

# De adentro hacia afuera: subjetividades y calidad de vida en procesos de externación en salud mental

Una mirada situada desde la residencia  
de Trabajo Social en el Hospital Cabred



*Camila Marisol Robledo\**

## Resumen

Desde mi rol como residente de Trabajo Social, este artículo analiza los procesos de externación en salud mental a partir de experiencias en dispositivos residenciales comunitarios. Se recuperan relatos, prácticas y escenas cotidianas que permiten reflexionar sobre las construcciones de subjetividad y calidad de vida en el marco del paradigma de desmanicomialización. A través del cruce entre teoría, normativa y entrevistas, se destaca la potencia de los pequeños gestos cotidianos en la construcción de autonomía. La propuesta se inscribe en el programa Buenos Aires Libres de Manicomios, y la Ley Nacional N.º 26657.

**Palabras clave:** desmanicomialización - calidad de vida - salud mental - subjetividades - trabajo social

\* Camila Marisol Robledo. Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional de La Matanza. Residente de Trabajo Social en Salud Mental en el Hospital Interzonal Especializado en Neuropsiquiatría Dr. Domingo Cabred. Integró al equipo técnico de Abuso Sexual en las Infancias (ASI) del Servicio Local de Promoción y Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en La Matanza. Formación en contextos de encierro, género y derechos humanos.

## Introducción

Este artículo se construye desde mi experiencia como residente de Trabajo Social en el marco de una rotación formativa en el Hospital Interzonal Especializado en Neuropsiquiatría Dr. Domingo Cabred, en la provincia de Buenos Aires. Esta instancia formativa habilitó no solo una aproximación situada al cotidiano institucional, sino también la posibilidad de tensionar los discursos, prácticas y políticas que atraviesan el proceso de desinstitucionalización en salud mental.

El proceso de desinstitucionalización, impulsado por la Ley Nacional N.º 26657 y el Programa Buenos Aires Libres de Manicomios (2020), propone un modelo de atención centrado en la persona, basado en derechos, comunidad y construcción de autonomía. Este marco normativo establece un cambio profundo en la manera de abordar la salud mental, promoviendo un modelo comunitario que prioriza la calidad de vida y el desarrollo de la autonomía de las personas con padecimientos mentales graves.

Este cambio de paradigma implica dejar atrás el modelo tutelar-asilar, caracterizado por el encierro y la homogeneización de los sujetos, para avanzar hacia un enfoque que reconozca a cada persona como protagonista de su proyecto vital. En este sentido, la desmanicomialización no puede reducirse a una política de vaciamiento de instituciones, sino que debe concebirse como un proceso integral, sostenido y ético, que habilite nuevas formas de habitar, vincularse y proyectar la vida.

En este contexto, los dispositivos residenciales comunitarios constituyen una estrategia clave para garantizar externaciones sustentables. Estas deben entenderse no solo como la salida de las instituciones de internación prolongada, sino como la transformación profunda de las formas de vida de las personas, habilitando la reconstrucción de la cotidianeidad, el ejercicio de derechos y la redefinición de la identidad más allá del diagnóstico.

El programa de dispositivos residenciales comunitarios del Hospital Cabred se inscribe en este proceso de desmanicomialización provincial y propone tres ejes centrales para pensar las externaciones:

- Eje económico: ingresos estables, ya sea a través de pensiones, subsidios u otras formas de integración laboral
- Eje clínico: continuidad de cuidados, acompañamiento profesional y diseño de un plan terapéutico centrado en la persona.
- Eje habitacional: acceso a una vivienda adecuada y significativa, pensada como derecho y no como premio.

La población destinataria de estas políticas no se limita a personas con padecimientos mentales graves y crónicos, sino que incluye también a quienes han sido institucionalizadas de forma prolongada como producto de dinámicas sociales y estructuras de exclusión históricas. En muchos casos, estas trayectorias están atravesadas por la ruptura o ausencia de vínculos familiares, el aislamiento estructural, la pérdida de roles sociales, o la imposibilidad económica y emocional de las familias para asumir el cuidado de la persona. La institucionalización prolongada, entonces, debe comprenderse como el

resultado de una configuración social compleja, más que como la consecuencia directa de una condición individual de salud mental.

