



REVISTA

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Universidad Nacional de Lanús

Año 8 N° 10
Agosto de 2021
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg

REVISTA
**SALUD MENTAL
Y COMUNIDAD**

Año 8 N° 10
Agosto de 2021
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg



ISSN: 2250-5768

Impreso en Argentina
Queda hecho el depósito de la Ley 11.723
Prohibida su reproducción sin la expresa
autorización por escrito.
© Los autores.

Director

Emiliano Galende

Directora Asociada

María Marcela Bottinelli

Editor Asociado

Daniel Frankel



**EDUNLA
COOPERATIVA**

© Ediciones UNLa
29 de Septiembre 3901
1826 Remedios de Escalada, Lanús,
Provincia de Buenos Aires, Argentina.
(5411) 5533 5600 Int. 5124 / 2126
publicaciones@unla.edu.ar
www.unla.edu.ar

**AUTORIDADES DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANUS**

Rectora

Dra. Ana Jaramillo

Vicerrector

Dr. Nerio Neirotti

**Directora del Departamento
de Salud Comunitaria**

Lic. Elena Boschi

**Coordinador del Centro de Salud Mental
Comunitaria "Mauricio Goldenberg"**

Esp. Alejandro Wilner

**REVISTA
SALUD MENTAL Y COMUNIDAD**

Director

Emiliano Galende

Profesor consulto y miembro del Consejo Consultivo Honorario de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.

Directora Asociada

María Marcela Bottinelli

Directora de Gestión y Evaluación Académica. Universidad Nacional de Lanús.

Editor Asociado

Daniel Frankel

Docente de grado y posgrado. Universidad Nacional de Lanús.

Coordinación de Comité Editorial

Lic. Sonia Olmedo

Universidad Nacional de Lanús

Lic. Ana Cecilia Garzón

Universidad Nacional de Lanús

Lic. Tomás Pal
Universidad Nacional de Lanús

Comité Editorial

Alejandra Barcala
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Leandro Luciani Conde
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Alejandro Wilner
Universidad Nacional de Lanús

Cecilia Ros
Universidad Nacional de Lanús

Sergio Remesar
Universidad Nacional de Lanús

Ramón Álvarez
Universidad Nacional de Lanús

Mariela Nabergoi
Universidad Nacional de Lanús

M. Cecilia López Santi
Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn.

Mariano Laufer
Defensoría General de la Nación del Ministerio Público de la Defensa. Universidad de Buenos Aires

Silvia Faraone
Universidad de Buenos Aires

Graciela Giangiacomo
Universidad de Lanús
M. Pía Pawlowicz
Universidad de Buenos Aires

Comité Científico

Víctor Aparicio Basauri
Organización Panamericana de la Salud / OMSS

Cecilia Ausgburger
Instituto Lazarte. Universidad Nacional de Rosario

Valentín Barenblit
Centre IPSI, Barcelona, España

Rubén Efrón
Universidad Nacional de Lanús

Daniel Frankel
Universidad Nacional de Lanús

María Graciela Iglesias
Universidad Nacional de Mar del Plata

Gregorio Kaminsky
Universidad Nacional de Lanús

Alfredo Kraut
Corte Suprema de Justicia de la Nación

Susana Murillo
Universidad de Buenos Aires

Benjamin Vicente Parada
Universidad de Concepción, Chile

Sandra Saldivia

Universidad de Concepción, Chile

Alicia Stolkiner

Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Francisco Torres González

Universidad de Granada, España

Graciela Touzé

Universidad de Buenos Aires

Miguel Xavier

Universidad Nova de Portugal

Roxana Ynoub

Universidad de Buenos Aires

Graciela Zaldúa

Universidad de Buenos Aires

Débora Yanco

Universidad Nacional de Lanús

M. Cristina Chardon

Universidad de Buenos Aires

Mario Rovere

Universidad de La Matanza

Pierangelo Di Vittorio

Università di Strasburgo e Lecce

Hugo Cohen

Organización Panamericana de la Salud

Ariadne Runte

Universidad de Granada, España

Diseño de cubierta e interior

Dirección de Diseño y Comunicación Visual

Universidad Nacional de Lanús

Suscripción y correspondencia

saludmentalycomunidad@unla.edu.ar

ISSN 2250-5768

Impreso en Argentina.

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Prohibida la reproducción sin la expresa autorización por escrito.

© Los autores.

© Ediciones UNLa.

29 de Septiembre 3901

Remedios de Escalada - Partido de Lanús

Pcia. de Buenos Aires - Argentina

Tel. +5411 5533-5600 Int. 5124/2126

publicaciones@unla.edu.ar

www.unla.edu.ar/public



Índice

8 EDITORIAL
Emiliano Galende

ARTÍCULOS

16 **Por una matriz formativa alternativa en salud mental: aportes de los estudios decoloniales al campo de la salud mental colectiva / medicina social latinoamericana**
Leandro Luciani Conde

34 **Estrato social y barreras de acceso a la educación como derecho fundamental en trayectorias y experiencias de jóvenes migrantes colombianos en Bs. As. Violencias del neoliberalismo**
Claudia López

49 **Salud Mental y Discapacidad. Articulaciones posibles en torno a la problematización del diagnóstico como operatoria de demarcación y disciplinamiento**
Paula Kratje y Liza María Benedetti

61 **La Sanidad Colectiva y Pública ante el neoliberalismo económico**
Francisco Torres-González

- 72 Producción social de cuidados con personas en situación de calle en el escenario de la pandemia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Jorgelina Di Iorio

- 90 Métodos participativos para la investigación con niños y niñas institucionalizados. Escuchando sus voces mediante memes, emojis y juegos**

Alejandra Barcala, Leandro Luciani Conde, Nadia Sánchez, Gustavo Makrucz, Emilse Moreno, Luciana Rubel, María Miguel, Graciela Quinteros, Martina Guerrero, Laura Poverene y Flavia Torricelli

- 111 Arteando: una experiencia de abordaje psicosocial para niñas, niños y adolescentes a través del juego y el arte colectivo**

Marina Tolli y María Laura Cabrillana

DEBATES

- 127 Arte y Cultura en la Reforma Psiquiátrica: transformar las relaciones sociales con la locura**

Lucrecia Corbella y Paulo Amarante

- 131 Artesanías y medios de comunicación**

Alan Robinson

- 135 Los ritos que nos habitan**

Sonia Malva Basualdo

- 142 Arte y salud mental. El arte como intervención, movilización y transformación social**

Alberto Sava

- 147 Expresión artística: una forma de transformar el padecimiento mental**

Mirta Elvira

RESEÑA DE LIBROS

- 153 Historia de un encuentro. Acerca de "Cuidar a la fuerza. Sobre la intervención policial con personas intoxicadas por uso de drogas", de Daniel Russo**

Karina Celeste Álvarez

- 157 Reseña del libro "Inclusión mental. Hacia la democratización de saberes". Volumen II. Tomos I y II. Yago Di Nella (Editor)**

Mercedes Rattagan



Emiliano Galende

A partir de la Resolución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sancionada en 1953, que dictaminó la necesidad de la reconversión de los servicios psiquiátricos hacia un modelo de atención basado en los cuidados de salud mental, que pasó a denominarse “reforma del modelo de asistencia psiquiátrica centrado en la internación asilar”, se inauguran en el mundo diferentes procesos de implementación de estas recomendaciones, bajo dos ejes: cómo transformar (o cerrar) los tradicionales hospitales psiquiátricos; cómo reemplazarlos por servicios cuyas prácticas de atención sean predominantemente en servicios ambulatorios o comunitarios, se respeten los derechos de los pacientes y se limiten los ejercicios de autoridad y poder de los profesionales, es decir, se incluyan principios éticos en la relación médico-paciente. Bajo estos criterios, la Conferencia de Alma Atta, en 1978, propone incluir la atención de los enfermos mentales en los dispositivos prioritarios de atención primaria de la salud (APS). No se crea una disciplina nueva para la atención del sufrimiento mental, se ubica a éste en un contexto más amplio que excede el modelo psiquiátrico tradicional, o clásico, de UN especialista con autoridad legal y poder de prescripción. Progresivamente se van aceptando la inclusión de otros saberes para la comprensión y prácticas de atención (psicológicos, sociales, antropológicos, psicoanalíticos, etc.), dirigidos a desarrollar estrategias basadas

en la participación de la comunidad en los procesos de atención. En definitiva, se trata de un cambio profundo en el vínculo humano entre profesional de la salud y paciente, considerando a este como un sujeto de derechos, a quien se debe cuidar en su dignidad personal y su participación en las decisiones sobre su tratamiento (consentimiento informado, según Resolución sobre “Principios de la atención”). Estos procesos, con diferentes tiempos y profundidad, fueron modificando la tradicional mirada sobre “la locura”, además de la crítica sobre el modelo asilar. El nuevo concepto de Salud Mental, y luego la estrategia comunitaria, ampliaron de manera exponencial la mirada sobre el sufrimiento mental por parte de los nuevos profesionales, que fue aceptada y tomada en cuenta por los Estados para su política, y también modificaron el prejuicio de la población sobre la peligrosidad de los enfermos mentales, la visualización de este estigma aportó mucho al cambio de paradigma sobre la locura. En estos procesos no se crea una nueva disciplina sino un “campo social de relación entre saberes disciplinarios y prácticas nuevas” (P. Bourdieu).

Los límites de la disciplina psiquiátrica y los “especialistas en Psiquiatría”, hegemónicos desde el Siglo 19 sobre la locura y el sufrimiento psíquico, se vieron desbordados desde dos ámbitos: el crecimiento de diversas expresiones sintomáticas del malestar psíquico

y social, que con mucha evidencia surgen asociados en sus pacientes que alteran la pretensión nosográfica de clasificarlos, y por la nueva intervención de otros saberes y profesionales que, en general, reconocen esta relación entre padecimiento y vida social, critican el modelo psiquiátrico de la internación a la vez que introducen la palabra, la interacción con el paciente y las familias, como los abordajes principales sobre el sufrimiento psíquico. Repito: Salud Mental es un campo social nuevo, intelectual y práctico que no se organiza al modo de una disciplina, amplía los saberes disciplinares y las prácticas formales e informales. Por lo mismo, Salud Mental NO es una especialidad ni una disciplina nueva, define el sufrimiento psíquico como un objeto complejo que requiere diferentes miradas sobre los determinantes del padecimiento, y habilita prácticas que parten de considerar al sujeto como miembro de una comunidad. Dado esto, el eje de las intervenciones de atención y cuidado pasa a ser centralmente lograr la integración del paciente a “la vida en común”. Ese es su objetivo central.

La idea de disciplina tiene su origen en la organización militar y los ejércitos. Según señala Foucault, “la disciplina es la técnica de poder por el cual la función sujeta se superpone y se ajusta exactamente a la singularidad somática... su propiedad fundamental es fabricar cuerpos-sujetos, fija con toda exactitud la función

sujeta al cuerpo.” La Psiquiatría, o Neuropsiquiatría en su origen, sí es una disciplina y responde en gran parte a este señalamiento de Foucault. Está organizada como tal: se actúa sobre la dominación del el cuerpo-sujeto del paciente frente el cuerpo libre de la autoridad del especialista. No hay práctica de tratamiento sin esta aceptación de la autoridad del médico psiquiatra. Vale detenernos un instante en su conformación y funcionamiento. Antes del siglo XIX hubo médicos, sacerdotes y sobre todo filósofos, que opinaron sobre la locura. Como resulta obvio, locos, delirantes, maníacos exaltados, insomnes y suicidas han existido a lo largo de la historia: tuvieron diferentes interpretaciones y se propusieron algunos remedios, pero siempre aceptaron que la locura y sus diferentes presentaciones formaban parte de las posibilidades de lo humano. Las diferencias que conocemos no estaban tanto en el modo de expresarse, las maneras de pensar o el comportamiento del sujeto, sino en el modo de entenderlo y especialmente en el trato que se les daba. A comienzos del siglo 18, P. Pinel, médico y político, Magnan (que era estudioso del Derecho, más que psiquiatra), Esquirol y otros médicos pasaron a ocuparse institucionalmente de la locura, pero curiosamente, en al menos los tres que menciono (obvio, fueron muchos más), sus discursos sobre la locura están más cerca de la filosofía que de la medicina. Pinel lo interpreta como descontrol de las pasiones y

fallas morales; Magnan parte del “furor maniaco”, entonces tema del Derecho Penal; y Esquirol se centra en las distintas formas de manía y acepta el trastorno moral para fundar su nosografía. El fundador de una Disciplina medico psiquiátrica es este último, Esquirol: agrupa estas concepciones para institucionalizar la disciplina. Entre los años 1820 y 1840 (año en que fallece) logra que el gobierno del Dictador Napoleón II apruebe tres leyes fundadoras: 1) funda en la facultad de medicina de París la primera cátedra de Neuropsiquiatría. Este gesto legaliza la pertenencia de la locura como enfermedad y la pertinencia del saber médico sobre la misma; 2) luego logra que se creen en los 54 Departamentos de Francia al menos un Hospital para alienados; 3) en 1838 se aprueba la ley, que él mismo promueve, sobre los alienados. Ésta crea un estatuto jurídico diferente para los así diagnosticados. Por esta ley los directores de los hospitales y médicos pueden privar de la libertad a un individuo bajo el Certificado de alienación (peligrosidad para sí mismo o terceros). Ésto lo toma de una ley más amplia que tenía vigencia en Francia y que define en esos años como “clases peligrosas” a quienes, no teniendo trabajo ni sustento, vagan por las calles o los pueblos. Esta ley de 1838 crea los tres sostenes de la nueva disciplina: el loco es un enfermo, por lo tanto, debe intervenir un médico. La internación, aislamiento social y la disciplina del internado en el asilo es el

tratamiento central si no se logra contener al paciente por otros medios. La ley de alienados da carácter legal a las prácticas de encierro. La disciplina (como toda disciplina) regula y sanciona quienes son especialistas, los contenidos de su formación, cuál es la autoridad a la cual deben someterse (por voluntad o por fuerza mayor) aquellas personas que han recibido el “certificado de alienado y peligroso”). Esta estructura institucional de la nueva disciplina es la que estructura al menos en todo Occidente las reglas de funcionamiento de la psiquiatría, que se han mantenido hasta muy avanzado el siglo XX, y que siguen sosteniendo la existencia de los asilos para alienados, es decir, los actuales hospitales psiquiátricos. Con diferencias internas, escuelas, críticas, teorías y nosografías, siempre vinculadas a algún autor o especialista, logró hasta mediados del siglo XX hegemonizar el entendimiento y la práctica terapéutica sobre los sujetos con sufrimiento mental. Los diagnósticos y la nosografía, bajo la pretensión de agrupar en diferentes casilleros a los que presentan iguales síntomas, necesidad cierta de la práctica médica, los fueron llevando a la exclusión de estas personas de lo propio de lo humano. La idea de una “enfermedad mental y peligrosa”, parte propia de los humanos, se expresó como negación de la vida humana, que siempre es social. Esta nueva especialidad médica estaba lejos de cumplir la exigencia que formuló Claude Bernard de

una “medicina basada en la evidencia”; esto es, que el médico debe investigar las causas que explican los síntomas de la enfermedad. La psiquiatría no se orienta por causas ni explicaciones causales, sino por semiología e interpretación diagnóstica, formalmente agregada a la medicina, su método dista mucho de ésta.

