

Instrumentos para el estudio cualitativo de cambios clínicos en población con psicosis alojada en un casa de medio camino.

Vitelleschi, Maria Belen.

Cita:

Vitelleschi, Maria Belen (2025). *Instrumentos para el estudio cualitativo de cambios clínicos en población con psicosis alojada en un casa de medio camino. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/807>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/UuN>

INSTRUMENTOS PARA EL ESTUDIO CUALITATIVO DE CAMBIOS CLINICOS EN POBLACION CON PSICOSIS ALOJADA EN UN CASA DE MEDIO CAMINO

Vitelleschi, Maria Belen

Universidad de Ciencias Empresariales. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Historias clínicas, informes diarios de guardia e informes de talleres de pacientes con psicosis que se encuentran alojados en una Casa de Medio Camino son los instrumentos elegidos para rastrear indicadores de cambios clínicos en tres dimensiones clave: producción, lazo social y relación paciente-profesional. En el presente artículo se realiza un desglose de estos instrumentos y del procedimiento que se emplea en la investigación: "Cambios clínicos en población con psicosis alojada en una Casa de Medio Camino". Este estudio de orientación cualitativa, carácter descriptivo-exploratorio, que se encuadra bajo la categoría del estudio de casos, y cuyo marco teórico está integrado por aportes provenientes del psicoanálisis y de la psicología comunitaria, se propone como objetivo general analizar la presencia de cambios clínicos en la población con psicosis que residió en un casa de medio camino durante el lapso de 2 años. Los registros narrativos seleccionados en estos instrumentos contemplan a) la trayectoria singular de cada residente en diferentes momentos de su alojamiento b) responden a diversas miradas interdisciplinarias c) e incluyen las voces de sus protagonistas a través de recortes de sus discursos. Esta triangulación se orienta a captar la complejidad del fenómeno reconociendo la heterogeneidad de voces, experiencias y contextos que lo constituyen.

Palabras clave

Instrumentos - Investigacion cualitativa - Psicosis - Casa de medio camino

ABSTRACT

INSTRUMENTS FOR THE QUALITATIVE STUDY OF CLINICAL CHANGES IN A POPULATION WITH PSYCHOSIS HOUSED IN A HALFWAY HOUSE

Medical histories, daily on-call reports, and workshop reports from patients with psychosis residing in a Halfway House are the instruments chosen to track indicators of clinical change in three key dimensions: production, social bonding, and the patient-professional relationship. This article provides a breakdown of these instruments and the procedure used in the research: "Clinical Changes in a Population with Psychosis Residing in a Halfway House." This qualitative, descriptive-exploratory study, which falls under the category of case study and whose theoretical

framework is integrated with contributions from psychoanalysis and community psychology, proposes the general objective of analyzing the presence of clinical changes in the population with psychosis residing in a halfway house over a period of two years. The narrative records selected in these instruments a) consider the unique trajectory of each resident at different moments of their stay; b) respond to diverse interdisciplinary perspectives; c) include the voices of their protagonists through excerpts from their speeches. This triangulation aims to capture the complexity of the phenomenon, recognizing the heterogeneity of voices, experiences, and contexts that constitute it.

Keywords

Instruments - Qualitative research - Psychosis - Halfway house

ELECCIÓN DE INSTRUMENTOS Y SU TRIANGULACIÓN, SOPORTE DE LA INVESTIGACIÓN

Los instrumentos para la investigación cualitativa no son estandarizados como en la investigación cuantitativa, sino que deben ser flexibles, abiertos y adaptables al contexto (Sampieri, Hernández y colaboradores, 2014).

Una selección adecuada es clave para que la indagación sea profunda, coherente y logre captar la subjetividad en contexto. Para ello, deben guardarse ciertas consideraciones: tienen que permitir acceder a significados, experiencias y discursos que son propios del sujeto en sus contextos reales (Hernandez, Fernandez y Batista, 2014); deben estar alineados al enfoque teórico y al tipo de estudio para mantener la coherencia interna (Denzin y Lincoln, 2011); y ser flexibles para ajustarlos a lo que emerge en el campo sin perder profundidad (Guba y Lincoln, 1994).

En resumen, instrumentos bien diseñados son aquellos que permiten identificar categorías emergentes, comprender procesos, lograr hallazgos significativos y generar teoría desde el campo (Hernandez et al, 2014).