En este escenario, el trabajo de los equipos interdisciplinarios, y en particular del Trabajo Social, cobra centralidad. Las intervenciones que conjugan escucha, presencia, reconocimiento y construcción de confianza son fundamentales para habilitar un afuera vivible, donde las personas puedan ejercer su libertad en la trama de lo cotidiano. Desde la residencia, esta experiencia formativa nos convoca a construir una práctica situada, crítica y comprometida con el paradigma de derechos, que acompañe los procesos de desinstitucionalización desde la complejidad, el respeto y la ética del cuidado.

## **Eje económico: ingresos estables y acceso a los recursos**

El eje económico en los procesos de externación no se limita a garantizar un ingreso, sino que implica reconfigurar las condiciones materiales que permiten una vida autónoma y digna en comunidad. Desde mi experiencia como residente de Trabajo Social en el Hospital Cabred, pude observar cómo el acceso a ingresos estables se vuelve una condición fundamental para la inclusión social de personas que han atravesado largos períodos de institucionalización.

Contar con una pensión, un subsidio o la posibilidad de acceder a un empleo no solo incide en la posibilidad de sostener gastos básicos, sino que habilita a las personas a planificar su cotidianidad, tomar decisiones y proyectar deseos por fuera del encierro. En este marco, las políticas públicas deben contemplar una diversidad de estrategias que garanticen recursos económicos adecuados a las trayectorias singulares de cada persona.

Entre estas estrategias se destacan las pensiones no contributivas por discapacidad (PNC), las pensiones derivadas por fallecimiento de progenitores y la Pensión Universal para el Adulto Mayor (PUAM). También resultan fundamentales el Programa Provincial Barrios Bonaerenses (SUPEBA) y el subsidio de externación establecido por la Ley N° 10315, que han demostrado ser herramientas clave para acompañar la transición hacia una vida en comunidad.

Sin embargo, más allá de la transferencia directa de ingresos, es necesario impulsar programas de inserción laboral que incluyan instancias de capacitación, acompañamiento social y apoyo emocional. El trabajo, en este sentido, trasciende lo salarial: se configura como un acto simbólico que habilita la reconstrucción de la identidad, la creación de vínculos y la participación en la vida social.

Por eso, pensar en autonomía no puede desvincularse de la construcción de redes que sostengan a largo plazo estos procesos. Es fundamental que las políticas de salud mental reconozcan las barreras históricas que han enfrentado las personas con padecimientos mentales para acceder a recursos materiales, y diseñen estrategias sostenidas que contemplen no solo las necesidades urgentes, sino también el derecho a imaginar un futuro posible, deseado y compartido.

## **Eje clínico: continuidad de cuidados y acompañamiento centrado en la persona**

El eje clínico aborda uno de los aspectos más complejos y, muchas veces, invisibilizados de los procesos de externación: la continuidad de los cuidados. Desde mi lugar como residente de Trabajo Social en el Hospital Cabred, pude observar que una externación no puede reducirse a la salida física del hospital o del dispositivo residencial. Requiere de un acompañamiento sostenido, flexible y adaptado a las necesidades que surgen en el día a día. Esta continuidad trasciende la asistencia médica: implica una mirada integral que incluya la atención psicosocial, la terapia ocupacional, el acompañamiento subjetivo y la reconstrucción de redes comunitarias.

El modelo de atención centrado en la persona es uno de los pilares fundamentales del paradigma desinstitucionalizador. Este enfoque reconoce a cada usuaria/o como sujeto activo de su proceso, más que como objeto de intervención. Por eso, el trabajo social –en diálogo con otros profesionales– tiene un rol central en el diseño de planes personalizados que recojan los deseos, proyectos y tiempos de las personas. Cada historia es singular, y eso exige correrse de las lógicas estandarizadas para habilitar intervenciones que reconozcan lo particular.

Un recurso clave para sostener esta dimensión clínica son los dispositivos de acompañamiento terapéutico. Su inclusión, por medio de obras sociales como PAMI o del sistema público, permite no solo fortalecer el tratamiento, sino también acompañar desde lo emocional, cotidiano y vincular. En muchos casos, el/la acompañante se convierte en puente entre el/la usuaria/o y el mundo comunitario, habilitando vínculos de confianza, circulación por el territorio y aprendizajes concretos que fortalecen la autonomía.