Salud Mental no es una disciplina, y su propuesta sobre el sufrimiento mental parte de la reformulación, o suspensión, de los tres pilares de la disciplina psiquiátrica que he mencionado. El médico es solo una parte de los equipos de salud mental, que no pertenece a la disciplina médica sino a la Salud en sentido amplio, y por lo mismo, inter y transdisciplinaria. La internación y el aislamiento asilar deben abolirse: el objetivo principal de los cuidados de salud mental es la integración social del sufriente, su participación de los intercambios simbólicos y económicos de la vida en común. El orden jurídico especial del enfermo que sanciona la ley de 1838 debe ser anulada: salud mental defiende y se ajusta al principio de no diferencia sobre el estatuto jurídico del sufriente, e igualdad de derechos, todo lo contrario de un orden especial, se propone el respeto y la defensa de los derechos humanos globales del sufriente y de su dignidad como sujeto. Estos nuevos tres principios son los que sostienen los saberes y las prácticas de salud mental, y son los que se plasman en las nuevas leyes de salud mental. Son, a la vez, los principios básicos de lo

que denominamos “reforma”. No se trata de retoques al modelo de atención psiquiátrico sino de la creación de un modelo de atención alternativo que llamamos Salud Mental.

Si relato estos hechos históricos, en general conocidos, es para situar la manera en que el crecimiento de las prácticas de salud mental y la construcción de este nuevo campo social están reordenando la comprensión, las prácticas y los principios éticos en los tratamientos del sufrimiento mental (y también las resistencias que surgen por parte de quienes sienten este avance como pérdida de poder en sus relaciones sobre las personas con sufrimiento psíquico y social). Es este avance del campo de la salud mental el que está consumando la propuesta de la OMS de 1953, la llamada “reforma de la atención”, y lleva inexorablemente al abandono de las internaciones asilares, a una comprensión del sujeto sufriente como un sujeto de derechos y al cuidado de su vulnerabilidad como miembro de la comunidad. El objetivo de establecer cuidados sobre las personas con diferentes expresiones sintomáticas del malestar psíquico y social se basa en el fundamento de atender la seguridad psíquica y la satisfacción como los requisitos básicos que requiere la vida en común.

Me quiero referir brevemente en qué consiste la “seguridad psíquica”, que depende del sujeto mismo y de su existencia comunitaria. (No ignoro que nuestra época

vive bajo la amenaza de desastres naturales, epidemias como la actual del coronavirus, las guerras, locales o mundiales, la amenaza atómica, la violencia social, y otras más que hacen la vida insegura y que han llevado a varios autores a enfatizar que vivimos en una sociedad del riesgo). En el plano de la seguridad psíquica del individuo están presentes dos aspectos: 1) de un lado el conjunto de las necesidades básicas para la vida: los alimentos, las vestimentas, disponibilidad de vivienda en su territorio de vida, trabajo e ingreso económico, necesidades que deben ser satisfechas y cuyas carencias son amenazas directas a la vida misma; 2) contar desde el nacimiento con la presencia y relación con otros esenciales para la construcción y desarrollo de la vida psíquica, que sostienen la propia subjetividad a la largo de la vida: la familia, los amigos, los compañeros, la pareja, los grupos de pertenencia, la comunidad que habita, de los cuales depende la satisfacción emocional, la propia sensibilidad, y su seguridad emocional y afectiva. De la satisfacción de ambas necesidades depende la seguridad de los humanos; su falta o carencia es causa de vulnerabilidad. Y las personas vulnerables se ven privadas al mismo tiempo de lo social, es decir, quedan al margen de los intercambios simbólicos y económicos, por lo cual se pierde o debilita el respeto y reconocimiento de los otros y se alteran las exigencias éticas y los mandatos morales. La mayor parte de los sufrimientos psíquicos,

su expresión sintomática y el malestar social, provienen de estas existencias desdichadas. Es esto lo que he señalado antes como el objetivo central del cuidado de salud mental: lograr la integración social del sufriente. Siempre hay una relación entre la densidad de los obstáculos y los conflictos que nos plantea la vida en común, y los recursos con que cuenta el sujeto para enfrentarlos y elaborarlos. No se trata de “causas” sociales (sociologismo) o “causas” psicológicas (psicologismo), ambas de raíz positivista, sino de la complejidad de las determinaciones sociales y culturales que condicionan la existencia. Los recursos propios de cada sujeto varían en cada persona en función de su historia, el lugar social en que desarrolla su vida, su carácter y los grados de su voluntad. Sin extenderme en esto, no caben dudas sobre cuánto está afectando la integración social el dominio neoliberal del individualismo y su correlato de un narcisismo social. Ambas son causa de vulnerabilidad social e individual, ya que no solo generan vidas solitarias (hoy, razón mayoritaria de sufrimiento psíquico, tal como lo entienden en Japón al establecer un Ministerio Nacional de la soledad), sino que producen un funcionamiento social privado de la solidaridad y la falta de una ética de respeto hacia el otro. Ética que nos obliga aún más respecto a la práctica de una relación con objetivos terapéuticos con personas vulnerables, como lo son quienes padecen los síntomas del sufrimiento psíquico.

Quiero señalar una presencia constante en relación a los malestares psíquicos y sociales que atraviesa toda la historia de diferentes sociedades y culturas humanas. A lo largo de la historia humana, el malestar vivido en la existencia, el sufrimiento psíquico y la insatisfacción en la vida social llevaron a dos maneras de abordarlo: el consumo de algún psicotrópico y/o el pedido de ayuda: el diálogo con otro que ocupa un lugar relevante en su sociedad o comunidad. En todas las sociedades y épocas ha existido un Otro de supuesto saber al que acudir para significar, identificar y atacar el mal espiritual sufrido. La vida en común, que siempre presenta obstáculos y conflictos (para los seres humanos el infierno son los otros, diría Sartre), crea ese otro supuesto saber encarnado en sacerdotes, confesores, hechiceros, adivinadores, astrólogos, chamanes, filósofos, etc. La lista sigue aún más allá de la profesionalización actual de esta función social. Se trata siempre de ligar al sujeto al mundo simbólico que habita y lo constituye. Quienes trabajamos en salud mental debemos reconocer en ellos a nuestros antecesores. Lo segundo es acudir a diferentes plantas que tienen la facultad de alterar la conciencia: las sustancias psicotrópicas. Entre los griegos era habitual el consumo de infusiones de cáñamo (que tiene como sustancia activa los cannabinoides). Su efecto buscado es la relajación de la conciencia y también la analgesia del dolor físico. En los países de Asia se conoce

desde siempre la cabeza de la amapola, que entre otras sustancias tiene el opio. Conocemos la existencia del “viaje” en los fumaderos de opio en toda Asia; de allí deriva la heroína y la utilización de la morfina como potente analgésico. Son varios los opiáceos que se siguen utilizando, y cuyo consumo está creando una verdadera epidemia actual en EE.UU, además del uso adictivo de la heroína. Frente a males menores y más leves, y aun presente en farmacias, se acude a la infusión de tilo o valeriana, o al láudano (derivado del opio). En las poblaciones de la cordillera (A. Latina) es milenaria la costumbre del consumo de la hoja de coca, como infusión o la masticación, hasta la actual utilización como clorhidrato de cocaína entre los adictos, además de su uso en anestésicos. También en América, sobre todo en los pueblos aztecas de México, se conoce el uso de diferentes hongos con capacidad de producir alucinaciones y otros efectos “fantásticos” en la subjetividad (la más valorada de las sustancias psicodélicas). Lo más conocido y más utilizado es el alcohol, como vino u otras bebidas llamadas blancas, que se encuentra en todas las culturas. Es importante señalar que casi todos los psicotrópicos se han utilizado, además de individualmente frente a dolores psíquicos o del cuerpo, han tenido y tienen una función en la celebración de fiestas colectivas u ofrendas míticas. Nuestras fiestas actuales no se privan nunca de su presencia y consumo, pero debemos

pensar por qué se pasa del consumo festivo y social al consumo individual (habitual en las adicciones), un fenómeno creciente en nuestra cultura individualista. Esta historia es más larga, solo quiero señalar el lugar que ocupan en el modo de actuar sobre el dolor psíquico, aumentar la potencia, atacar la tristeza o la depresión, y generar la euforia del encuentro festivo con el otro. Hace algunos años se agregaron las anfetaminas y otros derivados sintéticos de esta molécula, que tiene efectos euforizantes y suprime el sueño; y más recientemente, otras moléculas de laboratorio, los psicofármacos actuales, psicotrópicos que actúan especialmente sobre las sustancias que intervienen en la transmisión entre neuronas (la sinapsis), cuyo uso terapéutico ha ampliado, ahora con apoyo científico y control médico, la capacidad de actuar sobre los diferentes dolores de la existencia. Hasta la intervención de los estados con prohibición de consumir algunas de estas sustancias psicotrópicas, y construyendo un nuevo mercado ilegal y un nuevo sujeto (el adicto), hay que aceptar que los humanos nunca han renunciado a intervenir sobre su conciencia, como tampoco de crear nuevos especialistas con cuyo saber pueden ayudar a atravesar los efectos dolorosos de la existencia.

El dolor del cuerpo y el dolor psíquico están presentes en toda existencia humana a lo largo de la historia, durante milenios se acudió a plantas cuyas sustancias

activas calmaban el dolor psíquico; luego se pudieron sintetizar moléculas con los mismos objetivos. El dolor, ambos, cumplen la función de ser nuestro aviso de que algo anda mal en la existencia. Podemos calmarlo con analgésicos y psicotrópicos, acudir en ayuda de algún Otro calificado, pero simplemente calmar el dolor es negar el aviso e invalida la búsqueda de sus razones. En el campo de la salud mental actual están presentes estas dos perspectivas, con un dominio creciente de los calmantes. Es innegable la ayuda que representan los psicofármacos para actuar sobre los estados desagradables o dolorosos del sufrimiento psíquico, y deben ser prescritos por quienes se han formado para hacer una utilización racional y fundada de los mismos (es obvio que todos los psicotrópicos nombrados tienen actividad en la neurotransmisión cerebral, la diferencia con los psicofármacos es la posibilidad de crear moléculas sintéticas que pueden ser evaluadas y ser motivo de investigación y control por la ciencia biológica). Pero el objetivo señalado de salud mental, el logro de la integración social, la reconstrucción en ocasiones de los trastornos severos de una vida social, sólo pueden ser logrados a través de una relación humana con otro (más allá de la bondad calmante de los psicotrópicos), lógicamente, a través de la palabra y la comprensión, que nunca es de uno que comprende al otro, sino de una relación en que ambos tratan de comprender el

sufrimiento y sus razones. Lo terapéutico no es calmar solamente los dolores de la existencia, sino acompañar y ayudar al sufriente a que logre adquirir o recuperar los recursos necesarios para actuar y modificar los determinantes de su malestar. Este camino más racional y atento a lo humano es más largo y complejo, pero también hace más verdaderos los resultados. Esto es lo esencial de un nuevo modelo de atención de salud mental, que sintéticamente la OMS llamó “reforma”, para revertir la triste historia de los manicomios.

Lo hasta aquí enunciado son a la vez los fundamentos con que la Universidad Nacional de Lanús se propuso desde su creación organizar los postgrados de Salud Mental, como así también otras actividades relacionadas. Por eso lo cursan profesionales de varias

disciplinas, cuya interacción entre ellos y los docentes en debates abiertos enriquecen la producción necesaria de este nuevo campo social de la Salud Mental, en permanente construcción que, repito, no es una disciplina, y los títulos académicos que otorga aluden a esta formación pluridisciplinaria; una formación que los habilita para el conocimiento y la intervención práctica integrando los equipos de atención.

Emiliano Galende

Mayo 2021



Por una matriz formativa alternativa en Salud Mental: Aportes de los estudios decoloniales al campo de la Salud Mental Colectiva/Medicina Social Latinoamericana¹

Leandro Néstor Luciani Conde.

Licenciado en psicología (UBA). Magister en salud pública (UBA). Doctor en ciencias sociales (UBA). Centro de Salud Mental “Mauricio Goldenberg”, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.

llucianiconde@gmail.com

Resumen

Se abordan las cuestiones centrales de los estudios decoloniales en su articulación con el campo de la salud mental colectiva, proponiendo una serie de retos a enfrentar.

Se recorren en primera instancia algunas categorías analíticas para la construcción de un repertorio decolonial, destacándose los conceptos de *giro decolonial*, *occidentalismo*, *reordenamiento de la historia*, *transmodernidad*, *colonialidad del poder y del saber*, *raza y violencias epistémicas*.

En segundo lugar, se propone un análisis decolonial de la ciencia moderna nortecentrada, en pos de promover la construcción de una matriz formativa alternativa en salud mental colectiva, enfatizando la necesidad de incluir epistemologías no eurocéntricas como la *ch'ixi*, la del sur, el pensamiento fronterizo, y la sabiduría indígena. Posteriormente, se aborda la necesidad de integración del giro decolonial al movimiento de salud colectiva / medicina social latinoamericana. Se concluye que el giro decolonial en salud mental

colectiva consiste en reinterpretarla, integrando la cosmovisión decolonial que la define en tanto proceso pluriversal de garantía de derechos, ampliatorio de los márgenes del buen vivir en los planos personal, familiar, colectivo y planetario, descolonizándose de la cultura moderna occidental patriarcal capitalista que aún conserva hegemonía en el campo.

Palabras claves: estudios decoloniales, salud mental colectiva, formación alternativa en salud mental.

Title

To a mental health alternative training matrix: deocolonial studies contributions to the collective mental health/Latin American social medicine field.

Abstract

The main topics of decolonial studies in its interrelation with the field of collective mental health are considered, proposing different challenges to be faced.