La triangulación de instrumentos se opta como estrategia metodológica para robustecer la comprensión del fenómeno y garantizar la validez del proceso investigativo. Esta técnica consiste en utilizar diversas herramientas de recolección con el fin de abordar el objeto de estudio desde múltiples perspectivas (Flick, 2015).

Permite contrastar la información obtenida a través de diferentes registros, lo que favorece la identificación de patrones recurrentes, contradicciones o sentidos emergentes. Lejos de buscar una única “verdad” sobre los acontecimientos, esta estrategia se orienta a captar la complejidad del fenómeno, reconociendo la heterogeneidad de voces, experiencias y contextos que lo constituyen (Denzin & Lincoln, 2011). Contribuye no solo a ampliar la mirada sobre la problemática, sino también a la elaboración de categorías teóricas más ajustadas a la realidad empírica (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

La investigación “Cambios clínicos en población con psicosis alojada en una Casa de Medio Camino” se propone analizar la presencia de cambios clínicos en la población con psicosis que residió en un Casa de Medio Camino (CMC) durante el lapso de 2 años. Para ello, el material clínico empleado se desprende de tres fuentes secundarias: a) historias clínicas, b) informes diarios de guardia, c) informes de talleres y actividades grupales. Estos instrumentos cuentan con registros narrativos de distintos profesionales intervinientes en el tratamiento (psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, acompañantes terapéuticos, talleristas, entre otros), incluyendo también recortes de los discursos de los residentes y/o de sus familias. La meta es registrar en la interacción de los residentes con la comunidad; sus dinámicas cotidianas y en espacios de producción; y la relación con sus equipos terapéuticos, en diversos momentos del tratamiento institucional. Para ello se emplean dos técnicas: por un lado, observaciones asistemáticas y su sistematización en notas de campo (registros sobre lo que se observa, escucha o experimenta en el trabajo de campo, también se incluyen las descripciones, reflexiones e interpretaciones del profesional interviniente); y por otro, el trabajo documental de revisión y recolección de datos de las historias clínicas y de los registros narrativos provenientes de los informes.

Cada instrumento aporta una dimensión específica del fenómeno en estudio: los informes diarios recuperan relatos subjetivos; la observación permite acceder a lo corporal y lo vincular; los informes de talleres visibilizan lo grupal y lo performativo.

La articulación de estos instrumentos posibilita una construcción compleja de las formas en que los sujetos alojados en la institución se posicionan ante su padecimiento, transitan su proyecto vital y tramitan su vínculo con el otro. Además, favorece la emergencia de categorías clínicas que no están predefinidas, sino que se configuran a partir de lo que el campo mismo pone en juego. La interpretación que se realiza, surge del cruce entre voces, escenas y escrituras. En este sentido, la triangulación no se limita a una técnica de validación, sino que se convierte en una herramienta analítica que potencia la construcción del conocimiento, promoviendo una lectura situada, dialógica y crítica del campo.

DEL TERRITORIO A LA TEORÍA, ACERCA DEL PROCEDIMIENTO

La metodología elegida para esta investigación emplea un razonamiento inductivo, priorizando los datos recolectados en el campo, para luego generar hipótesis.

Un primer tiempo consiste en el ingreso al campo para la selección del material testimonial de aquellos residentes que han permanecido en la institución durante el período de tiempo que propone la investigación.

Los instrumentos que se detallan son los que se emplearán:

1) Historia clínica: este documento contiene a) datos semiológicos, b) de antecedencia psiquiátrica y/o médica, c) el motivo de ingreso, d) descripción fenomenológica y esquema farmacológico, e) evolución de los síntomas positivos y negativos, consignada por diversos profesionales que visitan o asisten al residente: equipo tratante (psiquiatra y/o psicólogo), psicólogo referente institucional, terapeutas ocupacionales, acompañantes terapéuticos (si los tiene), médicos clínicos de evaluación a domicilio; f) detalles sobre el tratamiento propuesto, permisos de salida y de actividades; g) información relevante del entorno familiar, h) evolución de los hábitos de higiene, cuidado personal y actividades de la vida cotidiana; i) y cualquier otro factor que puede influir en su estado mental.