Desde esta perspectiva, los cuidados clínicos no se reducen a prácticas técnicas, sino que deben pensarse como procesos afectivos, terapéuticos y simbólicos. Se trata de estar disponibles para acompañar decisiones, promover espacios de palabra, y sostener procesos psicoterapéuticos o talleres grupales que permitan construir herramientas de gestión de la salud, revalorizar la autoestima y fortalecer el deseo de vivir.

Los dispositivos residenciales, en este marco, deben contar con equipos interdisciplinarios que no solo aborden la salud mental desde lo clínico, sino que promuevan la participación activa de las personas en la toma de decisiones que afectan su vida cotidiana. Esta participación no es solo un derecho, sino también una vía concreta para fortalecer el sentido de agencia, la apropiación de los procesos de recuperación y la construcción de autonomía.

El desafío, entonces, radica en garantizar que la atención clínica no se fragmente en intervenciones aisladas, sino que forme parte de un proceso integral, continuo y humano. Continuar los cuidados no es solo seguir un tratamiento: es crear condiciones para que cada persona pueda reimaginar su vida por fuera de la lógica del encierro, y habitar un afuera desde su subjetividad, sus vínculos y su proyecto vital.

## **Eje habitacional: derecho a habitar, construir hogar y vida en comunidad**

El acceso a una vivienda digna es una condición fundamental para garantizar externaciones sostenidas y respetuosas de los derechos de las personas. En el marco del programa de externación del Hospital Cabred, el eje habitacional se configura como una estrategia concreta que habilita el tránsito desde la internación hacia la vida en comunidad, rompiendo con lógicas tutelares para recuperar la posibilidad de habitar, construir hogar y proyectar futuro.

El hospital, en articulación con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, alquila casas en la comunidad de Luján, y también en localidades cercanas como Moreno y Mercedes, que funcionan como dispositivos residenciales comunitarios. En estos espacios conviven grupos reducidos de personas externadas, con acompañamiento de equipos interdisciplinarios que sostienen el día a día, articulando aspectos clínicos, subjetivos y materiales. El ingreso a estas casas no depende de “méritos” individuales, sino de la decisión institucional de garantizar el derecho a habitar por fuera del manicomio.

Estas casas no se piensan como instituciones, sino como espacios que permitan alojar la cotidianeidad, habilitar prácticas de cuidado mutuo y sostener procesos de autonomía progresiva. Se brinda alimentación, acompañamiento clínico, atención a la salud física y emocional, apoyo en las tareas domésticas y contención frente a situaciones de vulnerabilidad. Sin embargo, lo más potente de estos espacios no es lo que se da, sino lo que se posibilita: la construcción de vínculos, la apropiación del tiempo y del espacio, la recuperación de rutinas significativas y el ejercicio de decisiones cotidianas.

Habitar, en este sentido, no es solamente vivir en una casa. Es poder cocinar para otros, tener una llave propia, cuidar una planta, cerrar una puerta al dormir. Es reapropiarse de lo cotidiano como territorio de libertad. Muchas de las personas que ingresan a estos dispositivos han pasado décadas institucionalizadas, sin un espacio propio ni la posibilidad de decidir cómo organizar su día. Por eso, acompañar estos procesos desde el trabajo social implica mirar más allá de lo material, e intervenir también en lo simbólico, en lo vincular y en lo subjetivo.

El sostenimiento de estos dispositivos habitacionales no está exento de tensiones. Los altos costos de alquiler, la falta de políticas públicas que garanticen continuidad, el estigma en algunos barrios, o la precariedad de las condiciones edilicias son obstáculos que complejizan la intervención. A su vez, el límite de edad para acceder a determinados subsidios, o la imposibilidad de firmar contratos a nombre de los usuarios, reproducen dinámicas de dependencia institucional.

