

Rivero, María Belén

**DESAFÍOS EN LOS PROCESOS DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN DESDE UN
DISPOSITIVO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

Rivero, María Belén
Universidad de Buenos Aires
belriverots@gmail.com

Material original e inédito autorizado para su primera publicación en la Revista Académica
Hologramática

Fecha de recepción: 11-03-2026
Fecha de aceptación: 16-07-2026

RESUMEN

El presente artículo busca reflexionar sobre los desafíos en los procesos de desinstitucionalización de personas con padecimiento mental severo y persistente a partir de una experiencia de intervención en una Residencia Protegida de Rehabilitación Psicosocial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En primer lugar, se contextualiza el dispositivo en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley de Salud Mental N° 448 (CABA) que promueven un modelo de atención comunitario. Luego se recuperan conceptos teóricos relacionados a la institución, institucionalización y manicomialización, en vínculo con sus efectos en la subjetividad de las personas. Asimismo, se presentan algunos de los obstáculos para pensar en posibles procesos de desinstitucionalización y se describen estrategias de intervención desarrolladas en el dispositivo de referencia, orientadas a promover la autonomía, garantizar los derechos y la reconstrucción de proyectos de vida. A partir de esta experiencia, se reflexiona sobre los alcances y desafíos en los procesos de desinstitucionalización desde un dispositivo de medio camino.

Rivero, María Belén

PALABRAS CLAVE: desinstitucionalización - salud mental - rehabilitación psicosocial

ABSTRACT

This article reflects on the challenges involved in the desinstitutionalization processes of people with severe and persistent mental health conditions, based on the experience of a Psychosocial Rehabilitation Protected Residence in the city of Buenos Aires. This paper first situates this Residential Program within the framework of the National Mental Health Law N°26.657 and the Mental Health Law N° 448 (CABA), which promote a community based model of care. The article then revisits theoretical concepts related to institutions, institutionalization, and asylum based practices, considering their effects on people's subjectivity. It also examines some of the main obstacles to advancing deinstitutionalization processes and describes intervention strategies developed within the residence aimed at promoting autonomy, safeguarding human rights, and supporting the reconstruction of life projects. Based on the experience, this paper reflects on the scope and challenges of deinstitutionalization processes within intermediate residential facilities.

KEY WORDS: deinstitutionalization - mental health - psychosocial rehabilitation

INTRODUCCIÓN

El presente escrito surge a partir de mi experiencia en una Residencia Protegida de Salud Mental, en el marco de una rotación correspondiente al tercer año de la residencia de Trabajo Social en salud. Se trata de un dispositivo convivencial de rehabilitación psicosocial, dependiente de la Dirección General de Salud Mental (DGSAM) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En este escrito se propone reflexionar sobre los límites y posibilidades en los procesos de desinstitucionalización de usuaries con padecimiento mental severo y persistente.

Rivero, María Belén

En este sentido la pregunta que orienta el análisis es: ¿qué estrategias de intervención profesional se despliegan para favorecer estos procesos desde una residencia de rehabilitación psicosocial? En primer lugar, se presenta una caracterización de la institución. Luego se introducen algunos conceptos teóricos claves vinculados a los procesos de institucionalización. Posteriormente, se presentan los obstáculos que persisten vinculados a la lógica manicomial. Finalmente, se profundiza en la experiencia de la Residencia, describiendo algunas estrategias de intervención orientadas a la rehabilitación y su incidencia en posibles procesos de desinstitucionalización.

BREVE CONTEXTUALIZACIÓN INSTITUCIONAL

Las Residencias Protegidas de Rehabilitación en Salud Mental se enmarcan dentro de la Ley 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Este marco normativo promueve un modelo de atención comunitario promoviendo la autonomía, la inclusión social y el ejercicio de los derechos de les usuaries en la comunidad, frente a la exclusión y el aislamiento, propios de los modelos tradicionales hospitalocéntricos.