2) Informe diario de guardia: resume la información que recoge el psicólogo y/o terapeuta ocupacional durante su estadía. Incluye a) evolución individual de cada residente y de entrevista a familiares (si las hubiera), b) emergentes de relevancia de la jornada, c) descripción de la dinámica del grupo durante las reuniones de convivencia y/o del clima convivencial; d) cambios en los esquemas farmacológicos; e) indicaciones del tratamiento de los equipos tratantes y/o de profesionales externos intervinientes; f) dichos o relatos emitidos por algún residente que considere sean significativos.

3) Informe de talleres: para las actividades grupales se emplea el mismo modelo que incluye a) información sobre la asistencia y el tipo de participación de cada residente, b) descripción de la consigna de la actividad, recursos materiales que se emplearon, y el propósito que se busca alcanzar, c) descripción de la dinámica grupal y de los roles individuales, d) observaciones clínicas y vinculares: sobre cambios de actitud respecto a encuentros anteriores; expresiones emocionales notables; aparición de temáticas significativas asociadas a la actividad; modo de interacción con los padres; e) dichos o relatos de los residentes que resulten significativos de sus trayectorias singulares.

La información recabada será sometida a dos momentos analíticos: el primero, destinado al ordenamiento y sistematización; se recabará información concerniente a: a) antecedentes psiquiátricos y/o clínicos, motivo de ingreso y evaluación clínica al

momento de admisión; b) evolución durante distintos momentos del tratamiento; c) evolución al día de finalización del período estudiado y/o informes de egreso. Esos diferentes momentos, son cortes temporales necesarios, para poder indagar acerca de la presencia de cambios clínicos durante la estadía de cada residente en el programa. Por otro lado, la triangulación de sus instrumentos, permite una pluralidad de miradas en la observación del fenómeno, enriqueciendo el estudio y ofertando mayor profundidad.

Y el segundo tiempo del trabajo de campo consiste en hacer un análisis matricial y longitudinal del material en función de determinar las dimensiones vinculadas a los cambios clínicos. Para, en una última instancia, efectuar el análisis e interpretación de los resultados desde el método psicoanalítico.

INDICADORES DE CAMBIO CLÍNICO Y SUS DIMENSIONES

La palabra cambio denota la acción o transición de un estado inicial a otro diferente, según se refiera a un individuo, objeto o situación.

Los distintos abordajes psicoterapéuticos comparten la intención de lograr, mediante sus procedimientos, alguna modificación en la condición inicial del paciente. Existe un consenso generalizado en ubicar a las modificaciones a nivel de la sintomatología y a las problemáticas funcionales (funcionamiento social, interpersonal, capacidad de ocio, entre otras) como los principales objetivos de cambio en diferentes marcos teóricos. Krause M, Aristegui R., Dagnino P. y De La Parra G. (2005) sostienen que a partir de la terapia se producen una serie de transformaciones subjetivas en el paciente, en relación a su forma de interpretar la experiencia, que derivan en modificaciones a nivel conductual y emocional. Señalan ciertos indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico que representarían un mecanismo común en a los distintos abordajes psicoterapéuticos.

Desde el psicoanálisis, Freud (1904/2001, p.241) señala como un criterio de salud que los pacientes logren cambios que les permitan restablecer sus capacidades de “rendimiento” en términos laborales y productivos, y de “gozar” a partir de su vida cotidiana. También enuncia como objetivo fundamental del tratamiento que la enfermedad no persista ni retorne, lo que implicaría una desaparición, sostenida en el tiempo, de los síntomas que aquejan al paciente (Freud, 1904/2001). Los cambios necesarios para alcanzar dicho objetivo fueron variando a lo largo de su obra y no es objeto de este trabajo profundizarlos.

Por su parte, Winograd B. (2005) sostiene que el cambio psíquico y sus indicadores están sujetos al cambio individual. Cuando hace alusión a indicadores se refiere a elementos del material clínico que son producidos por el paciente a través del lenguaje, la conducta, los afectos. El indicador de cambio tiene valor si se puede inscribir coherentemente con la problemática previa del paciente. Es decir, ubicar qué es lo que cambia, está en relación

con cada paciente y su historia personal. Plantea también la existencia de tres espacios para diagnosticar cambios. Por un lado los componentes expresivos del paciente, es decir lo que vivencia en primera persona el paciente. Por otra parte están los registros del analista, cambios que no menciona el paciente pero que son vistos por el analista, y por último las referencias de personas externas al proceso terapéutico. Por lo tanto, se tiene una idea acabada del cambio en ese paciente en particular si todas estas variantes se relacionan con el marco teórico en el cual se desarrolla la terapia y en conjunción con la historia personal del paciente. Es decir, sobre los modelos psicopatológicos contenidos en los abordajes del analista y su modificación a través del proceso.