Aun así, la apuesta por sostener estas casas persiste. Porque cuando una persona externada habita un espacio que puede llamar “hogar”, se habilita algo más que una vida por fuera del hospital: se habilita el deseo, el lazo, la vida elegida. La vivienda no es un “premio” por cumplir con el tratamiento. Es un derecho que debe ser garantizado como parte integral de cualquier proceso de salud mental. Como plantea Rodríguez (2012), no hay salud sin territorio. Y no hay externación real sin un lugar donde vivir con dignidad.

Desde el trabajo social, el eje habitacional nos interpela a pensar más allá del techo: nos exige trabajar por un afuera habitable, acompañar desde la escucha, y disputar sentidos en torno a qué implica realmente vivir en comunidad. Habitar no es sólo ocupar un espacio, sino construir un modo singular de estar en el mundo.

## **La calidad de vida: entre lo normativo y lo vivido**

Hablar de calidad de vida en salud mental es adentrarse en una noción compleja, muchas veces atravesada por tensiones entre definiciones normativas y experiencias subjetivas. Según la OMS (1995), la calidad de vida es el “nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida”. Esta definición pone en primer plano la percepción individual y su relación con las metas, expectativas y condiciones materiales. Sin embargo, en los procesos de externación, esta percepción no puede desligarse de los efectos que dejan los largos años de institucionalización, el debilitamiento de las redes sociales y la persistencia de barreras estructurales.

Desde esta perspectiva, es fundamental comprender que la calidad de vida no puede pensarse como un estándar homogéneo, ni como una meta impuesta desde afuera. Se trata, más bien, de una construcción situada, que se teje en lo cotidiano: en las decisiones pequeñas, en los gestos, en los vínculos. Como señala Arias (2020), lo cotidiano está cargado de sentidos invisibles. Elegir qué comer, colaborar en una tarea doméstica, sentarse a ver una película o reordenar un espacio propio no son acciones menores; son actos de apropiación y existencia.

Estas ideas cobraron sentido particular durante mi experiencia en el Dispositivo Casa 199, donde tuve la oportunidad de conversar con usuarias/os externadas/os, muchas/os provenientes del Pabellón 15 (geriátrico) y de hostales, con trayectorias institucionales prolongadas y edades superiores a los 50 años. A través de las entrevistas, surgieron relatos que iluminan cómo se reconfigura la calidad de vida fuera del hospital.

Uno de los entrevistados expresó: “Me gusta la casa. Me sorprendió. Ayudo a pelar cebollas, a poner la mesa todos los días. Me gusta poner los individuales. Pregunto si va cuchillo o tenedor. Me gusta hacerlo yo”. Este fragmento, simple y poderoso, condensa una experiencia de participación activa, apropiación del espacio y recuperación del deseo. Poner la mesa deja de ser una tarea doméstica para convertirse en un acto de autodeterminación.

Otro entrevistado sostuvo: “Para mí calidad de vida es mi casa. Estar en movimiento. Ir al taller, cocinar, ayudar. No me gustaba estar en el hospital. Quiero trabajar”. En este caso, el trabajo aparece como una dimensión simbólica y práctica de integración. No necesariamente en términos de empleo formal, sino como una acción que permite estar en vínculo, aportar, sentir que se es parte de algo. Tal como plantea Ayuso (2007), la acción se configura como unidad mínima de sentido, desde donde es posible proyectar horizontes, incluso si son precarios o inciertos.

Estas voces dan cuenta de que la calidad de vida, en los procesos de externación, no se define en función de estándares clínicos o indicadores estadísticos. Se construye en los márgenes, en lo aparentemente simple, en lo que se logra recuperar después de haber habitado el encierro. Y allí, el trabajo social tiene el desafío, y la oportunidad, de acompañar desde el reconocimiento, sosteniendo lo frágil, haciendo visible lo que muchas veces queda silenciado.

## **Subjetividades en construcción: entre el deseo, la norma y el acompañamiento**

La subjetividad, entendida como la forma en que las personas perciben y experimentan el mundo, constituye un núcleo central en los procesos de externación. En el campo de la salud mental, esta construcción se vincula estrechamente con la identidad, la autonomía, los vínculos afectivos y las vivencias que han dejado huella en la historia personal. Desde mi experiencia como residente de Trabajo Social en el Hospital Cabred, advertí que muchas de estas trayectorias están profundamente marcadas por la institucionalización prolongada, que durante años moldeó la vida, los vínculos y los modos de estar en el mundo.