La residencia está destinada a adultes (18 a 65 años) que, al momento de una externación de los efectores de salud mental de la CABA, requieran apoyos específicos para su reinserción social a través de un proceso de rehabilitación de las áreas de desempeño de la vida cotidiana, garantizando una mayor calidad de vida y el recupero progresivo de sus derechos y autonomía. Los objetivos generales de la residencia consisten en incrementar la autonomía de les usuaries; promover y garantizar sus derechos; y facilitar su inclusión en la red social y comunitaria. La residencia cuenta con un equipo multidisciplinario compuesto por operadores terapéuticos (24 hs), enfermeras, psiquiatra, psicóloga, terapeuta ocupacional y trabajadora social.

Como es sabido, la sanción y vigencia del marco normativo respecto al campo de la salud mental no es sin tensiones, ya que persisten sectores que defienden la existencia de modelos

Rivero, María Belén

tradicionales de atención basados en la internación en hospitales monovalentes. Precisamente, permanecen sectores profesionales e intereses económicos y políticos con intenciones de mantener ciertas estructuras de poder dentro del campo de la salud mental, lo que puede denominarse como un movimiento de contrarreforma psiquiátrica (Vainer, 2006). Sin ir más lejos, el actual gobierno nacional está impulsando modificaciones de la Ley 26.657, las cuales refuerzan el rol médico psiquiátrico y judicial en la toma de decisiones respecto a las internaciones por motivos de Salud Mental, entre otros cambios.

No obstante, como sostiene Stolkiner (2013), “coherentemente con su historia, la posibilidad de sostener las reformas que la ley propone dependen de la lucha de quienes pugnan por la profundización de derechos en este campo y de la defensa de los derechos en general.” En este sentido, experiencias como la de la residencia protegida son ejemplos de cómo afrontar los desafíos que implican transformar las prácticas instituidas en el campo de la salud mental.

PRIMERAS APROXIMACIONES TEÓRICAS

El concepto de institución ha sido ampliamente abordado desde distintas disciplinas, en este trabajo, se retoma la definición realizada por Bleger (1966) quien entiende las instituciones como organizaciones sociales estructuradas que cumplen cierta función en la sociedad. Se tratan de sistemas dinámicos donde confluyen diversas tensiones y relaciones de poder. Las instituciones no sólo funcionan como organizadoras de la sociedad, sino que también condicionan el comportamiento de las personas. En ese sentido, toda institución que forma parte de la vida de una persona, produce cierta subjetividad, ya sea la institución familia, escuela, trabajo y/o religión.

Particularmente en el campo de la salud mental, históricamente ha predominado el modelo manicomial basado en la internación crónica y desmedida en hospitales psiquiátricos o monovalentes. Durante décadas, la institución total (Goffman, 1970) ha sido la única

Rivero, María Belén

alternativa para los sujetos con padecimiento mental. En este campo, la institucionalización no se reduce únicamente al ingreso de una persona a un espacio físico determinado, sino que implica un proceso más amplio de construcción de prácticas y subjetividades, condicionadas por el hecho de vivir en una determinada institución.

En este sentido, la institución manicomial -entendida como construcción social que varía histórica, cultural y contextualmente- ha sido vinculada intrínsecamente vinculada con la violencia. Tal como recupera Basaglia (1986 en Faraone, 2020), el manicomio puede comprenderse como una institución de la violencia. En este sentido, la violencia institucional se manifiesta a través de rutinas y costumbres permanentes que forman parte de las pautas culturales de lo institucional, así, se reproducen situaciones de poder que naturalizan la desigualdad y banalizan la impunidad (Izaguirre, 1998 en Faraone, 2020). Asimismo, el manicomio configura un espacio donde las formas de opresión hacia las personas con padecimiento mental se reproducen de manera constante y no sólo impone normas, sino que también modela significados, valores y conductas (Galende, 2008)

En esta misma línea, Galli (2019) sostiene que el manicomio funciona con mecanismos de anulación de las existencias personales. Las instituciones manicomiales no solo limitan la autonomía, sino que también promueven la medicalización excesiva y la despersonalización de los sujetos. Implica una pérdida de los lazos y de las habilidades de vida esenciales que se necesitan para subsistir en la comunidad.

