado. Incluir en el proceso de investigación la voz de los sujetos en cuestión y de sus familias, contar también con la palabra de los profesionales y no profesionales, hacer del análisis de este colectivo particular, un análisis micro-social de carácter intensivo. Se trata de un análisis en profundidad que contempla las dimensiones micro-sociales que intervienen en el proceso de inclusión comunitaria y permite, parafraseando a Stolkiner (2001) "...recordar que la producción y transformación de representaciones y prácticas reconoce una dimensión microsociedad. En cada acto de salud, en cada contacto institucional se reafirma, construye o deconstruye una concepción sobre sus actores que, a su vez, los produce. Es esta potencialidad transformadora la que invita a una actitud de reflexividad sobre las prácticas actuales"²⁰.

En suma, desde el aspecto micro-social, la mirada se enfoca en reflexionar sobre las prácticas actuales, allí donde se construye y deconstruye cotidianamente la concepción sobre padecimiento mental y sus implicancias subjetivas. A partir de esta óptica, la República Argentina, se encuentra en un proceso de transformación que comprende no sólo la idea de salud-enfermedad, ya que incluye también la representación y construcción de una subjetividad propia de la época y una cultura producto de este tiempo. Es decir, sólo partiendo del contexto socio-comunitario se puede pensar la subjetividad como una producción

19 Recuperado de http://www.who.int/topics/mental_health/es/

20 Stolkiner, Alicia, op. cit.

multisectorial, y es en este contexto donde se encuentran las representaciones fundantes y en constante transformación del funcionamiento social. Se trata de un proceso dialéctico que incluye lo macro y micro-social, en un constante interjuego entre el sujeto y el medio que construye y lo constituye. En este marco instituyente de la subjetividad, atravesado por la época, es donde debe ser repensada la relación salud mental-subjetividad.

5. Síntesis y propuesta

En concordancia con el tratamiento de la enfermedad en sí misma, la Rehabilitación Social de las personas con padecimiento mental es, en la actualidad, uno de los objetivos primordiales del Sistema de Salud, ya que no sólo se procura la remisión de síntomas y la estabilidad emocional de los pacientes, sino además su incorporación al contexto social, familiar y laboral. Más allá de las diversas aristas de articulación teórica, según el marco conceptual de elaboración del autor, la noción de Rehabilitación Psicosocial comprende desde un punto de vista práctico, el funcionamiento general del individuo, orientando sus acciones hacia el logro del ejercicio más apropiado para la vida autónoma dentro de su comunidad. Incluye, entre otras habilidades psicosociales, las características del lenguaje, la interacción social, el nivel de actividad, los modales, la higiene personal, el autocuidado y el manejo de dinero. Es en suma, la posibilidad del sujeto de habilitarse como actor social en la comunidad a la que pertenece. De ello se desprende que constituye una instancia cardinal en el logro de una mejor Calidad de Vida en personas con padecimiento mental. Este último constructo enfatiza la subjetividad del actor, toda vez que lo denota como la percepción de un indi-

viduo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses.

Numerosos autores aseveran que la atención integral de las personas con trastorno mental requiere de la articulación adecuada de acciones de promoción, prevención y rehabilitación en la Red de Salud Mental y Salud Integral y Comunitaria (del Castillo y cols.; 2011); en tanto que La OMS ha establecido que estas redes de servicios deben poseer los atributos de: accesibilidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados, territorialidad o sectorización, efectividad, equidad y respeto de los Derechos Humanos.

Por nuestra parte, creemos que la reforma que recién comienza, no pone en tela de juicio las instituciones hospitalarias en sí mismas, por el contrario proporciona la oportunidad de debatir las prácticas instituidas, el trabajo de los profesionales y no profesionales intervinientes y el lugar del sujeto con padecimiento mental y su familia. Es justamente incluir al sujeto, su subjetividad y su voz, en las acciones tendientes al abordaje de su padecimiento, lo que impulsará el verdadero cambio. Incluir en definitiva ese saber sobre el propio modo de existencia, transformando la posición del sujeto, de paciente-objeto a sujeto responsable de su devenir, alojando su singularidad, promoviendo las condiciones necesarias para la desinstitucionalización, la rehabilitación psicosocial y la inclusión comunitaria en desmedro de la internación indefinida y la naturalización de las prácticas asistencialistas que obturan los procesos subjetivantes. En suma, creemos que no se trata solamente de un cambio de dispositivos de abordaje, ni de mejorar las condiciones de vida de los sujetos con padecimiento mental, aunque implique a ambos; sino de revisar y redefinir

el abordaje y tratamiento del padecimiento mental y los efectos subjetivos de tales prácticas.