Según Kazez (2009) para la detección del cambio clínico pueden existir tres criterios diversos. Uno, descriptivo, que consiste en la evaluación del malestar que aqueja al paciente. Otro deriva del establecimiento de parámetros específicos, y puede tener en cuenta por ejemplo la evaluación de elementos que den cuenta de la recuperación de la calidad de los vínculos afectivos y/o laborales del paciente. Y un tercer criterio deriva del estudio de los cambios en los mecanismos de defensa.

Teniendo en cuenta los autores de referencia, se abordará el concepto desde un criterio descriptivo visibilizando aquellos elementos producto del lenguaje, la conducta y los afectos del paciente en su singularidad y en su historia vital, que adviertan modificaciones o evolución comparando diferentes momentos temporales.

ACERCA DE UNA ARTICULACIÓN POSIBLE

La arteria principal del dispositivo terapéutico en la CMC es el funcionamiento de dos talleres: el Cognitivo-Lúdico y el de Arteterapia. El Taller Cognitivo-Lúdico tiene por objetivo promover el estímulo y fortalecimiento de las habilidades cognitivas de los residentes asociadas a la atención, la memoria, la resolución de problemas, la toma de decisiones, la creatividad, la comunicación, el pensamiento crítico, entre otras que colaboran en la ralentización del deterioro estructural- a través del juego y de ejercicios de ingenio. Por otra parte, la actividad en grupo busca incentivar la interacción entre pares desde un ambiente agradable y distendido.

La actividad se realiza con una frecuencia semanal, de dos horas de duración y emplea como locación el living de la casa, un espacio amplio para la circulación. En cada encuentro, la coordinadora del taller (CT) se reúne con los residentes en el living. Allí se encuentra ubicada la televisión, herramienta tecnológica necesaria para la proyección de las actividades y ejercicios. La CT lleva las actividades, preparadas previamente. Por lo general las consignas cuentan con apoyatura de recursos visuales y auditivos como imágenes, colores, sonidos y música para potenciar su comprensión y facilitar la agilidad de la dinámica en los ejercicios.

El taller inicia con la convocatoria a los residentes, luego el enunciado de la propuesta del día, la ejecución de la misma, y suele cerrar con un aplauso general, donde se los felicita por el desempeño e, incentiva a que la CT también reciba una devolución por lo preparado. Luego, aprovechando el clima grupal obtenido, se propicia el compartir una comida, que actúa como merienda debido al horario próximo a ella. Para ésta, se convoca la elección de manera democrática de la preferencia alimenticia y con uno o varios residentes se sale a comprar para finalmente organizar entre todos la merienda.

Las propuestas lúdicas se abren y cierran en un solo encuentro. Las consignas se van cambiando, no tienen la condición de repetirse salvo por voluntad y demanda de la mayoría. Se proponen como novedosas, y se pretenden disruptivas. Un encuentro puede desplegar un juego, otro un ejercicio de agilidad mental, a veces se moviliza el cuerpo para interpretar consignas, en otras se emplea la voz a través del canto, lo que si, es condición sin ecuanon, el carácter lúdico en la propuesta. Se busca despertar un movimiento, un oleaje, en lo posible placentero.

También es importante la flexibilidad del CT. Este tipo de población nos enseña que no hay propuesta perfecta, sino que ésta se desintegra, integra y se moldea, como una figura de arcilla, con otros. Es importante que el CT esté predispuesto/a a su propio trabajo de inflexión a fin de tolerar la frustración de aquellas actividades que pueden salir diferentes a lo esperado, como así también a soportar la frustración del grupo por no sentirse convocados con la actividad; ser capaces de transformarlo y resilir. La siguiente viñeta clínica responde a un informe, que integra la evolución de una paciente durante su participación en el taller, narrado por la coordinadora (Frette, 2025).