Por lo tanto, la desinstitucionalización no puede ser entendida meramente como una externación, o des-hospitalización, lo cual consistiría en el acto administrativo de salir de una institución. En este sentido, el proceso de desinstitucionalización implica el desarmado de la lógica asilar internalizada en las prácticas y subjetividades de las personas (Saraceno, 2003). Desde esta perspectiva, cabe preguntarse si es realmente posible que una persona se “desinstitucionalice” teniendo en cuenta que la lógica manicomial atraviesa las paredes de las instituciones y abarca a toda la sociedad. Siguiendo a Schmuck y Serra (2008), lo manicomial

Rivero, María Belén

es la “expresión de aquellas lógicas implícitas en diversas prácticas sociales (sean jurídicas, médicas, psicológicas, económicas, políticas, etc.) que contribuyen a la medicalización, el silenciamiento y a la exclusión social de los padecimientos subjetivos graves, mediando en muchos casos la judicialización” (p. 3)

Por ello, en concordancia con el modelo de Salud Mental comunitaria, el desafío está en construir procesos de sustitución de las lógicas implícitas en las prácticas que justifican la existencia del manicomio, más allá de cerrar un hospital monovalente (Schmuck y Serra, 2008). En este sentido, Saraceno (2003) advierte:

Si no asumimos que estas connotaciones no alcanzan sólo al manicomio sino a la ideología institucional (de la cual es producto el manicomio), la crítica al manicomio como lugar inhumano y anti terapéutico será traducido simplemente en la creación de otros escenarios para el ejercicio de la misma ideología. (p. 46)

ABORDAJES ALTERNATIVOS A LA LÓGICA MANICOMIAL

Obstáculos en el horizonte hacia la desmanicomialización

Diversos trabajos han demostrado que la institucionalización asilar es iatrogénica, ya que el transcurrir de la vida cotidiana en ese contexto implica procesos de despersonalización, desorientación, alejamiento de los códigos sociales compartidos (Giménez, 2024). En este sentido, una dimensión clave a considerar es la prolongada temporalidad de las internaciones por motivos de salud mental.

A nivel nacional, el Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2018 - 2019) relevó un total de 12.035 personas internadas, de las cuales la mitad se encontraban en instituciones del sector público. El tiempo promedio de internación era de 8,2

Rivero, María Belén

años, siendo de 12,5 años en el sector público y de 4,2 años en el sector privado. Estos datos demuestran que las internaciones tienden a convertirse en una permanencia de tiempo indefinido y prolongado.

La temporalidad influye en lo que se considera como cronicidad, que se trata de un proceso más complejo que la duración o el tiempo en sí, y que se configura a partir de la permanencia prolongada en instituciones manicomiales. Como han señalado diversos autores (Goffman, 1970; Basaglia, 1986; Saraceno, 2003), la cronicidad es, en gran medida, un efecto de la propia institución, donde las lógicas de control, medicalización y dependencia estructuran la vida de las personas internadas. La prolongación de las internaciones no solo impacta en la subjetividad de los sujetos, sino que contribuye a la pérdida de autonomía y a la dificultad para su reinserción en la comunidad. La cronicidad puede definirse como “aquella relación regular, de dependencia, que el sujeto tiene con un servicio de salud en un tiempo que se transforma en indeterminado, una temporalidad más allá de la que habitualmente se pueda establecer.” (Yonson, 2014:5). Esto pone en evidencia uno de los obstáculos para la desmanicomialización: la construcción de trayectorias institucionales en las que la temporalidad deja de ser una variable delimitada, reforzando la exclusión y dificultando la posibilidad de construir proyectos de vida por fuera de una institución.

En el campo de la salud, las instituciones tienen la responsabilidad de recibir, alojar y brindar contención a quienes ingresan, pero siempre con la finalidad de fomentar su autonomía y vida independiente. Su rol debería ser el de un apoyo transitorio, que se retira cuando deja de ser necesario. Sin embargo, esta lógica de protección puede transformarse en un mecanismo de exclusión y deslegitimación. Como señala Briole (2004 en Arias, 2023), las instituciones psiquiátricas se configuran socialmente tanto como espacios de protección como de exclusión, lo que puede generar malestar para los usuarios, tanto en el ingreso como en la salida de ellas. Cuando esa protección invalida o tutela, corre el riesgo de excluir, de volverse un obstáculo a la circulación y participación en el espacio social (Perez Arias, 2023).