Aunque no existen registros oficiales precisos relativos a su número o localización, las instancias terapéuticas extrahospitalarias no son una “novedad” en nuestro medio, ya que llevan un considerable tiempo de desarrollo; sin embargo, sus programas han cobrado protagonismo y son objeto de un creciente interés dentro de la atención comunitaria²¹ a partir de su específica mención por la Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental. De hecho representan la continuidad en la atención sanitaria de personas con padecimiento mental severo, en virtud de sus efectos sobre parámetros clínicos, funcionales y de ajuste social (López Álvarez et al.; 2004); al tiempo que cabe considerarlos como aquella prestación social que recupera y protege Derechos Humanos básicos.

Dispositivos similares, o que convergen al objetivo común del logro de un proyecto de vida autónomo, vínculos personales estables y satisfactorios e inserción social, laboral u ocupacional, a través de un abordaje terapéutico interdisciplinario, se ofrecen hoy para el tratamiento de personas con alteraciones neurológicas y conductas disruptivas, o consumo de sustancias tóxicas. No obstante, aún cuando los beneficiarios no son homogéneos en cuanto a sus necesidades, y pese a que la orientación y desarrollo concreto de este tipo de programas presenta todavía importantes diferencias entre sí, resulta evidente que, en principio, han logrado romper con las tendencias de

21 De ello dan cuenta, tanto el número creciente de publicaciones internacionales sobre la cuestión, como la cantidad de foros de discusión, argumentaciones e iniciativas sobre “casas de medio camino” que se promueven entre académicos, profesionales y familiares, en distintos ámbitos en nuestro país.

segregación social que estaban en el origen y mantenimiento de las instituciones precedentes.

Nuestro interés ha sido circunscribir una indagación, a la evaluación del impacto del alojamiento de personas con padecimiento mental, en una Casa de Medio Camino.

Habida cuenta del efecto negativo del rechazo social, el refuerzo del estigma y sus consecuencias sobre la autoestima de estas personas, destacamos como parámetros de valoración de los logros del programa, el grado de autonomía alcanzado por los pacientes allí alojados, el ajuste a su entorno y los cambios registrados en sus Historias Clínicas, tanto al ingreso como al egreso de la institución.

A partir del contraste de instrumentos de medición en Rehabilitación Social, consideramos que un estudio de estas características, en tanto modelo preliminar, representa un aporte contundente en la estimación de la efectividad de estos dispositivos en nuestro medio, que nos permite recomendar la introducción de la escala en la evaluación de admisión de cada paciente, lo que permitirá estandarizar los resultados al evaluar el progreso del mismo, así como los alcances del dispositivo en tanto facilitador de su rehabilitación social.

Esta es la contribución que, como profesionales de la salud, nos incumbe a partir del trabajo interdisciplinario construyendo nuevos saberes sobre la praxis cotidiana que permitan avanzar en los procesos impulsados por la nueva ley.