In the first place, some analytical categories for the construction of decolonialism are analyzed, where concepts such as a deocolonial approach, occidentalism, history rearrangement, transmodernity, power and knowledge colonialism, race and epistemic violence stand out.

In the second place, a decolonial analysis of the north-centered modern science is proposed, in order to promote

the construction of an alternative training matrix in collective mental health, stressing the need to include non- euro-centric epistemologies such as the ch'ixi, from the south, border thinking and indigenous wisdom.

Then, the need to integrate the decolonial proposal to the movement of collective health/Latin American social medicine is discussed.

The conclusion is that the decolonial approach to collective mental health requires to reinterpret it, integrating the decolonial approach, which defines it as a pluriversal process of warranty of rights, which improves the levels of life at the personal, family, collective and planetary levels, decolonizing it from the modern, western, capitalist, patriarchal culture, which still has the hegemony in the field.

Key words: deocolonialism studies, collective mental health, alternative training in mental health.

Introducción

El desarrollo de los estudios subalternos y decoloniales viene afianzándose y consolidándose en los últimos años en distintas regiones del mundo, enriqueciendo y potenciando el pensamiento y la acción de las ciencias sociales. (GESLA, 1997; Castro Gómez, y Grosfoguel, 2007). Sin embargo, estos desarrollos aún son incipientes en el campo de la salud, y más aún en el de la salud

mental. Por esta razón resulta de vital importancia que esta corriente de pensamiento crítico tenga un lugar en la formación y reflexión de la salud mental colectiva.

Partiendo de la necesidad de avanzar hacia procesos formativos capaces de desmarcarse de la perspectiva academicista tradicional, caracterizada por su esencia colonial, moderna, capitalista, occidentalista, eurocentrista y patriarcal, se plantea el propósito de contribuir en el desarrollo y fortalecimiento de competencias que promuevan la deconstrucción de esta matriz formativa tradicional y favorezcan el despliegue de otra, alternativa y contrahegemónica, que incluya los enfoques culturales pluriversales y transmodernos impuestos por el *giro decolonial* (Dussel, 2015).

Se trata de un aporte que, desde una perspectiva latinoamericanista y en base a epistemologías emergentes como la *ch'ixi* (Rivera Cusicanqui, 2018) o la *del sur* (Sousa Santos, 2009), colabora en la ampliación del marco comprensivo explicativo de la salud mental colectiva, enriqueciendo los argumentos para conceptualizar *el proceso salud-enfermedad-cuidado-muerte* (Rocha-Buelvas, 2017: 1152), y avanzar en la construcción de un modelo de atención en base a una concepción pluriversal de los derechos humanos, que trascienda definitivamente las prácticas coloniales, positivistas y manicomiales que aún operan en el campo. No hay teoría decolonial sin prácticas de descoloniza-

ción en los *órdenes del poder, del ser, del saber y del hacer* (Quijano, 2000). Fundamentos del enfoque propuesto que en el campo particular del derecho a la salud mental tensionan los normalismos y *binarismos* (Segato, 2016) que aún subyacen en él.

La *colonial modernidad*, en tanto proyecto de dominación cultural, económica y política, impuso un choque civilizatorio que implicó la conquista y expropiación de tierras y riquezas, subalternizando a sus habitantes mediante un proceso caracterizado por el *racismo, el eurocentrismo epistémico y la occidentalización violenta de los estilos de vida* (Rocha-Buelvas, op. cit.: 1159).

En este marco emergen diversos retos decoloniales a tener en cuenta. El primero consiste en promover una discusión crítica respecto de los currículos académicos formativos, que permita visibilizar la diversidad de conocimientos, saberes y contribuciones de grupos sociales históricamente subalternizados, que han sido objeto de violencias epistémicas y racismos cognitivos.

Cabe señalar que en nuestro campo particular de abordaje, colonialidad y manicomio, han sido procesos coetáneos que han dado forma al modelo asilar custodial hegemónico que ha caracterizado (y en parte continúa haciéndolo) la atención de los padecimientos mentales (Luciani Conde, 2019).

La *colonialidad del saber* (Quijano, op. cit.) ha provocado una doble supresión, la de los saberes existentes res-

pecto del bienestar-malestar mental y la de los propios sujetos padecientes, que el poder médico silenció.

Por esta razón se propone *descolonializar la salud mental*, neologismo que condensa los sentidos del enfoque propuesto, basado en “la necesidad de una lectura que bucee en las relaciones de poder y dominación presentes en las prácticas, y la necesidad de reflexionar críticamente sobre la subjetividad moderno colonial occidental de las profesionales y los profesionales del campo que sostienen dichas prácticas” (Luciani Conde, op. cit.: 97).

Pero para llegar a ésto no solo se requiere analizar las prácticas específicas del campo de la salud mental, sino conmover la idea misma de ciencia, que en tanto proyecto de dominación cultural y social ha sido introducida junto con la razón colonial moderno occidental, y que ha forjado (y continúa haciéndolo en gran medida) los saberes socialmente validados como científicos. Este segundo reto implica aportar una crítica fundamentada en los planos ontológicos, epistemológicos y praxiológicos, que permita introducir el giro decolonial en la perspectiva sobre la ciencia, para postular rupturas con la ciencia hegemónica y promover alternativas superadoras. En esta vía, consideramos pertinente promover puentes entre las lecturas decoloniales y el enfoque de salud mental colectiva/medicina social latinoamericana.

El tercer reto entonces consiste en generar una articulación indispensable aunque aún no del todo explorada, entre los estudios decoloniales y el discurso ético político de la salud mental colectiva/medicina social latinoamericana, habida cuenta de la necesidad de integrar dichas corrientes en el afán de alcanzar perspectivas de conocimiento capaces de conmover la colonialidad del saber aún imperante en nuestro campo.

El último reto a plantear, por su parte, atañe a las re-significaciones y reconfiguraciones posibles de los saberes y haceres en salud mental específicamente, a la luz del pensamiento acción que aporta la perspectiva decolonial. Tomando en cuenta los avances que han implicado las reformas psiquiátricas europeas desde mediados de siglo pasado y los progresos alcanzados en la promoción de un modelo de salud mental comunitaria, se propone una discusión sobre la implementación de propuestas en salud, de modelos nortecentrados que aún no han sido conmovidas por el giro decolonial. En este sentido, se considera que avanzar en la inclusión de esta perspectiva en el campo de la salud mental colectiva, constituye un desafío impostergable.

Construyendo un repertorio de categorías decoloniales

Al referirnos a los estudios decoloniales aludimos a una perspectiva de pensamiento y acción que se ha

ido forjando en las últimas décadas a partir de autoras y autores, que construyeron un repertorio teórico y categorial respecto de la cosmovisión dominante propia de la colonial modernidad eurocentrada, capitalista y patriarcal. En este sentido es, fundamentalmente, un posicionamiento ético, político y crítico. Como todo proceso vivo, es una perspectiva histórica, social y culturalmente situada, en transformación permanente, comprensible y aprehensible en su heterogeneidad, sus contradicciones y movimientos permanentes. En lo que sigue repasaremos algunas de las categorías analíticas centrales del repertorio decolonial, mencionando a quienes son sus referentes teóricos fundamentales. Cabe señalar que el sintético esquema presentado no refleja la riqueza ni la profundidad del tema, que cuenta con una extensa producción oral y escrita, sino que expresa una selección en base a distintas fuentes consultadas por el autor. Uno de los puntos de partida de esta perspectiva surge del cuestionamiento de la visión estándar o tradicional de la historia, en tanto matriz de sentido hegemónica, reproductora de una particular configuración de la narrativa interpretativa como ha sido la modernidad eurocentrada, encubridora de un proyecto de dominación social, cultural, económico y político coetáneo al colonialismo. Gran parte de los esfuerzos conceptuales de los referentes de esta perspectiva señalan la

importancia de generar un *reordenamiento de la historia* (Aníbal Quijano, 2014) y deconstruir ciertas *miopías históricas* (Dussel, 2015) para ampliar las periodizaciones tradicionales, en las cuales América Latina es visualizada como un descubrimiento europeo, una periferia del centro a ser apropiada, saqueada y colonizada. La *razón occidentalista*, en palabras de Walter Mignolo, toma como patrón de referencia a la cultura europea, y observa y domina el mundo desde esta perspectiva. Occidente es así una categoría geopolítica más que un espacio geográfico: “las Indias Occidentales definieron los confines de occidente y, si bien eran parte de su periferia, pertenecían a Occidente de todos modos. Esos confines se trazaron desde un locus de observación que se veía a sí mismo como centro del mundo que observaba, describía y clasificaba” (2007: 60). La modernidad no empieza para Enrique Dussel (op. cit.), como sostiene la versión academicista nortecentrada a finales del siglo XVIII con las independencias estadounidense (1776) o francesa (1789), sino que existe un modernidad ibérica, ya capitalista aunque pre burguesa, que se inicia con la colonización del continente a finales del siglo XV (1492). A contramano de la consideración usualmente aceptada, para esta corriente es el evento americano el que constituye a Europa y al capitalismo como tales, habida cuenta que es a partir del descubrimiento de lo que

llamaron América, que puede propiamente hablarse de países europeos en su sentido moderno, y que justamente fue la apropiación de las tierras y la expropiación de sus riquezas lo que posibilitará el desarrollo del modelo de producción capitalista (Quijano y Wallerstein, 1992).

Para romper con esta perspectiva Enrique Dussel toma la idea de *transmodernidad*, de manera de señalar la existencia de una historia que no empieza con la razón occidentalista, helenocentrada y culturalmente europea, señalando la existencia de otras culturas, muchas de ellas anteriores, tales como la bizantina, la india, la china, la musulmana o la andina, entre otras tantas, que están vivas y merecen ser consideradas desde la exterioridad al *universus* monopolar occidental europeo (Dussel, op. cit.: 280).² La expresión giro decolonial señala este descentramiento respecto de la versión colonial moderna del mundo, sin caer en una visión idealizada del pasado o en el intento de recuperación nostálgica de lo perdido y arrebatado, sino de un *regreso del futuro* (Quijano, 2014), de la liberación del proyecto histórico cultural que ha sido interceptado, acallado por el colonialismo. Se trata de volver a la posibilidad de tener un futuro, de dar vida a aquellos procesos que han sido intervenidos por quinientos años de dominación.

Silvia Rivera Cusicanqui (2018) critica, al respecto, la noción de pueblo originario usualmente utilizada para

referirse a las personas que habitaban estas tierras antes de la conquista, que ubica a lo no europeo como una cultura prehistórica, inicial pero acabada, que ha quedado en el pasado. Lejos de ello, las culturas de los pueblos indios, afro descendientes y mestizos, sus conocimientos y cosmovisiones permanecen potentemente vivas.

El colonialismo ha sido un proceso histórico constituido por y constituyente de la modernidad europea; es decir, surge a partir de las transformaciones modernas, pero a la vez, contribuye a su creación y desarrollo. Teniendo en cuenta lo alertado sabiamente por Silvia Rivera Cusicanqui (2010) en cuanto a la *función ficcional* y encubridora de las palabras en el colonialismo, y a los neologismos y discusiones propias de la *academia gringa*, cabe señalar algunas diferencias terminológicas de cara a una aproximación categorial. Una de ellas corresponde a la diferencia existente entre el concepto de *colonialismo* y *colonialidad*, donde el primero refiere al período colonial propiamente dicho, iniciado a fines de siglo XV, caracterizado por el gobierno de las tierras conquistadas por parte de las autoridades coloniales europeas (España, Portugal, Inglaterra, Francia, Holanda). Este período ha ido cerrándose a partir de los procesos de independencia jurídico-políticos de inicios de siglo XIX con las denominadas olas de descolonización; la primera protagonizada por Estados Unidos, Haití y los distintos países latinoamericanos,

y la segunda, que entre otros países incluyó a la India, Argelia y Nigeria. La noción de colonialidad, por su parte, hace referencia a un proceso más amplio y complejo ligado al establecimiento de relaciones de dominación sobre los pueblos conquistados que no terminan con las independencias jurídico políticas alcanzadas por los países, sino que persisten a través de la hegemonía de patrones culturales, de conocimientos y de producción de subjetividad. Las categorías *colonialidad del poder* y *colonialidad del saber* propuestas por Aníbal Quijano (2000-a) dan cuenta de estos procesos. Podemos afirmar, al respecto, que en la actualidad persiste una *colonialidad tardía moderna* que sigue viva a través de los modos globales de dominación y explotación, propios del capitalismo actual en su forma neoliberal. A diferencia de las *teorías postcoloniales*, que estudian los procesos histórico culturales posteriores al período colonial, *los estudios decoloniales o descoloniales* analizan la continuidad del proceso colonial en los órdenes del poder, del saber, del ser y del hacer, instando a una ruptura.

Una última noción a señalar se refiere a la idea de raza, al decir de Rita Segato. Esta idea es “el más eficaz instrumento de dominación social inventado en los últimos 500 años (...) siendo impuesta sobre toda la población del planeta como parte de la dominación colonial europea” (2018: 53). Para Aníbal Quijano (2000-b), se

trata de una de las categorías centrales del pensamiento europeo que sirvió para legitimar la conquista, el exterminio de millones de personas, la dominación y subordinación de aquellas que sobrevivieron y la expropiación de las riquezas. Tomando como patrón cultural al varón blanco de tipo europeo, la colonialidad del poder se asocia a una interpretación étnica y racista del mundo, que legitimó la subordinación de los dominados como si fueran una raza inferior a ser ilustrados (desculturalizados) o eliminados.

Relevancia del análisis decolonial de la ciencia para la construcción de una matriz formativa alternativa en salud mental colectiva

Así como existe una periodización académica estándar de la historia, también existe una periodización tradicional, académicamente convalidada, sobre la historia del conocimiento y de la ciencia. Esta narrativa interpretativa señala la existencia de un período pre moderno, que abarca el conocimiento en la antigüedad clásica (siglos VI a IV A.C.) y la edad media (siglos V a XV), un período moderno (que va del siglo XVI a mediados de siglo XX), y un último momento denominado modernidad tardía o posmodernidad (que empieza en los 70 s y llega hasta nuestros días) (Palma y Pardo, 2012: 27-41). Esta línea de tiempo también sigue el derrotero occidentalista propio de la cultura nortecentrada, que

suprime la existencia de otros saberes y conocimientos. La lectura decolonial parte de considerar que la ciencia moderna occidental ha sido (y es) parte del proyecto de dominación cultural colonial iniciado con la conquista hace más de quinientos años (Bautista, 2017). La verdad de la fe inicialmente, traída de la mano de la evangelización de los pueblos indígenas, y la verdad de la razón posteriormente, han sido impuestas por la fuerza como parte de un proceso de *violencia epistémica y de racismo cognitivo* (Pulido Tirado, 2009), que utilizó el poder de la fuerza colonial para acallar todo saber y conocimiento que no proviniera de la razón occidentalista.