Rivero, María Belén

Otro obstáculo fundamental para la desmanicomialización es el contexto social y la puja de intereses en torno a la reforma en salud mental. En los últimos años, han cobrado fuerza discursos que cuestionan la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657), particularmente en lo referido a la voluntariedad de las internaciones y la necesidad de ampliar la cantidad de instituciones manicomiales. Estos planteos refuerzan representaciones estigmatizantes y criminalizantes de las personas con padecimientos en salud mental, sin proponer un abordaje que contemple una perspectiva integral de sus situaciones.

Este escenario se inscribe en una construcción sociohistórica de la locura que ha asociado falsamente la tríada locura-peligrosidad-incapacidad, persistente en el imaginario social. La idea de que las personas con padecimientos mentales representan un peligro para sí mismas y para terceros ha legitimado históricamente su reclusión y segregación, reforzando su estigmatización y exclusión social. Esta concepción no solo impacta en la formulación de políticas públicas, sino también en la resistencia de distintos sectores a la implementación de modelos de atención comunitaria.

Paralelamente, si bien los planes nacionales de salud mental para los períodos 2013-2018 y 2023-2027 han tenido como objetivo avanzar hacia un modelo de atención comunitaria e inclusiva, en la práctica no se han desarrollado políticas públicas suficientes para su implementación efectiva. La atención ambulatoria en centros de atención primaria, hospitales generales y dispositivos intermedios sigue siendo insuficiente o inexistente, al igual que los servicios de atención domiciliaria (Cabrera y Spinelli, 2024). A esto se suma la falta de políticas de externación específicas y de apoyos financieros para los usuarios, sus familias o referentes afectivos, lo que genera la prolongación innecesaria de las institucionalizaciones.

Rivero, María Belén

OTRAS VÍAS POSIBLES: LA EXPERIENCIA DE UN DISPOSITIVO DE REHABILITACIÓN

Las Residencias Protegidas surgen como una respuesta a la necesidad de crear espacios de acompañamiento intermedio para personas que, tras ser externadas de los hospitales psiquiátricos, requieren un apoyo específico en su proceso de reinserción social.

En el caso de la Residencia que se refiere en este trabajo, la mayoría de sus usuaries residentes ingresó luego de haber atravesado varias internaciones intermitentes y/o prolongadas, con períodos de más de dos años en hospitales monovalentes.

El Programa de Residencias Protegidas establece que estos dispositivos convivenciales están destinados a usuaries cuya edad y evaluación del equipo tratante determinen que existe una posibilidad viable de reinserción social, luego de un proceso de rehabilitación progresivo de las áreas de desempeño de la vida cotidiana que fueron deterioradas tras años de internación (hospitalismo). Desde la DGSAM, se estipula que el tiempo esperable de rehabilitación sea de dos años. Sin embargo, la experiencia muestra que este plazo suele ser insuficiente, ya que el tiempo de permanencia depende del proceso singular de cada usuarie y el mismo está condicionado por múltiples dimensiones.

La creación de este dispositivo no sólo trata de dar respuesta a la situación de vulnerabilidad habitacional o de falta de redes de apoyo para el momento de la externación. Siguiendo el modelo comunitario de atención, el acceso a la vivienda es parte del proceso de rehabilitación, pero incluyendo prácticas de inserción, teniendo en cuenta los requerimientos, las habilidades y las capacidades que son necesarias para el sostenimiento de un hogar (Saraceno, 2003).

Uno de los objetivos de la Residencia Protegida es ofrecer un entorno que garantice una mejor calidad de vida y fomente el recupero progresivo de la autonomía de sus residentes. Para ello, se promueve un proceso de rehabilitación que abarca diversas áreas de la vida cotidiana. En

Rivero, María Belén

coherencia con la normativa vigente, este dispositivo forma parte de un modelo de atención integral.