La transición desde el hospital hacia la comunidad, como propone el programa Buenos Aires Libres de Manicomios, no solo implica un cambio de lugar físico, sino también una profunda reconfiguración subjetiva. Para muchas personas, su identidad se ha construido dentro de los márgenes de la internación. Las reglas, los tiempos y las relaciones propias del dispositivo asilar han estructurado su día a día durante décadas. En ese marco, la subjetividad fue moldeada por la tutela y el control, restringiendo la posibilidad de decidir, actuar o incluso desear.

Comprender los procesos de externación exige entonces detenerse en esa subjetividad construida bajo norma. La vida en el hospital muchas veces implicó desapropiación: perder el poder de decidir qué comer, cuándo dormir, cómo vestirse o qué hacer durante el día. En estos escenarios, las personas no solo fueron diagnosticadas, sino también silenciadas en sus elecciones y rutinas. Frente a ello, el desafío no es solamente garantizar un traslado hacia una casa, sino acompañar la reconstrucción de una subjetividad que pueda alojar la pregunta por el deseo.

La externación se convierte así en una ruptura; necesaria, pero no exenta de contradicciones, con esa institucionalización total. En espacios como la Casa 199, donde se alojan personas externadas con largas trayectorias de internación, comienzan a emerger procesos de transición subjetiva. Allí, enfrentan un doble movimiento: por un lado, desarmar el molde institucional que configuró su identidad; por otro, construir una forma nueva de habitar el afuera, lidiando con condiciones materiales adversas, con barreras de exclusión social, y con la fragilidad propia de la vida en comunidad.

Uno de los elementos centrales en esta transición es la recuperación de la autonomía. Pero no una autonomía entendida en términos normativos o forzados, sino como posibilidad real de ejercer agencia. Tomar decisiones informadas, poder equivocarse, elegir cómo vivir. Desde el trabajo social, el

acompañamiento a estos procesos requiere sensibilidad, respeto y mucha escucha. No se trata de “dar libertad” como si fuera un recurso externo, sino de crear condiciones para que la libertad aparezca como práctica posible y situada, como algo que se construye en la relación.

La subjetividad, entonces, no se recompone de un día para otro. Se teje en lo cotidiano. En actos aparentemente simples que tienen una potencia transformadora enorme: elegir qué ropa ponerse, decir no a una actividad, participar de un taller, preparar una comida, o simplemente decidir a qué hora acostarse. Esos gestos que muchas veces pasan desapercibidos en contextos institucionales son, justamente, los que marcan la diferencia en el afuera. Son señales de reapropiación, de agencia, de deseo que vuelve a circular.

Al participar activamente en la vida cotidiana, las/os usuarias/os no solo fortalecen su identidad, sino que se sienten parte de algo más grande: un entramado social, una red vincular, una comunidad. En este sentido, la subjetividad no se reconstruye en soledad, sino en relación con otrxs, en contextos donde alguien espera, escucha, habilita.

En ese proceso, el acompañamiento profesional cumple un rol esencial. El trabajo social no puede colocarse como portador de una vida “modelo”, sino como presencia comprometida que escuche, observe, habilite. Acompañar no es imponer una forma de vivir, sino crear condiciones donde cada persona pueda explorar la suya, a su ritmo y con sus propios sentidos. El desafío está en facilitar espacios donde puedan alojarse los deseos, no desde una lógica de exigencia, sino desde la disponibilidad. La autonomía no es algo que se entrega, es algo que se construye. Y en esa construcción, nuestra tarea es estar cerca sin invadir, sostener sin ahogar, confiar sin imponer.

## **Autonomía como eje central en los procesos de externación**

A lo largo de todo el proceso de externación, la noción de autonomía aparece como una brújula ética, política y afectiva que orienta las intervenciones en salud mental. Lejos de entenderla como un ideal abstracto, la autonomía se presenta como una práctica situada, que se construye –y muchas veces se reconstruye– en medio de condiciones materiales, vínculos, contradicciones y deseos. Desde mi lugar como residente de Trabajo Social en el Hospital Cabred, la autonomía no es solo una palabra que aparece en las normativas: es una tensión diaria que atraviesa cada decisión que acompaño.