Se trató sin dudas de un choque civilizatorio (Sousa Santos, 2012) que oponía el proyecto de la civilización europea a la presunta barbarie y salvajismo de nuestros pueblos. En este contexto, los movimientos independentistas no quedaron al margen, de manera tal que las elites ilustradas y acomodadas de los pueblos conquistados se nutrieron de esta matriz cultural, incorporándolo en el proyecto de Estados Nación emergentes de inicios de siglo XIX.

En este marco, el surgimiento paulatino de las universidades no estuvo ajeno a estos procesos de colonialidad del poder y del saber, forjando una matriz formativa tradicional, acorde a un proyecto de ciencia que toma el patrón europeo y estadou-

nidense como locus de observación y de medida. La secularización y la desacralización de los conocimientos, la racionalidad instrumental propia del a priori matemático, el predominio del método experimental, la instalación del positivismo y del carácter esencialmente empírico de las ciencias, la división moderna entre ciencias formales y fácticas, y dentro de estas, entre básicas y aplicadas, constituyen todos elementos propios de esta matriz tradicional que ha constituido el eje de los currículos formativos.

El *giro decolonial* argumenta en favor de una interpretación según la cual la organización de la enseñanza en todos sus niveles no permaneció exenta de estos proyectos coloniales occidentalistas, constituyendo las bases de la arquitectura institucional educativa que aún pervive en la actualidad. Por supuesto, no se trata de invalidar conocimientos científicos esenciales ni de rechazar los innumerables y valiosos aportes de la cultura y de la ciencia occidental; se trata de visibilizar el proceso de *privilegios epistémicos* (Quijano, 2000-b) que estos conocimientos han adquirido, y sobre todo, de sacar a la luz, aquellos conocimientos que han sido oprimidos y desvalorizados por dicho proceso. Indudablemente, procesos similares al mencionado respecto a la dimensión epistemológica, han tenido lugar en relación a la dimensión ontológica y praxiológi-

ca. Es decir, la matriz formativa tradicional se expresa también en la forma en que concibe la ontología, el ser en el mundo, y la praxiología, el hacer sobre el mundo. Basta recordar que la racionalidad científica de la modernidad se basó en una ontología helenocentrada en primera instancia, y predominantemente cartesiana y kantiana posteriormente, que signaron el surgimiento de los distintos dualismos y binarismos propios de la modernidad que aún insisten en la formación; y de una praxiología congruente con una racionalidad técnico instrumental al servicio de los medios de producción. En el campo específico que abordamos, la salud mental colectiva, hemos propuesto el constructo *denominado matriz decolonial comprensiva explicativa del objeto integrado salud mental (MDCEOISM)* (Luciani Conde, 2019), en la cual, para los planos ontológico, epistemológico y praxiológico, se propone un análisis que se descentra de la perspectiva colonial moderna del sistema mundo actual, como si fuera la única válida y el único patrón de referencia, para recuperar críticamente otros proyectos culturales y de conocimientos valiosos y potentes. Cabe señalar que no se trata, insistimos, de desconocer y rechazar de por sí todo saber por su carácter nortecentrado y capitalista, sino de resituarlos desde una comprensión que no toma sus propios parámetros como única verdad y patrón de validación científica. Tampoco pretende promover una asimilación acrítica

e idealizada a culturas no occidentalistas por el solo hecho de no haber sido parte del proceso de dominación europea.

En esta línea argumental, resulta imprescindible que los diseños curriculares actuales en nuestros países intensifiquen (o generen) un proceso de deconstrucción de la matriz formativa tradicional, y promuevan una *matriz formativa alternativa* desalienada de la conciencia colonial moderna capitalista patriarcal que ha forjado los diversos proyectos educativos aún vigentes.

Cabe señalar aquí que desanclarse del patrón cultural colonial dominante supone desafíos por venir, habida cuenta que resultará necesario construir, o recuperar, formas de validación y acreditación del conocimiento que no tomen como único criterio la racionalidad científica tardío moderna. La construcción de una matriz formativa alternativa no puede basarse en la incorporación de saberes no occidentalistas a manera de sumatoria de *otras perspectivas posibles*, como lo ha hecho en ocasiones la mirada intercultural que acepta la integración de saberes y conocimientos que enriquecen las explicaciones y los aborda, sin conmovir la hegemonía aún preponderante de la matriz tradicional. No se trata de promover un buen gesto, sino de establecer iguales condiciones de existencia y de validez a cosmovisiones, saberes y miradas diferentes, sin que unas primen y subordinen a las otras.

¿Es posible este camino en la academia actual? ¿O se tratará de que estas otras existencias sigan transitando trayectos paralelos, generalmente de educación y participación no formal? Cabe señalar que estas inquietudes vienen tomando fuerza en los últimos años. Existe un importante desarrollo de propuestas a ser consideradas en este derrotero, en curso desde diversos núcleos académicos.

Uno de los antecedentes relevantes a ser tenido en cuenta atañe al grupo de estudios subalternos del sur de Asia, que a partir de autores como Ranajit Guha o Partha Chatterjee en la década de los 80 s, se han dedicado al estudio del subalterno en tanto (...) “atributo general de subordinación en la sociedad de Asia del Sur si es expresada en términos de clase, casta, edad, género, oficialidad o en cualquier forma” (GESLA, 1997: 135). Esta perspectiva ha sido tomada en los 90 s por el Grupo de Estudios Subalternos Latinoamericanos, quienes cuestionaron las hegemonías culturales y las epistemologías propias de los estados-nación poscoloniales latinoamericanos, que a partir de las independencias formales han sido dirigidos por las elites de criollos blancos que desarrollaron “regímenes de colonialismo interno con respecto a los indígenas, los esclavos de ascendencia africana, el campesinado mestizo y mulato y los proletarios nacientes” (GESLA, op. cit.: 137-138). Desde otra perspectiva también surgida desde el sur, en

donde la idea de un sur “no constituye un lugar geográfico sino que es una metáfora del sufrimiento humano causado por el capitalismo” (Sousa Santos, 2009: 339), Boaventura de Sousa Santos propone una epistemología del sur, en la cual desde una perspectiva decolonial de la ciencia sostiene que para “identificar lo que falta y por qué razón falta, tenemos que recurrir a una forma de conocimiento que no reduzca la realidad a aquello que existe (...) una forma de conocimiento que aspire a una concepción expandida de realismo, que incluya realidades suprimidas, silenciadas o marginadas, tanto como realidades emergentes o imaginadas” (2009: 87). Se trata de propuestas que trazan los caminos del pensamiento decolonial, tal como la desarrollada por Walter D. Mignolo al plantear un *pensamiento fronterizo*, cuyo objetivo es, desde la perspectiva de la subalternidad, “trascender la epistemología y hermenéuticas modernas, la distinción entre sujeto y objeto, y crear un espacio de diálogo entre las formas de conocimiento eurocéntrico y las formas de conocimiento que fueron subalternizadas en los procesos imperiales coloniales” (Pulido Tirado, op. cit.: 192-193).

Por su parte, la *epistemología ch'ixi* o del *mestizaje* propuesta por Silvia Rivera Cusicanqui (2010 y 2018) recupera la noción aymara de lo *ch'ixi* como algo que es y no es a la vez, superando el dilema de las diferencias, como una apuesta epistemológica que reconoce las di-

ferencias sin la eliminación de uno de los términos en tensión.

Observamos que se trata de planteos orientados por el logro de una justicia cognitiva, reclamando un diálogo entre el conocimiento científico moderno occidental y el saber popular de los pueblos indígenas y sus cosmovisiones (Rocha-Buelvas, op. cit.). En el campo particular de la salud mental colectiva, estos desarrollos posibilitan incluir nuevas formas de comprender, metaforizar, analizar y actuar respecto de nociones centrales tales como el bienestar/males-tar mental, el ser, el buen vivir, el cuidado, las inter-conexiones con la naturaleza y el planeta, la relación persona-comunidad, la atención, entre tantas otras. Salud colectiva/medicina social latinoamericana y giro decolonial.

La trayectoria y desarrollo de los movimientos de salud colectiva y medicina social latinoamericana son extensos y sumamente potentes en cuanto a su posicionamiento ético-político, su producción teórica y de praxis social. Cabe señalar que estos dos movimientos surgidos en la década de 1970 y que se institucionalizan en los 80s (Duarte Nunes, 2016) no sólo constituyen una corriente de pensamiento, sino un movimiento de acción política (Galeano, Trotta, Spinelli, 2011: 286) consolidado en la región, con presencia en los debates internacionales del campo, realizando múltiples y

profundos aportes en diversas áreas (gestión política, epidemiología, investigación, formación de posgrado, entre otras).

Surgidos como movimientos de resistencia en el contexto de las dictaduras militares, promueven una recuperación crítica de los basamentos de la medicina social alemana de mediados de siglo XIX en cuanto al compromiso ético, político y social de los movimientos ideológicos en salud, con un fuerte énfasis en la perspectiva de la salud como un derecho humano.

Los autores y autoras de esta corriente fundamentan la incapacidad explicativa para dar respuesta a la complejidad de los problemas del campo social de la salud que mostraron las teorías sanitarias tradicionales, particularmente a partir de su centramiento en el paradigma científico positivista, en el transcurso de la segunda mitad de siglo pasado, abordando la cuestión epistemológica de la salud colectiva (Almeida Filho y Paim, 1995; Nunes, 2016). Estas corrientes, desde el punto de vista del conocimiento, han sido forjadas a partir de distintas rupturas epistemológicas respecto del positivismo, primeramente enriqueciéndose con los aportes conceptuales del materialismo histórico y el marxismo desde sus diferentes tradiciones (escuela de Frankfurt, ciencias sociales críticas, entre otras), luego nutriéndose de distintos cuerpos conceptuales propios del paradigma interpretativo

(fenomenología, psicoanálisis, antropología cultural, etnografía, entre otras), del constructivismo genético y, posteriormente, enfrentando el desafío de desarrollar teóricamente los postulados de la epistemología de la complejidad para la comprensión explicación de los integrales de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Pero la preocupación de la salud colectiva/medicina social latinoamericana no se acota a la reflexión sobre la forma de producir conocimiento, sino que se esfuerza por “superar las injusticias de la matriz de inequidad y explotación del modelo capitalista, cuyas relaciones de opresión están dirigidas al sexo/género, etnia/raza y clase social, es decir a la subalternidad” (Rocha-Buevas, 2017: 1150).

Es decir, desde el surgimiento mismo de estos movimientos existe una fuerte lucha y compromiso por disminuir las desigualdades y promover un marco de garantía de derechos humanos desde una perspectiva latinoamericanista. Interesa señalar, no obstante, que mayormente, el repertorio de categorías conceptuales de estas corrientes no ha sido suficientemente atravesado aún por el *giro decolonial*.

Si bien autores centrales de esta perspectiva alertaron tempranamente sobre los efectos de determinación que el pensamiento colonial ejerció en los países latinoamericanos, instalando una *uniculturalidad* y desarrollando

procesos de conquista y dominación social que obturaron las relaciones equitativas entre los “sujetos blancos/mestizos, indígenas, negros afroamericanos” (Breilh, 2003: 107).

Más recientemente, se señala la necesidad de enfrentar el *reto decolonial de la salud colectiva*, el cual consiste en “revalorizar e implementar el saber ancestral/comunitario como manifestación ético-política de autodeterminación y justicia social mediante la crítica de la relación saber-poder colonial” (Rocha-Buevas, op. cit: 1155), alertando sobre la necesidad de revisar el “encapsulamiento en tiempo y territorio producido por la hegemonía de una epistemología-mundo que ha impuesto un modelo naturalizado de verdad, ha negado la posibilidad de que otros saberes discutan sobre aquello ya ordenado (nosologías, protocolos, políticas, etc.), y menos aún sobre el propio ordenamiento” (Marín-Hernández, Correa-Urquiza, 2017: 267).

Observamos de esta manera que uno de los retos que tiene por delante la salud mental colectiva/medicina social latinoamericana consiste en generar una articulación indispensable aunque aún no del todo explorada con el pensamiento decolonial, habida cuenta de alcanzar perspectivas de conocimiento capaces de conmovir la colonialidad del saber aún imperante en nuestro campo.

Por una salud mental colectiva decolonial

El giro decolonial en salud mental, esencialmente, nos permite redimensionar el horizonte posible. Acostumbrados a que el norte en tanto proyecto cultural, social, político y económico sea el único o el mejor camino a seguir, los ejes del pensamiento-acción decolonial nos permiten conocer y recuperar otros escenarios posibles, indispensables para ampliar nuestra mirada.

En el campo específico de la salud mental es innegable el avance que han significado las experiencias de reforma psiquiátrica europeas (la comunidad terapéutica inglesa, el sector francés, la psiquiatría comunitaria estadounidense y la desinstitucionalización italiana), que desde mediados de siglo pasado han constituido las bases de lo que hoy denominamos campo de la salud mental comunitaria. Se trata de experiencias innovadoras y señeras que, con sus particularidades, diferencias, debilidades y fortalezas, han instalado una ruptura esencial con el viejo (aunque no por eso extinto) modelo asilar manicomial, y las vulneraciones de derechos humanos por él provocadas. La lucha antimanicomial ha sido el fundamento y la posibilidad de la constitución de un campo de políticas de salud mental con perspectiva de derechos humanos, tendiente a la democratización de las relaciones sociales, la desinstitucionalización de la vida de las personas con padecimiento psíquico y

la promoción de la salud con enfoque comunitario. Así como distintos protagonistas de estas experiencias han tenido que justificar que sus postulados nada tenían que ver con un planteo anti psiquiátrico, sino que, al contrario, se trataba de adecuar la participación de las disciplinas del campo y de sus prácticas a un enfoque de derechos; nos toca justificar que no se trata ahora de desconocer los aportes que estas experiencias han significado para nuestro campo, sino de visibilizar que aún con sus grandes aciertos, las mismas se incluyen, por lo menos en sus postulados originales, en una matriz de sentido que no escapa de la visión propia de la colonial modernidad.

Cabe señalar que, en nuestros países, en el campo de la salud como en tantos otros campos de las políticas sociales por los procesos de colonialismo cultural que hemos descrito, ha existido una tendencia histórica a incorporar irrestrictamente las propuestas occidentalistas, con los avances que han permitido, pero también con las contradicciones de una implementación no siempre adecuadamente planificada para nuestros contextos histórico culturales. Quizás tener en cuenta este aspecto nos permita una mejor comprensión de las recurrentes dificultades en la implementación de recomendaciones y lineamientos internacionales que, atados a estándares nortecentrados, no alcanzan a implementarse acabadamente en nuestras regiones.