M. es una joven residente que no suele integrarse a espacios colectivos en la CMC. Se presenta desconfiada del entorno, en actitud de constante alerta ante cualquier persona o comentario. Pero es curiosa, suele mirar de lejos las reuniones.

Cuando se inaugura el taller, durante los primeros encuentros, se negó a participar. Expresaba que su psiquiatra le había prohibido “el juego” por su antecedencia a episodios compulsivos de juegos de azar. También argumentaba ideas místicas asociadas: “mi religión no me lo permite, el juego no es de Dios” (sic), “participo la semana que viene, si Dios me lo permite” (sic). Luego de explicarle en que consistían las actividades lúdicas y cognitivas que se iban a realizar y marcarle las diferencias entre dicha actividad con los juegos asociados a la ludopatía, la coordinadora no interfiere en sus argumentos, sino que sostiene la convocatoria sujeta a que sea “cuando ella quisiera”. Por algún tiempo M. se niega, hasta que empieza a participar desde la observación, siempre a la distancia. Se sienta en el patio contiguo al salón donde se realiza la actividad y observa en silencio. Pasado algunos meses, M. esboza comentarios ante ciertos juegos o hace preguntas cuando no entiende la consigna, por supuesto con voz fuerte para ser escuchada, desde el salón contiguo. La coordinadora respeta el sitio que elige y va interactuando

con ella. El grupo de pares también se suma. A medida que la coordinadora la alienta, sus pares continúan la misma iniciativa con comentarios positivos. El grupo se vuelve activo y la incluye en los juegos. M. pasa de ser una observadora participante, a una participante activa, desde el salón contiguo. Ella elige a que propuesta sumarse, a veces respondía más sobresaltada pero guardando coherencia con la propuesta lúdica, otras se detenía y permanecía en silencio mirando al resto, sin compartir más nada. Al cierre de cada encuentro, a pesar de sus negativas y excusas variadas, la coordinadora apuntalaba la invitación a un posible acercamiento al salón, el grupo de pares también comenzó a insistirle desde un discurso amable y entusiasta.

Después de meses, M. finalmente se sienta con sus compañeros en el mismo espacio. Ese día su participación fue activa, dando respuestas variadas y acertadas en diferentes juegos, se reía, se precipitaba, competía con sus compañeros, alentaba a otros, a veces se jactaba de lo fácil que le resultan algunas consignas y demandaba un mayor desafío en la actividad. Solía estar muy pendiente de las devoluciones de los otros, y atenta a miradas o comentarios, pero logrando sostener la actividad completa. Sus compañeros comenzaron a felicitarla y transmitirle lo divertido de sus respuestas y lo contentos que estaban cuando ella estaba allí.

A partir de ese taller, M. comenzó a participar en el salón junto a sus compañeros y, sólo en algunas ocasiones -en las que quiere fumar-, pide permiso para jugar desde el patio. La participación de M. siempre es congruente con las consignas, suele ser ágil para dar respuestas, aunque impresiona que solo lo hace cuando está segura de que la respuesta es correcta. Se encuentra pendiente de la respuesta de los compañeros a ella y de la coordinadora, pero tolera escuchar los intercambios, y cuando duda en alguna respuesta, ensaya alguna argumentación. Con la CT, sostiene un trato respetuoso desde el inicio, y la convoca como auxiliar a sus dudas. Suele ser crítica y devolverle su impresión sobre las actividades, principalmente en relación al grado de dificultad de los ejercicios o juegos.

Durante una devolución sobre lo importante de su respuesta para el desciframiento de un juego grupal, contesta: “¿Sí, yo ayudo, yo ayudé?, tenía miedo de decirlo mal y que se rieran todos de mí, que piensen que soy una tonta” (sic). Por fortuna, a esta altura, la coordinadora tenía un arsenal de ejemplos que la ayudaron a devolverle que, lejos de burlarse, el grupo estaba dispuesto a aprender con ella; y la escucha de un compañero que rápidamente le respondió: “no seas tonta, vos sos como nosotros, seguí participando, que nos divertimos cuando estás”. Aquí ya no se trata del material en bruto; sino del análisis de la profesional interviniente que permite ir construyendo los indicadores. El armado de esta viñeta no es ingenua. La selección de los datos, y la articulación en el tiempo, deja entrever algunos patrones o signos que la CT percibe como posibles indicadores de cambio: a) participación en aumento; b) menor resistencia observada en el cambio de rol de observador a participante acti-

vo; c) transformaciones en su vínculo con los pares; d) aumento en la producción dentro del taller; e) mejora en la capacidad de recepción de las consignas; f) la relación de enlace con la coordinadora como facilitante de la inclusión.