Si bien desde la filosofía política y los marcos de derechos humanos se han formulado diversas definiciones, lo cierto es que todas coinciden en un punto: sin autonomía, no hay libertad real. Kant sostenía que ser autónomo es poder actuar según principios racionales y éticos, no solo por impulso o por mandato externo. Pero en los procesos de desinstitucionalización, esta idea requiere ser leída críticamente. ¿Cómo exigir decisiones racionales a personas que han vivido décadas sin poder decidir qué comer, cuándo salir o con quién hablar? ¿Cómo se sostiene una ética de la autonomía si el afuera no garantiza las condiciones mínimas para vivir?

Es ahí donde resulta potente la mirada de la autonomía relacional, que sostiene que la capacidad de elegir no se da en el vacío, sino en contextos concretos atravesados por vínculos, desigualdades y redes de cuidado. En este sentido, pensadoras como Carol Gilligan o Martha Nussbaum nos invitan a corrernos de una noción individualista de la autonomía, para pensarla como algo que se habilita con otros, que se acompaña, que se sostiene incluso cuando tambalea. En los dispositivos residenciales, esa autonomía relacional se juega en cosas tan simples como elegir la ropa, cerrar una puerta, decidir no participar en una actividad o animarse a decir que sí.

Desde el enfoque de derechos humanos, recuperar la autonomía es también recuperar el derecho a vivir con dignidad, a tomar decisiones informadas, a ser escuchada/o como sujeto pleno. Tal como plantean autores como Amartya Sen y John Rawls, no alcanza con garantizar igualdad formal si no se habilitan condiciones reales para que todas las personas puedan ejercer sus derechos. En salud mental, esto implica reconocer que muchas personas han sido históricamente excluidas del derecho a decidir, y que no basta con desarmar el manicomio físico si no se transforman también las lógicas que reproducen tutelaje, medicalización y control.

Sen, con su enfoque de las capacidades, nos recuerda que no se trata solo de tener recursos, sino de poder hacer algo con ellos. La externación no es suficiente si no se abren caminos para que cada persona pueda reconstruir su proyecto vital. Rawls, por su parte, insiste en la necesidad de sistemas que reparen desigualdades estructurales, lo cual nos interpela directamente cuando trabajamos con personas que, además de su padecimiento mental, han atravesado la pobreza, el abandono, el estigma o la violencia.

Entonces, ¿cómo se construye la autonomía en los procesos de externación? No con recetas, ni con normas impuestas desde arriba. Se construye en lo cotidiano, en los vínculos, en el acompañamiento respetuoso. En escuchar antes de intervenir. En sostener incluso cuando no hay garantías. En permitir que la persona se equivoque, cambie de opinión, vuelva a intentar.

Desde el trabajo social, acompañar la autonomía no significa retirarse, ni correrse. Significa estar ahí, sin ocupar el centro. Hacer lugar a la voz del otro. Dar tiempo, dar espacio. Y, sobre todo, confiar. Porque solo desde una confianza real es posible que esa autonomía, alguna vez negada, vuelva a aparecer como posibilidad.

## **Prácticas del trabajo social en salud mental: sostener, acompañar, transformar**

Habitar los márgenes del sistema de salud mental, trabajar con subjetividades que han sido históricamente excluidas, sostener vínculos donde hubo ruptura, acompañar deseos donde solo hubo diagnóstico: eso es, muchas veces, hacer trabajo social en salud mental. Es pararse en un lugar incómodo, a contrapelo de lo institucional, y decir: acá hay alguien. No es paciente. No es expediente. No es “crónico”. Es una persona.

Desde mi experiencia como residente en el Hospital Cabred, fui comprendiendo que nuestra práctica no se reduce a gestionar un recurso o intervenir ante una urgencia. Se trata de leer entre líneas. De interpretar el silencio. De saber cuándo hablar y cuándo solo estar. Y, sobre todo, de tener una lectura crítica del dispositivo donde intervenimos.