En términos generales, los saberes y las prácticas continúan sujetos en gran medida a los binarismos y normalismos propios de la colonial modernidad patriarcal y capitalista (Luciani Conde, 2020).

Tanto la formación como la atención en salud mental se organizan en gran medida en torno a categorías dicotómicas tales como las de individual-grupal, masculino-femenino, mente-cuerpo, profesional-paciente, razón-locura, salud-enfermedad, curable-incurable, objetivo-subjetivo, público-privado, interior-exterior, encierro-libertad, psiquismo-subjetividad, que no alcanzan para aprehender la complejidad de los procesos de nuestro campo, caracterizados por el mestizaje de aspectos que coexisten abigarradamente (tomando el concepto de Silvia Rivera Cusicanqui).³

Persiste un modelo psi hegemónico que aún organiza en gran medida la formación y la atención en salud mental. Esto se refleja en aspectos tales como las herramientas diagnósticas que aún siguen atadas a categorías estigmatizantes de la modernidad racional iluminista, como la noción de juicio (normal o desviado), la disposición de los servicios en salas rotuladas por la sexuación biológica (varón o mujer), o sentidos y tiempos asignados a la atención, que se ajustan a patrones culturales y de clase particulares, que no se adecúan a las posibilidades y/o disponibilidades de las personas. Aún los saberes y prácticas en salud men-

tal no han sido suficientemente atravesados por el dilema de la diferencia, que supone promover condiciones de igualdad en la atención desde la perspectiva del derecho a la salud, pero sin suprimir la diversidad cultural, sexual y de género (Luciani Conde, 2020). Lo dicho alcanza para fundamentar la necesidad de que la salud mental colectiva, teniendo en cuenta los avances logrados desde su perspectiva ética, pueda nutrirse de ontologías, epistemologías y praxis decoloniales capaces de subvertir la lógica colonial con la cual se ha fundado el campo.

Cabe señalar que los privilegios epistémicos de quienes trabajamos en el campo aún persisten y otorgan poder a nuestra palabra, en detrimento de la enunciada por las personas que padecen, sus familiares o de aquellas personas que no son profesionales.

Ocurre que en nuestros países la violencia epistémica ejercida sobre el saber y conocimiento de quien padece es de segundo orden, ya que existe una violencia primaria que ha sido ejercida sobre los saberes y conocimientos de aquellas culturas definidas por su carácter negativo (no blancas, no europeas, no católicas, no masculinas, no capitalistas). No hay dispositivo decolonial si no es capaz de subvertir los privilegios del poder y del saber que fundamentan y organizan los modos de atención de los servicios de salud mental, incluyendo la diversidad de tiempos, lenguas, cosmo-

visiones, culturas y géneros de los múltiples colectivos. Al afirmar que la colonialidad y la manicomialidad han sido procesos co-constitutivos del campo de la salud mental (Luciani Conde, op. cit.: 97), hacemos referencia a esta doble violencia epistémica fundante del mismo, ya que la instalación del modelo asilar custodial para el tratamiento de la locura ha sido parte de un proceso al servicio de la colonización en los países americanos (Hickling y Gibson, 2012).

Por otra parte, la decolonialidad en el orden del ser implica un horizonte abierto a ontologías mestizas que recuperan definiciones en torno de la vida, la muerte, el cuidado, el planeta, las personas, el buen y el mal vivir, el bienestar y el malestar, que no pueden comprenderse ni traducirse con los binarismos ontológicos de la tarde modernidad nortecentrada. Ni mejores ni peores, forman parte de modos de comprensiones diversas que son exteriores a la cultura occidentalista. Uno de los desafíos de la salud mental colectiva consiste, entonces, en asumir el reto de incluir estas ontologías alternativas provenientes muchas ellas de sabidurías indígenas, producto de sus particulares modos de investigación para la producción de conocimientos.

En la medida en que se provoque la decolonialidad del poder (subvertir las relaciones de asimetría cultural y social), del saber (deconstruir los privilegios epistémicos de las teorías nortecentradas y de las profesiones

del campo) y del ser (posibilitar la emergencia de ontologías mestizas), será posible un nuevo hacer (praxis decolonial).

En este sentido, consideramos que el horizonte de la salud mental colectiva no puede reducirse exclusivamente a contribuir a la promoción de modelos de atención y dispositivos de base socio comunitaria, sustitutivos al manicomio, sino que esta tarea esencial debe asumir el reto además de descolonizar el campo. A este proceso de descolonizar y desmanicomializar (Cohen y Natella, 2013) la salud mental en los ejes del poder, del saber, del ser y del hacer, lo denominamos *descolomiazación*. En síntesis, entendemos que el aporte decolonial a la salud mental consiste en interpretarla en articulación con el movimiento de la salud colectiva/medicina social latinoamericana, integrando la cosmovisión decolonial, que define a la salud mental como un proceso pluriversal de garantía de derechos, ampliatorio de los márgenes del buen vivir en los planos personal, familiar, colectivo y planetario, descolonizándose de la cultura moderna occidental patriarcal capitalista que aún conserva hegemonía en el campo.

Conclusiones

La salud mental colectiva enfrenta algunos retos impuestos por el giro decolonial, que forman parte de su agenda futura de trabajo. En esta dirección,

se ha argumentado en favor de la necesidad de sustituir la matriz formativa tradicional por otra alternativa, que se encuentre atravesada por una crítica a la colonialidad del poder, del saber, del ser y del hacer. Esto implica conmovir los basamentos del pensamiento occidentalista en torno de la ciencia, en tanto proyecto de dominación cultural, y restituir la posibilidad de existencia de los conocimientos y saberes de los colectivos históricamente subalternizados, para que recuperen y aporten su potencia.

El pensamiento decolonial permite establecer puentes de diálogo con la perspectiva ético política de la salud colectiva/medicina social latinoamericana, y enriquecer la comprensión ontológica, epistemológica y praxiológica de la salud mental.

Bibliografía

Almeida-Filho, N., Silva Paim, J. (1995). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*, Vol. 75, 5-30.

Bautista, R. (2017). *Del mito del desarrollo al horizonte del vivir bien. ¿Por qué fracasa el socialismo en el largo siglo XX?* La Paz, Bolivia: Yo soy si tú eres Editorial.

Cohen, H., Natella, G. (2013). *La desmanicomialización:*

crónica de la reforma de salud mental en Río Negro. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Duarte Nunes, E. (2016). “Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos”. *Salud Colectiva*, Vol. 6 (1): 11-19.

Dussel, E. (2015). *Filosofías del sur. Descolonización y transmodernidad.* D.F. México: Ediciones Kal.

Galeano, D., Trotta, L. y Spinelli, H. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva*. Vol. 7 (3): 285-315.

GESLA-Grupo de Estudios Subalternos Latinoamericanos (1997). Declaración de fundación del Grupo de Estudios Subalternos Latinoamericanos. *Revista Ecuatoriana de Historia*. 10: 135-145.

Hickling, F.W., Gibson, R.C. (2012). Decolonization of psychiatric public policy in Jamaica. *West Indian Med J*, 61(4): 437.

Luciani Conde, L. (2019). *Estudios decoloniales sobre la ciencia y el derecho a la salud mental.* Buenos Aires: FEDUN.

Luciani Conde, L. (2020). El trabajo de las disciplinas y la igualdad de derechos como núcleos problemáticos en la atención de salud mental. *Géneros, Derechos y Justicia*. Santa Fe: Rubinzal Culzoni Editor.

Martínez-Hernández, A., Correa-Urquiza, M. Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva*. Vol. 13 (2): 267-278. doi: 10.18294/sc.2017.1168.

Mignolo, W. (2007). *La idea de América Latina. La herida colonial y la opción decolonial*. Barcelona, España: Gedisa.

Palma, H., Pardo, H. (2012). *Epistemología de las ciencias sociales. Perspectivas y problemas de las representaciones científicas de lo social*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Pulido Tirado, G. (2009). Violencia epistémica y descolonización del conocimiento. *Sociocriticism*, Vol. XXIV, 1 y 2: 173-201. España: Universidad de Granada.

Quijano, A., Wallerstein, I. (1992). La Americanidad como concepto, o América en el moderno Sistema Mundial. *Revista Internacional de Ciencias Sociales. América: 1492 - 1992*. Trayectorias históricas y elementos del desarrollo. N° 134, diciembre de 1992, pp. 584-591.

Quijano, A. (2000-a). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (Lander Edgardo compilador). Bs. As.: CLACSO.

Quijano, A. (2000-b). Colonialidad del poder y clasificación social. *Journal of world-system research*, Vol. 6 (2): 342-386.

Quijano, A. (2014) [2001]. El regreso del futuro y las cuestiones del conocimiento. *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. Buenos Aires: CLACSO Editorial.

Rivera Cusicanqui, S. (2010). *Ch'ixinakax utxiwa*. Bs. As.: Tinta Limón.

Rivera Cusicanqui, S. (2018). *Un mundo ch'ixi es posible. Ensayos desde un presente en crisis*. Bs. As.: Tinta Limón.

Rocha-Buelvas, A. (2017). Pueblos indígenas y salud colectiva: hacia una ecología de saberes. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 (4): 1147-1161.

Segato, R. (2018) [2015]. *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda*. Bs. As.: Prometeo.

Segato, R. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Bs. As.: Prometeo.

Sousa Santos, B. de (2009) *Una epistemología del sur*. México: Siglo XXI Editores.

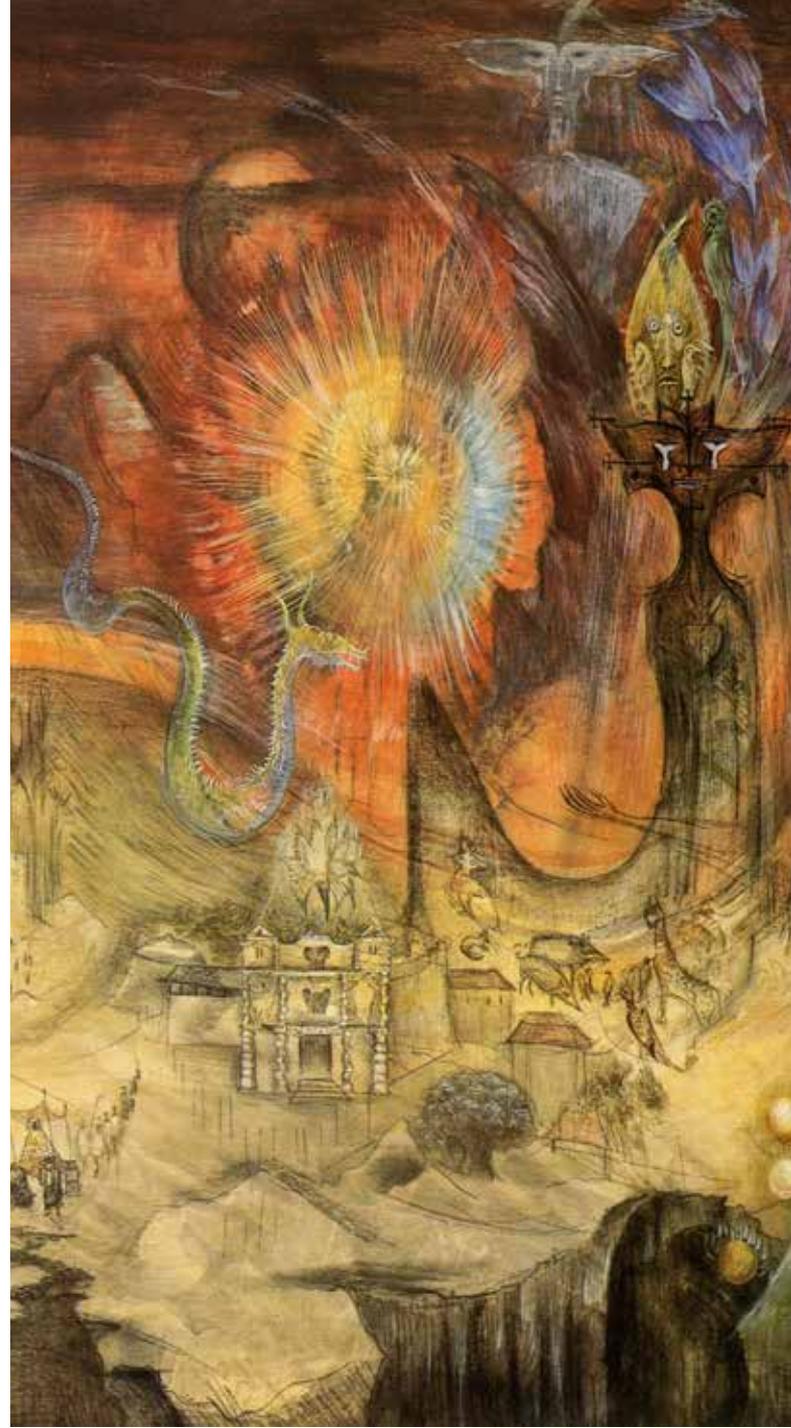
Sousa Santos, B. de (2012) *De las dualidades a las ecologías*. La Paz: REMTE.

Notas

¹ El presente texto constituye un documento base del Grupo de Trabajo “*Estudios decoloniales en Salud Mental*”, que desarrolla sus actividades en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg”, perteneciente al Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

² La palabra universo proviene del latín *universus* (unus=uno y versus=participio pasado del verbo girar o convertir), que significa hecho uno o convertido en uno, es decir, significa uno y todo lo que lo rodea. El *unus* para este análisis es la cultura occidental eurocéntrica, de manera tal que el sentido del *universus* estaría constituido por el mundo que gira en torno a esta cultura y se convierte en ella.

³ El concepto de formación abigarrada, propuesto originalmente por René Zavaleta para hacer referencia a la realidad de los colores en las piedras de las minas andinas, es tomada por Silvia Rivera Cusicanqui como una metáfora de la existencia de pares opuestos que coexisten con sus diferencias, expresando la pluralidad de las realidades posibles. Este mestizaje supone una mezcla sin pérdida de identidad (Rivera Cusicanqui, 2018: 13-16).