Bibliografía

- Amarante, Paulo.: (2007) "Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial" Colección Fichas para el siglo XXI. Topia Editorial, Buenos Aires, Argentina.
- Bleichmar, Silvia: (2006) "Estallido del yo, desmantelamiento de la subjetividad". En: Revista Topia.
- Borthwick-Duffy y Cols., (1992) "Quality of life and quality of care in mental retardation. In L. Rowitz (Ed.) Mental retardation in the year 2000. Berlin, Springer-Verlag.
- Burgos, Mario; (2013) "Desmanicomialización y sujeto social" Presentación ante el 2º Foro sobre "Los desafíos de la Ley de Salud Mental"; Biblioteca Nacional; 07-11-13.
- Cabred, Domingo.(1991) "Discurso Inaugural de la Colonia Nacional de Alienados" (1899). Publicado en Revista Vertex. Vol. II Nro. 3. 1-8 Marzo-Abril-Mayo.
- Cohen, H. Natella, G.: (2013) La desmanicomialización: Crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro; Lugar Editorial, Buenos Aires.
- De la Garza Toledo, Enrique; (2000) "Subjetividad, cultura y estructura". Universidad Autónoma Metropolitana – Delegación Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades. México. En <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/dcsh-uam-i/20100518064934/garza.pdf>
- de Lellis, Martín y Rossetto, Jorge. (2006) "Hacia la reformulación de las políticas públicas en salud mental y discapacidad intelectual", en: de Lellis, Martín. Psicología y políticas públicas de salud. Paidós. Buenos Aires.
- de Lellis, Martín y Rossetto, Jorge (2009). "Cien años después: Transformaciones de una institución asilar en la República Argentina". Vol. 1, Nº 1.
- del Castillo, Renée; Vilar, Mariana; Dogmanas, Denisse; (2011) "Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay"; en Psicología Conocimiento y Sociedad – 4, 83-96; (noviembre).
- Díaz Gómez, Álvaro; González Rey, Fernando; "Subjetividad: una perspectiva histórico cultural". Entrevista realizada el 21 de abril de 2005 en Sao Pablo; 1º Congreso de ULAPSI (Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología) [wttp://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V4N310subjetividad.pdf](http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V4N310subjetividad.pdf)
- Felce, D. y Perry, J. (1995) "Quality of life; It's Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities, Vol 16, Nro. 1
- Fernández, Ana María: (2007) Las lógicas Colectivas. Imaginarios, cuerpos y subjetividades. Biblos. Colección Sin fronteras. Buenos Aires.
- Fernández Aguirre, M. V.; González Cases, J.; Fernández Chavero, J. M.; y Eizaguirre de Luna, L.: (1997) "El campo de la rehabilitación psicosocial". En: Rodríguez A. (coord.) Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid, Pirámide.
- Foucault, M.: (2005) El poder psiquiátrico. Fondo de C. Económica. Buenos Aires.
- Galende, Emiliano (1997) De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual Cap. V: "La producción de subjetividad." Buenos Aires. Paidós.
- Grandinetti, José; (2014) en: Revista Imago Agenda, Letra Viva, Buenos Aires, Nº 182
- Guitarro, S.; Orellana Folgar, M.; Reyes, A.; Aguilar, M.; Martínez, Lucy. (2009) "La Casa de Medio Camino como opción Terapéutica para Pacientes con Trastornos Mentales Crónicos: Primera Experiencia en Honduras"; en Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH Vol. 12 Nº 1; enero-abril.
- Gisbert Aguilar, Cristina G. y col. (2003) "Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo" Asoc. Española de Neuropsiquiatría, Madrid.