La teoría crítica –influenciada por Marx, la Escuela de Frankfurt, Foucault– nos ofrece herramientas para comprender cómo las instituciones no solo atienden: también disciplinan, categorizan, silencian. Foucault, en *Historia de la locura en la época clásica*, muestra cómo el hospital psiquiátrico fue mucho más que un lugar de cuidado: fue un espacio de encierro y de producción de una verdad sobre los “locos”. Esa verdad –que patologiza, que aísla, que vuelve legítimo el control– sigue presente, aunque se pinte de comunitaria o se disfraze de protección. Por eso, hablar de desinstitucionalización no es solo cerrar manicomios: es desmontar lógicas de poder que siguen operando en lo cotidiano.

En este marco, el trabajo social tiene una tarea profundamente política. Nuestra intervención no es neutral. Acompañar a alguien a renovar un documento, a gestionar una pensión o a participar en un taller no es una acción técnica: es un acto de restitución de derechos, de reapropiación simbólica, de construcción de ciudadanía. Es habilitar a que esa persona –que fue objeto del saber médico, del control institucional y del abandono social– vuelva a ser sujeto.

El enfoque del *empowerment* (empoderamiento) se vuelve fundamental. Empoderar no es dar poder: es reconocer que siempre estuvo ahí, pero que fue negado. Nuestra tarea no es hablar por las personas, sino sostener espacios para que su voz aparezca. Para que se animen a decir lo que quieren, lo que no quieren, lo que les duele. Para que puedan tomar decisiones, incluso equivocarse, sin ser penalizadas por ello. Es confiar, cuando nadie más lo hizo.

El paso de un modelo tutelar a uno comunitario no es una mera reforma administrativa. Es un cambio de paradigma profundo. El modelo de atención comunitaria implica correrse del aislamiento para pensar redes, territorio, cuidado mutuo. Supone dejar de pensar a la persona como un cuerpo individual a tratar, y empezar a verla como parte de un entramado afectivo, social, político. Ahí también intervenimos las trabajadoras sociales: tejiendo vínculos, armando redes, haciendo lugar donde antes había puertas cerradas.

El modelo de integración social no solo habla de “incluir” a las personas externadas en la comunidad. Nos recuerda que esas personas ya son parte de la comunidad, aunque a veces el resto se niegue a verlas. Por eso, crear espacios de circulación, de expresión, de participación, es también un acto de justicia. No hay salud mental sin inclusión. No hay inclusión sin comunidad.

Hacer trabajo social en salud mental es, muchas veces, sostener lo que se cae. Es estar cuando el resto se fue. Es no tener todas las respuestas, pero quedarse igual. Es entender que el cambio no es inmediato, que a veces duele, que muchas veces no se ve. Pero también es celebrar cuando alguien se anima a salir solo, cuando elige una remera, cuando empieza a decir “yo quiero”.

Y en esos momentos –aparentemente mínimos– se cuela algo de lo más importante: una transformación subjetiva, política y social. Porque, en definitiva, eso es lo que hacemos: acompañar procesos de libertad, desde el margen, con firmeza y con ternura.

## Conclusiones

Pensar la calidad de vida en salud mental, y sobre todo sostenerla, implica correrse de las métricas que pesan, contabilizan, evalúan. Implica desarmar los moldes que reducen la vida a logros visibles o productividad estandarizada. En su lugar, exige una mirada que escuche con atención, que se detenga en lo sutil, que valore lo que a veces no entra en los informes: cómo una persona transita sus días, qué desea, cómo vive, qué elige y qué recupera de sí.

En los procesos de externación, esta perspectiva es fundamental. El pasaje desde una institución hacia la comunidad no es simplemente un cambio de espacio. Es un acontecimiento vital. Un territorio en disputa entre la norma y el deseo, entre la memoria del encierro y la apuesta por una nueva forma de habitar. Allí, la calidad de vida no puede definirse desde una vara homogénea. No hay “estándares” que puedan traducir lo que significa estar bien después de haber vivido años sin poder decidir nada.

Cada persona trae su propio marco, su propia historia, sus propios tiempos. Para alguien, calidad de vida puede ser poner la mesa a su ritmo. Para otra persona, volver a manejar un camión, retomar la pintura, cocinar para alguien. Son deseos que no deben medirse entre sí, sino ser reconocidos como lo que son: actos profundamente humanos que merecen ser acompañados, respetados y celebrados.