Estrato social y barreras de acceso a la educación como derecho fundamental en trayectorias y experiencias de jóvenes migrantes colombianos en Bs. As. Violencias del neoliberalismo

Elida Claudia López

Psicopedagoga de USAL. Profesora en la Enseñanza Normal y Especial en Psicopedagogía de USAL. Maestría en Psicoanálisis, subjetividad y Cultura de Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Doctoranda del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Docente de la USAL, de la carrera de Psicología y Psicopedagogía. Docente en Maestría Dificultades del Aprendizaje de USAL. Atención Clínica en la Fundación Páremai Fractal.

elidaclaudialopez@yahoo.com.ar

María Helena Restrepo-Espinosa

Psicóloga de la Universidad Javeriana de Bogotá, Máster en Artes, Goucher College, EE UU, y Magister en Mediación de Conflictos de Familia y Comunidad de la Università Cattolica del Sacro Cuore de Milán. PhD. en Salud Pública del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Profesora Asociada de Carrera de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, Bogotá.

maria.restrepo@urosario.edu.co

<https://orcid.org/0000-0003-0476-0130>

Resumen

Este texto tiene como objetivo presentar la forma en que las políticas neoliberales en Colombia tienen efectos sobre las migraciones de jóvenes de la región. Las trayectorias y experiencias de jóvenes migrantes colombianos provenientes de estratos 1, 2 y 3 que residen en la ciudad de Buenos Aires, visibilizan las subjetividades que emergen y la formas en que operan las políticas de Estado como determinantes sociales, en la medida en que definen las posibilidades o no de acceder a la educación y a una profesión. El objetivo se orienta a elucidar las formas en que el estrato socioeconómico (clase social) y las políticas públicas se constituyen en impedimentos para construir un futuro de los jóvenes colombianos de clase media, y cómo Argentina se presenta como abanico de oportunidades para reconstruir un porvenir en el que estos jóvenes, aunque limitados económicamente, pueden permitirse otras identidades y posibilidades de afirmación y libertad. La migración e identidades y las subjetividades

que emergen en jóvenes migrantes colombianos en Bs. As. son relevantes para la salud mental comunitaria desde la perspectiva de política pública, determinantes sociales y derechos.

Palabras clave: neoliberalismo, salud mental comunitaria, migración juvenil, subjetividades y determinación social.

Abstract

This text aims to present ways in which Colombia, during the neoliberal reforms adopted during the 90s, affects the lives of middle classed youngsters that migrate to Argentina. In this sense, the trajectories, and experiences of young migrants from strata 1, 2 and 3, who reside in the city of Buenos Aires. The subjectivities that emerge in relation to the social class and neoliberal policies of Colombian government, confirms the relationship between social determinants and the ways their identities are affected; insofar, as they define the possibilities or not of accessing education and a profession. The objective is aimed at elucidating ways in which the socioeconomic stratum (social class), and public policies constitute impediments to building a future for low middle-class youths in Colombia; and how Bs. As. is presented as a range of opportunities to rebuild a future where these youngsters, although

economically limited; thus, can afford other identities, possibilities of affirmation, resistance, and freedom. To understand the relationship between migration, emergent subjectivities and identities of young Colombian migrants in Bs. As. is relevant to community mental health and social determinants from a rights perspective.

Keywords: neoliberalism, community mental health, youth migrants, subjectivities, and social determinants of health.

La migración¹

“No soy de aquí no soy de allá. No tengo edad, ni porvenir.

Y ser feliz es mi color de identidad”

Facundo Cabral

La sociedad actual latinoamericana logra avances tecnológicos y de mercado, pero también enfrenta situaciones problemáticas como: desigualdad, desempleo, exclusión, violencia, y de esto se derivan algunas migraciones. Estas situaciones, junto con la pobreza, la precariedad y el sufrimiento social, forman parte de las consecuencias del crecimiento y desarrollo de orden económico, que incluye pocos y excluye a muchos de sus beneficios. Emergen diversas formas de exclusión que impiden acceder a algunos a sus derechos sociales,

como la educación y la salud, lo que se representa a través de identidades y subjetividades. Según Emiliano Galende (1998), los sujetos excluidos no sólo habitan las llamadas “villas”² en la periferia de las ciudades, sino que además se desplazan y migran en forma constante por razones de supervivencia, amenazas, y/o por posibilidades de construir un futuro más promisorio.

La migración puede verse como una huida de situaciones de exclusión y de marginalidad o una búsqueda de nuevas formas de existir. El avanzar y moverse por diversos territorios y culturas para buscar mejores condiciones de vida contribuye a que la migración se convierta en lo cotidiano de algunos sujetos, familias y comunidades. Los migrantes llegan a configurar una masa nómada que para muchos se ha posicionado como una elección o una postura de vida, y para otros, única opción de porvenir o de supervivencia. La experiencia del migrante habla de una cultura, una identidad que se transforma y de la cual emerge una subjetividad individual y colectiva. El ser joven acoge la idea de un porvenir que está delineada por expectativas y anhelos de educarse, ser profesional, mejorar sus condiciones económicas y ser ciudadano del mundo. Esta ilusión de porvenir de jóvenes migrantes colombianos en Buenos Aires (Bs. As.) está atravesada por el estrato económico y/o posición social, el género, la postura ideológica; en estos, las transformaciones

del Estado hacia el neoliberalismo son determinantes. Las subjetividades que emergen en las relaciones entre migración, sociedad, identidad y cultura develan que el origen y la pertenencia a un país son fundamentales. El proceso de salir y entrar, de ser uno y otro, de ser sin ser lo que se era anterior a migrar, y ser extraño o familiar, se expresa en estas subjetividades. Identidades que transitan por experiencias que limitan, frustran sueños, bifurcan los caminos, abren posibilidades, generan sufrimientos o potencias, y constituyen formas de resistencia.

Las migraciones y sus efectos han sido objeto de investigación en países de la región. Las razones más reconocidas en la migración son causadas por precariedad económica, situación política y social del país de origen, y la elección del destino, motivada por condiciones de favorabilidad. Las migraciones también responden a las políticas migratorias e intervienen las variantes socio-demográficas con sus direccionamientos. Sin embargo, existen condiciones de desigualdad descritas comúnmente para los migrantes, y las inequidades se encarnan en testimonios de exclusión o discriminación social y económica. En la actualidad existen diferencias y asimetrías del desarrollo en la distribución de la riqueza y de los recursos que, a través del discurso desarrollista y económico, ha creado una geopolítica y dividido al mundo entre ricos y pobres (Arturo Escobar, 2007). En

estas dinámicas, la precariedad de la vida y de las relaciones humanas, lleva al aumento de conflictos sociales. Lo anterior genera fragilidades en el lazo social y en los vínculos, identidades vulnerables, y es fuente de gran incertidumbre (Galende, 1998).

La Comunidad Andina y los Foros de Mercosur reconocen la migración relacionada con transformaciones políticas derivadas de las Reformas de los años 90 en algunos países de la región³. Argentina, país constituido por migrantes, ha jugado un papel decisivo al postularse como país que reúne ciertas condiciones de apertura y acogida. En este sentido, cabe resaltar su postura frente a la educación como derecho que ha contribuido a que migrantes de la región contemplan la posibilidad de formarse profesional o pos gradualmente. Entre estos países, Colombia, que se ha constituido en un país neoliberal acorde con las reformas introducidas en los años 90, aunque postula que la educación y la salud son derechos sociales por constitución, los ha privatizado y esto ha traído como efecto su mercantilización, transformándolos en bienes y servicios de consumo, determinados por la capacidad económica de los individuos (Restrepo-Espinosa, 2015 y 2017).

Este artículo presenta resultados parciales del Proyecto de Investigación: “Necesidades de la atención en salud mental comunitaria en jóvenes migrantes colombianos de 18 a 30 años en el período 2015-2019: subjetivida-

des e identidades cambiantes” de la candidata a Doctora Elida Claudia López, el mismo está aprobado por el Comité del Doctorado de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, Bs. As. Este texto se sustenta en la instancia de *validez empírica* que da cuenta de la relación entre el concepto en cuestión y sus dimensiones observables (Samaja, 2004).

Las preguntas a las cuales da respuesta son: ¿cómo se describe la realidad de estos jóvenes migrantes colombianos pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3 antes de la migración?, ¿qué efectos se derivan de la posición social y cómo se perciben en sus identidades y subjetividades? El objetivo general busca comprender la experiencia asociada a la condición de ser migrante, las identidades, subjetividades, los modos de subjetivación; y el objetivo específico de este artículo consiste en explorar las relaciones entre el estrato al que se pertenece en Colombia y el acceso a la educación. En este sentido, propone elucidar relaciones entre las transformaciones sociales y políticas del Estado neoliberal y sus efectos en subjetividades y modos de subjetivación. La investigación es de tipo interpretativa y cualitativa, y sus instrumentos son relatos surgidos de entrevistas semiestructuradas con profesionales de salud mental y entrevistas en profundidad con sujetos migrantes. La muestra total de la investigación son 30 sujetos (20 jóvenes y 10 profesionales de la salud mental), y el análisis de las narrativas

supone la categorización de la información según unidades de análisis y códigos. Las fuentes primarias son las narrativas de los relatos de los sujetos migrantes colombianos y los profesionales de la salud mental obtenida de las entrevistas. El proceso de interpretación se hace con base en la triangulación hermenéutica de la información inter-entrevistas semiestructuradas y de profundidad. En este texto se presentan dos categorías que emergieron del análisis preliminar: *subjectividades estratificadas* y *subjectividades precarizadas*, que están en la intersección de las categorías de subjetividad, identidades y estrato social que reflejan las causas de la migración. En cumplimiento con la normatividad ética, se cuenta con Consentimiento Informado de cada sujeto y se preserva su identidad.

La migración colombiana a Argentina

“La experiencia de migrar fue improvisada, mi novia había venido a Bs. As. y se había inscripto en la Facultad, porque era gratis y demás. Ella veía muchas posibilidades para estudiar aquí. Me dijo si quería venir acá, a esta ciudad. Entonces vendí mi propia alcoba, cosas que tenía y venimos a vivir a lo de mi cuñada” (fragmentos de entrevista a Jesús, 2020).⁴

El artículo, “Colombianos en Argentina: Experiencia y memoria del conflicto armado” de Claudia Hernández (2011), y El nuevo camino del sur: las migraciones co-

lombianas hacia Argentina, de Polo Alvis y Serrano López (2018), plantean que el desplazamiento forzado por parte de los actores del conflicto armado ha contribuido a la expansión de la migración a Argentina; sin embargo, las migraciones de jóvenes al país están determinadas mayormente por las condiciones económicas que definen el acceso a bienes como la salud y la educación. La estratificación social y económica ha sido determinante en los jóvenes que pertenecen a estratos 0, 1 y 2.⁵

“Mi estrato era como el de la mayoría de los colombianos, estrato 2. Donde mi papá vive es estrato 1 y en lo de mi mamá estrato 2; y en los barrios más humilde es estrato 1 y 0. Para no pagar tan caro los servicios estábamos en lo de mi papá, es muy triste decirlo, pero es así... Mi novia estaba en estrato 3, ella había venido a Bs. As. y me impulsó a venir: yo no tenía para el viaje y decidimos venir por tierra y fue más económico y además la vivencia que encontramos fue muy buena...” (Fragmentos de Entrevista a Jesús, 2020).

La trasmisión de este joven revela cómo la determinación del estrato propicia unas *Subjectividades estratificadas* que delinean sus identidades y formas de existir, las posibilidades alcanzables y los límites en las oportunidades reales para alcanzar sus anhelos y porvenir. Esta voz reclama posibilidades de movilidad social, libertad para ser y tener lo que se anhela y expresa algunos de los motivos que priman entre los jóvenes colombianos para migrar a Bs.

As. En estos aparece el estudio como razón fundamental: “Yo había intentado entrar en varias Universidades en Bogotá, pero realmente me interesaba la Universidad Pedagógica en Colombia, hice el examen tres veces, para entrar y siempre me iba mal, me quedaba en la entrevista de ingreso. Quería estudiar Lic. en Química y había que rendir un examen para saber si uno podía ser profesor y el otro examen era exactamente para ver los conocimientos específicos que tenía en química. Había 130 cupos para entrar y se presentaban 2000 estudiantes. Era muy difícil estudiar en Colombia” (Fragmentos de Entrevista a Darío, 2020).

Además de la educación y la pobreza, otros motivos que sustentan la migración de jóvenes colombianos a Bs. As. son también debidos a las contingencias derivadas de las relaciones familiares y afectivas:

“La experiencia de migrar fue improvisada... El estudio fue una de las motivaciones para venir, y también para abrir la mente. Allá te enseñan, por ejemplo: si no tienes plata no puedes salir, es así el decir de todos. Las palabras de mi papá fueron: “mijo, donde usted se quede varado yo lo voy a buscar, yo mando por usted”. Y mi mamá me dijo: “estudie hijo haga lo que pueda, pero estudie”” (Fragmentos de Entrevista a Darío, 2020).

Además del estrato y la imposibilidad de acceder a la educación que son determinantes en las subjetividades e identidades, aparece la relevancia de no decrecer en posición

en los estratos más altos (3+), que migran para avanzar en estudios de especialización. Así expresa un profesional de la salud mental la experiencia de una joven colombiana: “Gisela vino con la idea de estudiar psicoanálisis, no tenía formación y quería hacer un posgrado en psicología en Bs. As. y no pudo. Entonces optó por inscribirse como oyente en la carrera de Psicología en UBA, para hacerse del oído al castellano de acá. Gisela en Colombia tenía un lugar social alto que no encontró acá. Su padre era diplomático y le pagaba la vivienda, sin embargo, aquí vivió en un lugar inferior económicamente y se frustraba muchísimo” (Fragmentos de Entrevista a Luisa, Profesional, 2021).