Desde este planteamiento, a modo de ejemplo, con cada residente se empleará el mismo trabajo: identificar patrones y recurrencias de factores de cambio para poder cruzarlos con las dimensiones clave: Lazo social – producción – relación profesional/es-paciente, en una matriz analítica de datos.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

La clínica nos alumbró con distintos elementos observables que permiten inferir ciertas transformaciones en la posición del sujeto en relación a su padecimiento, así como en la relación con los otros, y sus proyectos vitales, durante un período determinado en un dispositivo comunitario.

El propósito de este estudio es indagar la presencia de cambios en los residentes en este tipo peculiar de tratamiento institucional. Si existen cambios ¿cuáles serán sus agentes facilitantes?. Ante este interrogante, resuena el caso de M, en el cual puede leerse que lo colectivo no es sinónimo de grupalidad. El efecto de grupalidad, cuando se logra, inserta al paciente en una producción social que posibilita el situarse entre otros y hacer lazo. M de sentarse sola y excluida, pasa a estar inserta y formar parte de un grupo. ¿Será la grupalidad uno de los posibles productos del trabajo en los talleres y actividades?, ¿los talleres son un puente hacia una mirada más amable e inclusiva para los sujetos que participan en ellos?, ¿es posible pensar en la producción de nuevas narrativas a partir de su inclusión en un dispositivo que apunta a la grupalidad?. El cambio de posicionamiento subjetivo observado ¿puede ser a consecuencia del dispositivo comunitario?.

BIBLIOGRAFÍA

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (4th ed.). (pp. 105-117). SAGE Publications.
- Fernández, A. M. (1989). *El Campo grupal. Notas para una genealogía*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Flick, U. (2015). *Introducción a la investigación cualitativa* (5.ª ed.). Morata.
- Freud, S. (1904/2001). *El método psicoanalítico de Freud*. Obras Completas. Amorrortu Editores. Volumen VII, 237/242. Buenos Aires, Argentina.

- Gómez Penedo, Santiago J., Manubens, Roussos (2017). *El estudio del cambio en Psicoterapia: Desafíos conceptuales y problemas de investigación empírica*. Universidad de Buenos Aires. Anuario de investigaciones vol. XXIV, pp. 15-2. Buenos Aires, Argentina.
- Guerrero L., de Souza L., Palabé X. (2005). Cambio Psíquico en pacientes atendidos en psicoterapia psicoanalítica grupal y rehabilitación. *Revista de psicoterapia psicoanalítica VII*. (1). 103-115. Uruguay.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. In N. K.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.
- Kazez R. (2015). Cambio psíquico en un proceso de psicoterapia psicoanalítica. *Revista Desvalimiento Psicosocial*. Volumen II. Editorial de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina.
- Krause M, Aristegui R., Dagnino P. y De La Parra G. y equipo (2005). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, volumen 38, No 2, 299-325, enero 2006. Bogotá, Colombia.
- 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. Argentina.
- Pichón Riviere, E. (1978). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la Psicología*: Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Salum, J. E., Stolkner, A. I., & D'Agostino, A. M. E. (2022). La noción de dispositivo en el campo de la salud mental. *Revista De Psicología*, 21(2). 29-47. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe144>
- Vitelleschi, Ma. Belen (2022). Marco conceptual de la Investigación "Cambios Clínicos en sujetos con psicosis alojados en una Casa de Medio Camino." *XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Universidad de Buenos Aires.
- Vitelleschi, Ma.B., & Frette, D., & Martino J. (2025). Taller lúdico cognitivo y arteterapia en una Casa de Medio Camino. Hacia una construcción posible de nuevas narrativas. *Jornada La potencia de lo colectivo hoy: tejiendo salud, arte y comunidad*. Universidad de Buenos Aires.
- Winograd, B. (2005). Psicoanálisis y psicoterapias: procesos e indicadores de cambio. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. Números 7/8.