Desde el trabajo social, esta apuesta nos convoca a intervenir con cuidado, sin imponer, sin apurar. A sostener sin dirigir. A acompañar sin colonizar los deseos ajenos. Porque la externación no debe transformarse en una forma moderna de control, sino en una oportunidad para que la libertad pueda ser vivida, respirada, habitada. Una libertad que no siempre grita, pero que se revela en los pequeños gestos: una comida elegida, una risa compartida, una lámpara hecha en el taller, una siesta al sol en un espacio que se siente propio.

Acompañar en clave de derechos significa no subestimar estos gestos. Significa entender que allí también se juega la subjetividad, la dignidad, la vida elegida. Que esos actos cotidianos no son menores, sino centrales. Y que el rol de los equipos de trabajo –especialmente del trabajo social– es construir prácticas que fortalezcan sin invadir, que abran caminos sin definir destinos.

Externar no es soltar. Es estar. Es estar de otro modo. Es ofrecer presencia, sin suplantar. Es escuchar sin diagnosticar, confiar incluso cuando hay dudas, y volver a creer cuando el otro ya no puede hacerlo solo. En ese entramado de vínculos, decisiones, fragilidades y potencias, la subjetividad no es algo dado, sino algo que se construye. Se resignifica. Se recupera.

Externar es también transformar. No solo a quienes transitan ese camino, sino a las comunidades que los reciben, a los equipos que los acompañan, a las políticas que los enmarcan. Es abrir un horizonte

colectivo donde lo común se enriquece con la diferencia, donde la inclusión no es tolerancia sino reconocimiento.

La verdadera transformación no se juega solo en cerrar manicomios. Se juega en abrir puertas. En correr cercos simbólicos. En asumir que cada persona tiene derecho a una vida digna y elegida, aunque sea distinta a la esperada. Externar es acompañar la libertad. Pero también es sostener la humanidad, con sus pausas, sus contradicciones y su belleza imprevisible.

La calidad de vida no se mide únicamente por lo que se logra. Se mide, sobre todo, por lo que se vive. Por cómo se vive. Y por quiénes caminan al lado.

## Referencias bibliográficas

- Arias, A. (2020). Construcción de vida cotidiana. Ficha de clase. Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, sede Paraná.
- Ayuso, P. (2007). La actividad y la acción en los modelos teóricos de discapacidad. En R. Huertas y A. Blanco (comps.), *Psicología cultural* – Madrid: Morata.
- Basaglia, F. (1972). La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico. Barcelona: Anagrama.
- Bigatti, G.; Capra, P. y Valenzuela, L. D. (2019). Externación sustentable en salud mental: un eslogan de época. En L. Paradela y V. Redondi (comps.), *Salud y Trabajo Social. Procesos de intervención y organización colectiva por el derecho a la salud* (pp. 179-195). La Plata: Colegio de Asistentes Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
- Bleger, J. (1967). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Gilligan, C. (1982). In a different voice: Psychological theory and women's development. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kant, I. (1785). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Buenos Aires: Losada.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010). Boletín Oficial de la República Argentina, 03/12/2010. Recuperado de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/176246/norma.htm>
- Ley Provincial N° 10315. (1986). Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de <https://normas.gba.gob.ar/documentos/4MbmDBbo.html>
- Marx, K. (1867). *El capital: Crítica de la economía política*. Tomo I. México: Siglo XXI Editores.
- Nussbaum, M. C. (2000). Women and human development: The capabilities approach. Cambridge: Cambridge University Press.
- Organización Mundial de la Salud (1995). Calidad de vida: Guía de la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Ginebra: OMS.

- Programa Buenos Aires Libres de Manicomios. (2020). Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/>
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rodríguez, S. (2012). *Trabajo Social, complejidad y salud mental: Debates, aportes y prácticas*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. New York: Alfred A. Knopf.
- Stolkiner, A. (2010). Interdisciplina y prácticas del cuidado en salud colectiva. En *Salud colectiva y derechos: debates contemporáneos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Szulc, A. (2008). *Salud mental y políticas públicas. Análisis y propuestas para la intervención*. Buenos Aires: Lugar Editorial.