Los procesos de rehabilitación son situados y singulares e implica un abordaje multidimensional. En concordancia con los aportes de Saraceno (2001), se observa que desde la Residencia Protegida se entiende a la rehabilitación como un proceso de “reconstrucción de un ejercicio pleno de ciudadanía y de plena contractualidad en los tres grandes escenarios: el hábitat, la red social y el trabajo con valor social” (p. 4). Los procesos de rehabilitación en salud mental implican ‘habitar’ y ‘re-habitar’ los espacios donde transcurre la vida cotidiana tales como: la casa, el trabajo y la red social. Por ello, se despliegan estrategias de intervención integrales, intersectoriales e interinstitucionales. A los alcances de este trabajo, no se desarrollarán todos los espacios de trabajo que se realizan en la residencia, sino que se mencionará una de las modalidades de intervención que es a través de las entrevistas individuales que se mantienen semanalmente con algunos usuarios.

En función de la singularidad de cada usuario, las entrevistas suelen ser interdisciplinarias y abordan distintos ejes que favorecen la (re)construcción de una vida lo más autónoma e independiente posible. Entre los temas más trabajados en las entrevistas que he participado se destacan: la administración del dinero; la participación en actividades por fuera de la residencia; la organización y responsabilidad en la toma de la medicación; la regulación del sueño y el cuidado de la salud integral. Estas cuestiones están fuertemente vinculadas a altos grados de dependencia y pérdida de habilidades, muchas veces causadas por la falta de estímulos en instancias previas de institucionalización.

En relación a la administración del dinero, se acompaña a los usuarios en el aprendizaje o la recuperación de la capacidad de decidir sobre el uso de sus ingresos, planificando sus compras y gastos, por ejemplo. Por otro lado, la participación en actividades por fuera de la residencia apunta a la inclusión en la comunidad, generar hábitos y espacios de disfrute, construir lazos

Rivero, María Belén

externos al dispositivo. Asimismo, se les acompaña si están interesadas en un proceso de inserción laboral. En cuanto a la organización y responsabilidad en la toma de medicación se trabaja en la participación activa de les usuaries en la gestión de su tratamiento. Se busca que comprendan la importancia del mismo y adquieran mayor autonomía en su seguimiento. Respecto a la regulación del sueño se trabaja en identificar hábitos que favorezcan el descanso y fomentar la responsabilidad en la propia higiene del sueño.

Más allá de los apoyos que se brindan sobre cuestiones instrumentales de las áreas básicas de la vida cotidiana mencionadas, lo fundamental es que en las entrevistas se tiene en cuenta la voz, los intereses, las experiencias y saberes de les usuaries. Se fomenta la toma de decisiones y responsabilidades, alejándose de una lógica tutelar. En este sentido, la relación entre el equipo profesional y les usuaries puede contribuir a correr los límites de la institucionalización, promoviendo un vínculo más horizontal y participativo, de co-construcción.

Sin embargo, estas intervenciones no están exentas de tensiones. En algunos casos, les usuaries pueden percibir ciertas estrategias como formas de control más que como formas de cuidado, que es desde donde interviene el equipo. Efectivamente, el acompañamiento que se brinda desde la residencia busca desarmar la lógica institucionalizadora. En el encuentro con el otro es que se materializa el camino hacia la desinstitucionalización, que más allá de que sea dentro de una institución, la lógica que subyace en ella es desde una lógica que se aleja de la desmanicomialización. Es así que “la desinstitucionalización es sobre todo un trabajo terapéutico, dirigido a reconstruir la persona, en tanto que sufriente, como sujeto.” (Rotelli, De Leonardis y Mauri, 1987, p. 174).

Para finalizar, se recuperan dos aspectos que hacen a los procesos de desinstitucionalización según Rotelli *et. al.* (1987): la construcción de una nueva política de salud mental desde abajo y al interior de las estructuras institucionales y la centralización del trabajo terapéutico en el objetivo de enriquecer la existencia de les usuaries, promoviendo que

Rivero, María Belén

sean sujetos activos en sus propios procesos. En este sentido, la residencia es un dispositivo que a través de las múltiples intervenciones cotidianas busca habilitar y co-construir nuevas formas de habitar, decidir y proyectar una vida más allá de la institución.