Según Hernández (2011), estudios definen dos grandes tipos de migración: la económica, originada por la búsqueda de mejores condiciones de vida, y la política, propiciada por las condiciones de violencia; sin embargo, según la autora hay dificultades para diferenciarlas entre sí. Las estrategias de sobrevivencia tanto para el migrante que quiere insertarse en el campo laboral como el que lo hace en el campo educativo son las mismas. Y los motivos de la migración política coexisten con móviles profesionales o personales. En esta perspectiva, la migración “voluntaria” puede distinguirse de aquella que está motivada por condiciones laborales y económicas y esta, de la que está orientada por móviles profesionales y académicos. Si bien las dos han crecido en los últimos años, la migración

laboral es la más sobresaliente y se define por la precaria situación social y económica del país, el aumento de la pobreza, el desempleo a raíz de las políticas neoliberales y el debilitamiento de la función pública del Estado colombiano como garante de derechos de los más pobres. Mauricio Villegas lo expresa en *Los hilos de la historia*: “El malestar viene, sobre todo, de la falta de oportunidades y tal cosa está asociada con la ausencia de un sistema de educación pública universal. En Colombia la educación no atenúa la llamada “tiranía de la cuna”. Tenemos 11 millones de jóvenes entre 14 y 26 años que demandan educación media y superior y que, vistos en términos de oportunidades, están (...) 1) los privilegiados que pueden pagar una educación privada de alta calidad o que logran ingresar a una buena universidad pública (cerca del 10 % de los aspirantes); 2) los pobres que acceden a una educación media pública de baja calidad, con lo cual no pueden avanzar hacia la educación superior; 3) las clases media y media baja que, haciendo un gran esfuerzo, ingresan a una educación media y superior privadas y de baja calidad que no les permiten obtener un buen trabajo”. Situación que encarna Sebastián: “También no hay muchas leyes que protegen al trabajador. Yo estaba haciendo muchos cursos en el Sena [Servicio Nacional de Aprendizaje. Entidad de Formación Profesional] y trabajaba en una librería y no me daban los horarios para estudiar. Si ellos querían te hacían trabajar de a 12 a 14 horas, y los días de

descargas hasta 15 horas. Primero trabajar y luego estudiar. Es muy difícil estudiar y allá más. Las oportunidades que te dan son muy escasas. Sin embargo, en Bs. As. te dan y brindan más oportunidades” (Fragmentos de Entrevista a Sebastián, 2020).

Subjetividades devenidas de un porvenir impedido

Lo que hacen visibles estos jóvenes es que sus devenires estás anclados en dos posibilidades: por un lado resolver el problema de subsistencia a través de una cualificación técnica como lo dice el padre que está en estrato 1; y por otro, para la madre ubicada en estrato 2, ligado a la posibilidad de estudiar y tener una profesión, pero no “para ganarse la vida”, sino para que haya ascenso social. De esta manera, la experiencia de ser migrante está determinada y atravesada por las políticas públicas, educación, estratificación relevantes en la historia familiar y personal.

Estas *subjetividades sin derechos*, corresponden al sujeto no cualificado que migra a Bs. As. para estudiar y pertenece a estrato 1, 2 y 3. En estos sujetos existen barreras de acceso derivadas de la falta de oportunidades para acceder a un pensamiento crítico y complejo que le permitirían agenciar su porvenir y no fracasar en la universidad. En este sentido, la migración se vuelve la única opción de acceder al estudio y a la profesión. Otra

se caracteriza por una migración calificada y acomodada definida por estratos 3 a 6, en la que también existen faltas de oportunidad en el acceso debido a requisitos de ingreso y altos costos de algunas carreras como medicina, por ejemplo.

Polo Alvis y Serrano López (2017), en su trabajo *El nuevo camino del sur: las migraciones colombianas hacia Argentina*, plantean que las migraciones colombianas son un fenómeno en transición de data reciente, durante un período de veinticinco años que experimentó su punto máximo entre 2001 y 2010. Lo anterior se relaciona con el gobierno de Álvaro Uribe Vélez en Colombia y una transformación de la política migratoria argentina en las administraciones Kirchner. “De ahí que su principal tendencia migratoria ha sido la de orden educativo o estudiantil, en la que la asequibilidad a la educación superior ha sido un incentivo real para el auge de este fenómeno” (Polo Alvis y Serrano López Alpes, 2018:155). Según datos del consulado colombiano, la migración suma un total de 19.268 ciudadanos regularizados a la fecha de junio del 2009, población que se caracteriza por ser joven de clase media, nivel profesional y técnico. En el 2010 había un total de 17.576 personas que migraron. Los censos de 2001 y 2010 constatan que la comunidad colombiana en Argentina creció de 3.876 personas a 17.576. La Dirección Nacional de Migraciones establece que entre 2011 al 2015 se resolvieron cer-

ca de 23.000 solicitudes de radicación de colombianos en Argentina. El estudio de Polo Alvis y Serrano López (2017) revela que la migración de jóvenes colombianos a Bs. As. representa la posibilidad de acceder a la educación universitaria situación que no ocurre en Colombia; ni siquiera en las universidades públicas a las que es difícil acceder por los requerimientos académicos.

Según el Observatorio de la Universidad Colombiana, cualquier carrera (no medicina) en total cuesta más de 70 millones de pesos. Esta contingencia posiciona a Argentina como oportunidad para educarse con respecto a otros países de la región. La opción viable para las familias con menos recursos económicos es acceder a la universidad pública, pero con des financiación y falta de atención a la educación superior en las últimas tres décadas, los cupos son muy limitados y las universidades oficiales no pueden exclusivamente atender la demanda de aspirantes para esta formación.

Según datos del consulado colombiano, la migración suma un total de 19.268 ciudadanos regularizados a la fecha de junio del 2009; población que se caracteriza por ser joven de clase media, nivel profesional y técnico. Claudia Milena Hernández (2011) afirma con respecto a la educación superior que Colombia cuenta con una baja tasa de cobertura, inferior a la del resto de los países latinoamericanos. El ingreso a la educación superior pública es restringido y se efectúa mediante

preselección según resultados del examen del Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación Superior (ICFES) realizado al final de la educación secundaria. Existen más solicitudes que cupos disponibles, los cupos sólo cubren el 67% de las solicitudes y la relación solicitudes/cupos es de 1,49; es decir, la necesidad supera la capacidad de oferta. Un número importante de estudiantes queda excluido del sistema público. En el año 2011 se señaló que el aumento de la migración de jóvenes a Argentina proviene en su mayoría de Colombia. Hernández (2011) señala las siguientes: posibilidades de inserción en la educación superior, expectativa de experiencia cultural y democrática, condiciones de pobreza, desigualdades socioeconómicas del contexto colombiano, y violencia estructural dentro del gran marco del conflicto armado y el neoliberalismo. Por otro lado, la migración es una experiencia social y subjetiva. “Los jóvenes integrarán a la decisión de migrar preocupaciones que les son propias, acentuando su protagonismo en este fenómeno social *como migrantes y como jóvenes*” (Eguren Adán 2013). El joven se transforma y desplaza los referentes que son la identidad. Pertenecer o no, incluirse o ser excluido, identificarse o no con determinadas características, son movimientos subjetivos en el devenir del joven que desea crear su propio proyecto de vida. Busca nuevas opciones y encuentra dificultades que lo empujan a migrar. “Los jóvenes migrantes

constituyen más del 10 por ciento de los 232 millones de migrantes internacionales en general, y, siendo el grupo social con mayor movilidad, constituyen el grueso de los desplazamientos anuales de migración. Así, la migración internacional representa una oportunidad para que los jóvenes consigan una vida mejor para sí y para sus familias, concreten aspiraciones educativas, mejoren sus competencias y perspectivas profesionales, o satisfagan el deseo de desarrollo personal que propician las aventuras y los problemas de vivir en el extranjero” (Organización Internacional del trabajo-OIT, 1996-2020).

“Para todo individuo existe una relación entre lo esencial de esa historia estructurada en su subjetividad y los determinantes que provienen de las circunstancias de la época que le toca vivir” (Galende, 1998: 222).

Discusión

Colombia goza de tener una de las Constituciones más progresistas desde 1991. En ella se plasma el Estado Social de Derecho que implica la garantía de los derechos de salud y educación; no obstante, derechos sociales y económicos que no existen para la mayoría de la población. El Estado Social de Derecho no se materializa en el neoliberalismo y el contexto colombiano distingue el conflicto armado⁷ de la violencia surgida en su marco estructural como causa de desigualdades económicas.

Restrepo-Espinosa (2015 y 2017) plantea que desde 1948 la violencia se consolidó como punto de referencia y preocupación de académicos y políticos. Si bien la violencia ha sido el fenómeno característico de la historia de la nación desde su constitución, desde el siglo XX y el siglo XXI, se ha hecho extensivo y constituido como superficie de la identidad social en el neoliberalismo. La violencia como estructura de segregación, de exclusión social, de expulsión y dominación económica fundamentan la cotidianidad, y esta transformación de la violencia social y política en problema económico ha implicado que la atención se centre en el problema de la pobreza. Acorde con la autora, esto deja de lado el problema de la desigualdad social, condición indispensable para hacer de Colombia un país más inclusivo y justo. Cabe anotar que la violencia no afecta a todos por igual, y tampoco sus efectos son homogéneos. Asimismo, la década de los 90, caracterizada por la globalización del mercado y el fin del Estado de Bienestar bajo el supuesto Estado Social de Derecho, constituye un mensaje ambiguo en el que existen derechos pero sometidos a la regla fiscal en la obligatoriedad del Estado, y por tanto, la posibilidad de acceder a estos depende en su mayoría de la capacidad económica. Aunado a lo expuesto, paradójicamente, el pensamiento económico adquiere supremacía aunque se hable de derechos fundamentales y de un Estado Social de Derecho en los que la salud y

educación, que bajo el supuesto, son derechos fundamentales, estarán condicionadas por el aseguramiento, el mercado y los recursos fiscales o las capacidades económicas. En otros países de la región se experimentaron cambios económicos como consecuencia de los parámetros establecidos por el Consenso de Washington y la implementación del modelo neoliberal, que materializó reformas institucionales y jugó un papel importante en las transformaciones económicas a favor del mercado; sin embargo, en Argentina aún existe algo de resistencia. En consecuencia, en países como Colombia y Chile entre otros, el objetivo fue desmantelar los estados proteccionistas otorgando al mercado mayor protagonismo y poder de decisión, lo que afectó la accesibilidad a los derechos.

En Colombia, el Estado de Bienestar desapareció, lo que ha traído un enorme desamparo en las áreas sociales, de producción y servicios. Las actividades de interés público se privatizaron con el argumento de la ineficiencia del Estado y bajo el supuesto de operar con políticas de bajo costo que en el discurso de universalidad y responsabilidad del Estado se redujo al problema de la cobertura, pero con una deficiente calidad que no garantizó derechos fundamentales en especial en educación y salud; por esto algunos autores afirman que el neoliberalismo y la violencia están anudados (Vega Cantor, 2016).

Por consiguiente, como lo presenta Emiliano Galende (1998), se hace imprescindible analizar las determinaciones relacionadas con el acceso a la salud y la educación dentro de este marco de cambios del Estado neoliberal (neoconservador), que implica situarla fuera del falso debate estatal/ privado. Asimismo, el autor resalta la importancia de contemplar las causas económicas que originaron las profundas transformaciones en el modelo de acumulación que condujo a la crisis del Estado de Bienestar y al auge de las políticas neoliberales. Esto en términos de las derivaciones de estas transformaciones en los sujetos, las subjetividades y el lazo social. En este sentido el autor afirma: “A partir de los ochenta el triunfo de las políticas neoconservadoras generó nuevas políticas de ataque al conjunto de las “conquistas sociales” que se habían desarrollado desde el llamado Estado de Bienestar, produciendo un cambio profundo en las condiciones sociales y en la vida de los individuos y grupos humanos, que quedaron subsumidos en la denominada “crisis del Estado Benefactor”, como si acaso esta pérdida de valores solidarios y sociales fuera el efecto de alguna catástrofe natural y no el resultado de intereses y acciones de los hombres” (Galende, 1998: 136).

La caída del Estado de Bienestar implica que la política social fuera restringida por planes de ajustes, y como consecuencia, advinieron cambios estructurales drás-

ticos: privatizaciones, focalización del gasto social y la descentralización. La implementación del neoliberalismo significó, entonces, una precarización de las condiciones de trabajo e implicó reformas laborales y aumentó el índice de pobreza, ya que la minimización del gasto social en áreas de salud y educación se acompañó de la privatización de los servicios; situación que generó mayores niveles de desigualdad social; y que se reflejó en los modos de subjetivación y las subjetividades que emergieron. Según Stolkiner (2001) las políticas en salud se deslizan hacia el concepto de mercado de la salud, y el Estado se aparta de ser garante de derechos (el de la salud, entre otros) y se inclina a dejar libradas las prestaciones al juego de oferta y demanda, con una gran unión de capitales y creación de grupos empresariales casi monopólicos. Por esto, la relación determinante de la posición del Estado frente a su función como garante de derechos sociales y las potencialidades subjetivas.

“Las posibilidades que te da el Estado en Bs. As. para estudiar, allá no las tenés. Allá trabajás y tenés muchas trancas. No te dejan, no hay cupos, no hay derechos que ayuden para estudiar. Acá te dan facilidad horaria sino tienes cupos, y si tenés hijos, igual te dan la posibilidad. En Bs. As. la Universidad te da, esto en Colombia no existe, si tienes hijos fuiste. Y si no te va a alcanzar el dinero, también fuiste. El sueldo básico no alcanza y

Colombia es un país tan caro como acá. Estas cosas no te dejan progresar y la calidad de vida cambia muchísimo. No te dejan progresar tristemente” (Fragmentos de Entrevista a Darío, 2020).

Este sujeto trasmite en su subjetividad una carencia de derechos esperados para cumplir con un proyecto vital, de ser protegido y provisto por el Estado, podría decirse que encarna una *subjetividad precarizada*. La precariedad consiste en que los sujetos no tienen certeza respecto de sus recursos, ni condiciones justas de trabajo que permitan contar con el sustento, o por lo menos, con condiciones dignas. Este relato confirma que la fórmula neoliberal que destituye al Estado como garante de derechos y traspassa la responsabilidad a los sujetos que deben proveerse su seguridad vital y social.