- Leal Herrero, F., Castilla García, A.: (2002) "Luces y sombras en los procesos de rehabilitación psicosocial de los enfermos psicóticos" *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol.22, N°84. Recuperado de: <http://www.revista-aen.es/index.php/aen/article/viewFile/15822/15681>
- Leiß, M. y Kallert, T. W. (2001) "Integración social y calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos en tipos de asistencia complementaria diferentes" Departamento de Psiquiatría y Psicoterapia, Clínica Universitaria Carl Gustav Carus, Universidad Técnica de Dresde, Alemania.
- Liberman R. P.: (1988/93) *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Martínez Roca. Barcelona.
- López Álvarez; Lara Palma; Laviana Cuetos y cols. *Archivos de Psiquiatría* 2004; 67 (2): 101-128
- López, M.; Laviana, M.; García-Cubillana, P.; Fernández, L. y otros (2001) "Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía". Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM).
- López Salazar, Francisco; (2007) "Calidad de vida en pacientes psicóticos externos". *Alcmeon*, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, Año 16, Vol. 14, N° 2, noviembre; ps. 65 a 75.
- Melillo A., Suárez Ojeda E.N., Grotberg E., y col. (2008) *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*, Paidós *Tramas Sociales* 13, Buenos Aires.
- Muñoz León, Katya (2006) "Comparación de la Calidad de Vida en personas con Trastornos Mentales Severos que han tenido o no intervenciones de Rehabilitación Psicosocial en la Región Metropolitana" Tesis de Maestría en Salud Pública. Universidad de Chile. Ref.: <http://hdl.handle.net/123456789/258>
- Najmanovich, Denise; (2001) "Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia". *Utopía y Praxis Latinoamericana*. *Revista Internacional de filosofía Iberoamericana*, Universidad de Zulia, Venezuela. Año 6, N° 14. Pp. 106 – 111. dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2731352.pdf
- Rodríguez, B.; García Rey, M. y Rodríguez Novillo, C. (2014) "La Ley 26.657 como marco de referencia en la reinserción social de pacientes con padecimiento mental" en: *Revista Diagnósis*. Publicación científica de Fundación PROSAM N° 11 – Primer Semestre.
- Rossetto, J. y de Lellis, M. (2007). "El proceso de reforma institucional: la experiencia de tres años de gestión en la Colonia Nacional Montes de Oca". *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex*, XVIII (73), 225-238.
- Ruiz Velasco, Ma. Eugenia; "La rehabilitación en el tratamiento de la psicosis" en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/capitulos/22-516wzd.pdf
- Saraceno, B.: (2011) "Entrevista con Benedetto Saraceno". En: *Ciencia & Saude Coletiva*, Vol. 16 N° 12, Río de Janeiro, Diciembre. Recuperado de: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232011001300018&script=sci_arttext
- Stolkiner, A. (2009) Prólogo para el libro de Amarante, Paulo; *Superar el manicomio – Salud Mental y atención psicosocial* Topia Editorial, Buenos Aires
- Stolkiner, Alicia (2001) "Subjetividades de época. Prácticas en Salud Mental" *Revista Actualidad Psicológica*, Año XXVI N° 293, Buenos Aires. Recuperado de: http://www.fts.uner.edu.ar/academica/cc/archivos/catedras/2010/Salud_Mental_PP_Campo/SUBJETIVIDADES_DE_EPOCA_PRACTICAS_EN_SALUD_MENTAL_MENTAL1.PDF
- Tudela Sancho, Antonio; (2001) "Tiempo y Espacio de Vida, Félix Guattari y la producción de la subjetividad. Universalismos, relativismos, pluralismos" *Themata*. N° 27. Universidad de Murcia.
- Velarde-Jurado, E. y Avila-Figueroa C. (2002) "Evaluación de la calidad de vida". En: *Salud Pública; México*, vol. 44, n. 4.
- Veronelli, Juan Carlos; Veronelli Correch, Magalí. (2004) *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en Argentina*. Organización Panamericana de la Salud. Argentina.
- Vezzetti, Hugo. "Domingo Cabred y el asilo de puertas abiertas". *Revista Vertex*. Vol. II Nro. 3. Marzo-Abril-Mayo.
- Vicente, B. y cols. (1997) "Programa de salud mental en la provincia de Río Negro (Argentina)", en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. XVII, N° 64.
- Waisbrot, Daniel; (2003) *Clínica psicoanalítica ante las catástrofes Sociales. La experiencia argentina*. Paidós. Buenos Aires.
- WHOQOL Group – (1993) Study protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life. *Qual Life Res*; 2 153-9.
- Zaldúa G, Lodieu M.T., Botinelli M.M, Pawlowicz M.P., Pérez Chávez K., Gaillard P., Tisera A., Nabergoi M.: (2010) "Salud mental: territorios y narrativas entre la reproducción y la transformación" en: *Praxis psicosocial comunitaria en Salud*, EUDEBA, Buenos Aires, Argentina. Ref.: <http://hdl.handle.net/123456789/258> (02.11.2010).
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657 Derecho a la protección de la salud mental. Sancionada 25-11-2010, promulgada 2-12-2010. Reglamentada por Decreto 603/2013.