REFLEXIONES FINALES

A lo largo de este trabajo, se problematizó sobre los procesos de institucionalización y su incidencia en las personas con padecimiento mental severo y persistente. Respecto a los obstáculos en los procesos de desinstitucionalización, es fundamental considerar tanto las dimensiones a nivel macro social como la construcción sociohistórica y cultural sobre la locura, la vinculación con la peligrosidad y la consecuente estigmatización de la población con padecimiento mental. También es relevante la insuficiencia de las políticas públicas dirigidas a esta población y los sectores que existen en contraposición al modelo de atención comunitaria. A nivel micro, se encuentran los atravesamientos de cada sujeto, sus historias de vida signadas por internaciones prolongadas y la consecuente institucionalización. Frente a estos limitantes, la experiencia de la residencia protegida y su modalidad de abordaje se presenta como una lógica sustitutiva de la lógica manicomial.

Uno de los interrogantes que surgen para seguir pensando consiste en cómo dialoga la permanencia “prolongada” en estos dispositivos con la perspectiva de la autonomía. Si bien se conciben como espacios transitorios, en la práctica muchas personas residen en ellos durante más de 2 años (tornándose en una estadía prolongada). ¿Cómo se trabaja para evitar que esta permanencia derive en nuevas formas de dependencia institucional? Estas preguntas invitan a reflexionar sobre los alcances y limitaciones de los dispositivos intermedios en los procesos de desinstitucionalización sin políticas que acompañen el egreso e inserción social de manera integral.

Finalmente, uno de los aspectos que se destaca es el reconocimiento de los usuarios como sujetos de derechos. Esta dimensión no solo implica garantizar el acceso a recursos y apoyos

Rivero, María Belén

necesarios, sino también fomentar la construcción de una identidad que permita a cada persona reconocerse a sí misma como sujeto con capacidad de decisión y participación en su propio proyecto de vida. En este sentido, cabe preguntarse si este reconocimiento es un punto de partida o, más bien, un horizonte a alcanzar dentro del proceso de desinstitucionalización. ¿Cómo incide la trayectoria institucional (y la institucionalización) en la posibilidad de autoperibirse como sujetos de capacidad de hecho y de derecho?

Estas reflexiones buscan abrir nuevas preguntas que permitan seguir pensando sobre las estrategias de intervención en dispositivos que habiliten procesos de desinstitucionalización, partiendo del reconocimiento y la reconstrucción proyectos de vida en un contexto político y socioeconómico cada vez más tendiente a reforzar lógicas manicomiales.

BIBLIOGRAFÍA

Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Paidós.

Cabrera, M., y Spinelli, G. (2024). Internaciones prolongadas: la invisibilización del abandono. La lucha contra la cronificación y los desafíos pendientes. En *El abordaje de salud mental de niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva de derechos humanos: diálogos de la defensa pública para la garantía de derechos*. editorial

Faraone, S., y Barcala, A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible*. Editorial Teseo.

Galende, E. (2008). “Desmanicomialización institucional y subjetiva”, en *Psicoanálisis*, vol. XXX, n.º 2/3, pp. 395-427.

Rivero, María Belén

Gimenez, C. (2024). Trabajo Social y Salud Mental. Aportes posibles para pensar procesos de desinstitucionalización en salud. *Margen*, 115. [ver](#)

Goffman, E. (1970). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. editorial

Rotelli, F., De Leonardis, O., y Mauri, D. (1987). “Desinstitucionalización otra vía”. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados. *Revista de Asociación española de Neuropsiquiatría*. Vol. VII, N°21.

Pérez Arias, E. (2023). Mujeres de vidas grises. Topía. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/mujeres-vidas-grises>

Saraceno, B. (2001) “La rehabilitación psicosocial : una estrategia para el cambio de milenio” en la rehabilitación psicosocial en Brasil. San Pablo: Hucitec.

Saraceno, B. (2003). *Liberación de los pacientes psiquiátricos*. Editorial Pax México.

Schmuck, M. y Serra F. (2008). Sustitución de lógicas manicomiales: de las perplejidades a los desafíos. Ponencia presentada en Jornadas de residentes de Salud Mental. La Plata, Facultad de Medicina, UNLP. Diciembre.

Stolkiner, A. (2013). Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental. *Revista Soberanía Sanitaria*.

Yonson, V. (2014). Reflexiones en torno a la noción de cronicidad en Salud Mental. *Margen*, 75. Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/margen75/yonson75.pdf>

REFERENCIAS DOCUMENTALES

Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657). Recuperado de <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000). Ley de Salud Mental (Ley N° 448). Recuperado de <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/8111>