Conclusiones

Las identidades que emergen en el juego de las subjetividades expresadas en los relatos de experiencias y trayectorias de estos jóvenes migrantes colombianos y del profesional de la salud mental visibilizan que, para estos jóvenes, su porvenir ha sido determinado por limitaciones para acceder a la educación, derecho fundamental que permite construir un futuro con menos precariedad. Estas limitaciones son pruebas de las formas en que se experimentan las transformaciones del Estado por parte de sujetos jóvenes. Violencias que

constituyen exclusiones históricas y que en forma estructural han sido determinantes para las identidades y por esto, la migración es la única salida posible. En las subjetividades precarizadas de estos jóvenes que son víctimas de la desigualdad, la migración está en el centro y viajar a Argentina y en particular a Bs. As., abre opciones, que junto con sus expectativas dibujan un abanico de posibilidades que permiten pensar en que se tiene futuro, que pueden existir derechos sin exclusiones o discriminaciones por causa del estrato socioeconómico al que se pertenece. Estos jóvenes, que en su mayoría han tenido algunas dificultades para contar con condiciones para acceder a la universidad pública (UBA), o para trabajar con garantías y no “en blanco”, ponen en juego sus recursos para salir de la precarización. Sus esfuerzos se sostienen en la esperanza para formarse como profesionales y acceder a mejores opciones que dignifiquen su vida. Por las razones expuestas, poner de relieve estos relatos de jóvenes migrantes en Bs. As. da cuenta de cómo surgen, “subjetividades e identidades emergentes”, y estas constituyen temáticas comunes frente a lo que vivían en Colombia con respecto a sus posibilidades. Estas problemáticas, como la precarización, el no futuro, la explotación, la falta de un mejor porvenir, y que surgen en la intersección de los derechos, de las transformaciones del Estado, de las condiciones y sistemas de segregación social, son deter-

minantes de las subjetividades atravesadas por las limitaciones de la desigualdad social; constituyen el campo de la Salud Mental Comunitaria. Recuérdese que esta reconoce las problemáticas subjetivas en su complejidad como procesos dinámicos integrales donde se incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico, en la lectura de lo que les acontece a los sujetos de una época. Desde esta mirada no reduccionista es posible elucidar nuevas subjetividades que surgen en jóvenes migrantes colombianos, son comunes a situaciones vividas de forma colectiva y exceden la posibilidad de la comprensión puramente individual. Los procesos de determinación del acceso a la educación en jóvenes de estratos 1, 2 y 3 y el futuro de la profesionalización revelan, en estos resultados parciales de los relatos expuestos, que en Colombia ellos están condicionados por el estrato social y la capacidad económica. Ser migrante colombiano en Bs. As. muestra una cierta marginalidad que perpetúa la desigualdad social pero abre un porvenir y una potencialidad importante para el futuro de estos jóvenes; por eso, a pesar de no pasar a la Universidad, permanecen con esperanza aún con algunas adversidades que les causan un cierto sufrimiento social. Aunque las identidades de los migrantes están estrechamente vinculadas con la cultura de origen, la lengua y formas de pertenencia, en estos migrantes colombianos el estrato social, en el marco del Estado Social de Derecho, pero a

la vez neoliberal, es determinante en sus subjetividades desde una perspectiva de derechos (Stolkiner, 2017). Por esto: “Hablar hoy de derechos humanos trasciende su manifestación como orden jurídico, para ubicarlos en el lugar de una “idea-fuerza” capaz de convocar la potencia de actores o agentes en el devenir social” (Stolkiner y Ardila, 2012: 16).

Bibliografía

Alvis, P. S. y López, S. E. (2017). El nuevo camino del sur: las migraciones colombianas hacia Argentina. Alvis P Universidad del Rosario, Colombia ORCID: Recuperado de: <https://orcid.org/0000-0003-2950-6710> Enrique Serrano López Universidad del Rosario, Colombia ORCID. Recuperado de: <https://orcid.org/0000-0001-9340-3236>

Aruj, R. S. (2008). Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en Latinoamérica. Papeles de Población. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluco México N° 55. pp. 95-116. Recuperado de: www.researchgate.net/publication/26573105

Domenech, E. (2008). La ciudadanía de la política migratoria en la región sudamericana: Vicisitudes de la agenda global. *Las migraciones en América Latina. Políticas, culturas y estrategias*. Catálogos CLACSO, Buenos

Aires. Recuperado de: www.academica.org/eduardo.domenech/9

Eguren, A. (2013). Juventudes migrantes Indocumentados, invisibilizados y mitificados. Marco conceptual para una agenda de investigación en el estudio de la migración juvenil. *Revista de El Colegio de San Luis. Nueva época*, año III, número 5, enero-junio, 2013. El Colegio de San Luis Juventudes migrantes. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rcsl/v3n5/v3n5a13.pdf>

Escobar, A. (2007). *La invención del tercer mundo*. Primera edición. Venezuela: Editorial El perro y la rana. Recuperado de: <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH018c.dir/doc.pdf>

Galende, E.(1998). *De un horizonte incierto*. Bs As.: Paidós.

García Villegas, M. (2021). Los hilos de la historia. Columna del 17 de mayo del Diario el Espectador, Colombia. Recuperado de <https://www.elespectador.com/opinion/los-hilos-de-la-historia/>

Hernández, C. (2011). Colombianos en Argentina: Ex-

periencia y memoria del conflicto armado. Recuperado de: http://conti.derhuman.jus.gov.ar/2010/10/mesa-04/hernandez_mesa_4.pdf

Restrepo Espinosa, M. H. (2015). Entre trauma, víctimas y vulnerables: biopolítica, desplazamiento forzado y salud pública. Tesis doctoral: Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/51090/1/mariahelenarestrepoespinosa.2015.pdf>

Restrepo Espinosa M. H. (2017). Desplazamiento forzado y trasmutaciones del destierro. Colombia. Universidad Nacional de Colombia.

Samaja, J. A. (2004). *Epistemología y Metodología*. Bs. As.: Eudeba.

Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de Época y Prácticas en Salud Mental. *Revista Actualidad Psicológica*, Año XXVI. N° 293. Recuperado de: [/revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/viewFile/40714/42470](http://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/viewFile/40714/42470)

Stolkiner, A. y Ardila, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría*. Recuperado en:

stolkiner_ardila_ conceptualizando_ la salud mental. pdf

Stolkiner, A. (2017). El enfoque interdisciplinario en el campo de la Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. *En Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. Editorial Psicolibros: Uruguay.

Vega Cantor, R. (2016). Neoliberalismo y violencia. *Revista Topia. Un sitio de psicoanálisis sociedad y cultura*. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/neoliberalismo-y-violencia>

Notas

¹“Migrante es cualquier persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia” (Glosario de la OIM, 2006: 38).

² Villa.Ag. Barrio de viviendas precarias, con grandes carencias de infraestructura (Real Academia Española 2019).

³ “Desde la década de los noventa, la región sudamericana experimenta transformaciones significativas en materia de política migratoria, en el marco de procesos de integración subregionales: la Comunidad Andina de Naciones (CAN) y el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), de foros consultivos regionales como la Conferencia Regional de Migraciones “Proceso Puebla”, y la Conferencia Sudamericana de Migra-

ciones (CSM), iniciada en el año 2000, después que se acordara su inicio en el Encuentro Sudamericano de Migraciones, Integración y Desarrollo, en 1996” (Domenech, 2008).

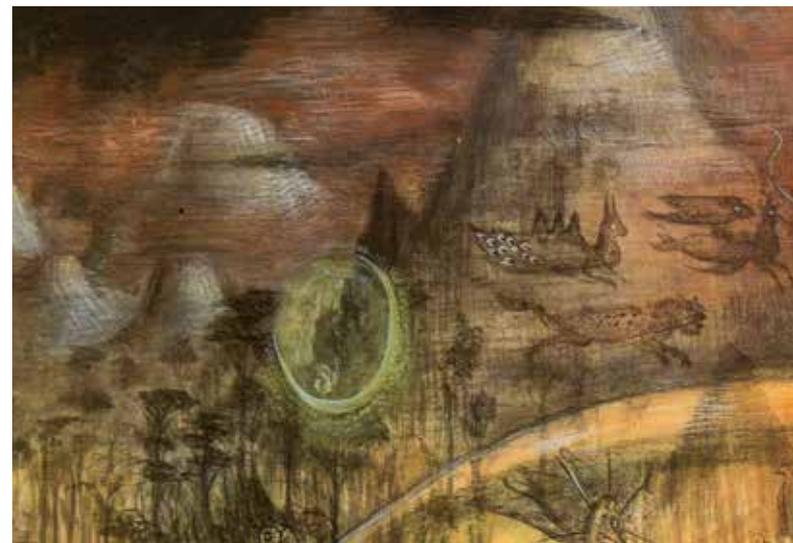
⁴En los relatos de entrevistas todos los nombres han sido cambiados para proteger sus identidades.

⁵La estratificación socioeconómica es una clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos. Se realiza principalmente para cobrar de manera diferencial por estratos los servicios públicos domiciliarios: <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica>

⁶<https://www.semana.com/educacion/articulo/cuanto-cuesta-estudiar-en-la-universidad/507374>

⁷El conflicto armado en Colombia nace a partir de la organización de un grupo de campesinos de procedencia Liberal entre 1957 y 1964.

<https://www.tierracolombiana.org/conflicto-armado-en-Colombia>



Salud Mental y Discapacidad. Articulaciones posibles en torno a la problematización del diagnóstico como operatoria de demarcación y disciplinamiento

Paula Kratje

Lic. en Psicología. Especialista en Salud Mental por la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) de Paraná. Integrante del equipo del Dispositivo Hospital de Día, de Consultorios Externos y del Espacio de Género y Diversidad (Hospital Escuela de Salud Mental, Paraná). Docente de la FBCB/UNL y de la RISaM Paraná. Integrante del equipo interdisciplinario del Protocolo de Actuación de las Expresiones y Acciones Discriminatorias basadas en las Violencias Sexistas en el Ámbito Universitario, UNER

paulakratje@hotmail.com

Liza María Benedetti

Lic. en Trabajo Social. Especialista en Salud Mental por la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) de Paraná. Docente de la FTS/UNER. Coordinadora de la Casa de Medio Camino (Hospital Escuela de Salud Mental, Paraná). Directora del Proyecto de Extensión «La Producción Social de la Discapacidad. Aportes para la transformación de los significados socialmente construidos» FTS/UNER.

lizabenedettimochi@hotmail.com

Resumen

El presente artículo tiene como propósito problematizar las articulaciones posibles entre el campo de la salud mental y la discapacidad a partir del cuestionamiento de la diagnosis como mecanismo de control y disciplinamiento de los cuerpos y las subjetividades.

Partiendo de un proceso colectivo de reflexividad, nos situamos como trabajadores, académicos y activistas para interrogarnos acerca de cómo articular dos campos que se han pretendido separados. Reconocemos a la discapacidad y la salud mental como campos próximos y en potencial y potente diálogo desde una perspectiva interdisciplinaria e interseccional, en una apuesta que busca tender puentes que faciliten lecturas complejas de los saberes y prácticas que se construyen en torno a dichas problemáticas.

Recuperamos aquí parte de las producciones de los feminismos -ubicando lo feminista no ya como una teoría, sino como una epistemología-, entendiendo que desde este particular modo de mirar se pueden generar fecundidades

para profundizar el cuestionamiento a los modos de decir y hacer en nuestros territorios de experiencias. Por lo tanto, feminismo, discapacidad y salud mental dialogan de una manera muy próxima; aun cuando en el campo de investigación y activismos en discapacidad y de los feminismos haya todavía una vacancia respecto de esta relación política.

Palabras claves: Discapacidad, Salud Mental, diagnosis y certificación, feminismos.

Abstract

The present article aims to problematize the possible articulations between the fields of mental health and disability, setting from the questioning of diagnosis as a mechanism of control and discipline of the bodies and subjectivities.

Starting from a collective process of reflexivity, we position ourselves as workers, academics and activists in order to question how to articulate two fields that have been intended to be separated. We recognize disability and mental health as neighboring fields in potential and powerful dialogue from an interdisciplinary and intersectional perspective, intending to build bridges that ease complex readings of the knowledge and practices that are built around these issues.

Here we recover some of the productions of feminism -placing the feminist not as a theory, but as an epistemology-, understanding that this particular perspective may be prolific in

order to deepen the questioning of the ways of saying and doing in our experience territories. Therefore, feminism, disability and mental health dialogue in a very close way; even though there is still a vacancy in the field of research and activism on disability and feminism regarding this political relationship.

Key words: Disability, Mental Health, Diagnosis and certification, Feminisms.

“Incomodar con nuestras palabras, con nuestros cuerpos, con nuestros gestos, con nuestros besos, con nuestros gritos y con nuestros silencios (...) Incomodar para importunar al status quo, para detener la máquina del disciplinamiento, para inducir un pequeño temblor. Incomodar, cada vez que sea necesario; pero también, incomodarse. Incomodarse frente a los espectáculos tristes de nuestra cruenta humanidad, y también allí donde sabemos que algo tenemos que pensar, que transformar, e incluso que desterrar de nosotros mismos (...) Incomodarnos, porque ¿quién puede estar cómodo en este mundo?”

Virginia Cano, *Borrador para un diccionario del desacato* (2020)

Este artículo es resultado de un proceso colectivo de reflexividad dialógica en la intersección entre los campos de la salud mental y la discapacidad.¹ Para quienes hemos desarrollado trayectorias laborales, profesionales y formativas en el campo de la salud mental, la discapacidad se (nos) aparece como algo lejano que poco tiene que ver con los planteos

y preguntas que emergen en nuestras discusiones. Sin embargo, y desafiándonos a una praxis que erosione esos otros intentos por fragmentar y fracturar solidaridades entre debates potentes, nos preguntamos cómo articular dos campos que se han pretendido separados. Proponemos, entonces, situar discapacidad y salud mental como campos próximos y en potencial y potente diálogo desde una perspectiva interdisciplinaria e interseccional, en una apuesta que busca tender puentes que faciliten lecturas complejas de los saberes y prácticas que se construyen en torno a dichas problemáticas.

Es en esta apuesta que encontramos un punto de resonancias que se vincula con el cuestionamiento de la diagnosis como mecanismo en el control y disciplinamiento de los cuerpos y las subjetividades. Problematicar estas operaciones que pueden y suelen ser funcionales a la *ideología de la normalidad*, abre interrogantes respecto a qué somos convocados quienes trabajamos en estos territorios: ¿certificar patologías o patologizar experiencias?²

Tanto desde los estudios críticos en discapacidad como desde las lecturas y apuestas que se construyen desde la salud colectiva, la salud mental comunitaria y los proyectos que promueven procesos de desmanicomialización, nos interrogamos acerca de la operación del diagnóstico cuando va li-

gado a efectos de etiquetamiento y cristalización. En este sentido, los campos de la discapacidad y la salud mental presentan hoy tensiones interesantes en tanto articuladores paradójales de discursos y prácticas de reconocimiento en perspectiva de derechos y, al mismo tiempo, de profundización de procesos demarcatorios de siglación y patologización. Esta paradoja se materializa en procesos de amplificación de la diagnosis presunta y reclamos de certificación creciente. Aquí podríamos situar las luchas por el reconocimiento, que por momentos se pueden convertir en trampas del reconocimiento. La hiperespecialización de los reclamos de grupalidades -sobre todo familias y usuarios- que bregan por el acceso a derechos y coberturas en salud distinguidas según categorías diagnósticas, podría pensarse como efecto de aquellos crecientes reclamos que conducen a clasificar a los sujetos en base a 'trastornos', 'síndromes' o 'patologías'.³

Lo que expresamos hasta aquí da cuenta, una vez más, de la arraigada asociación entre *discapacidad y déficit* como pares inquebrantables, como la misma cosa, como lo evidente. En el sentido común, en las políticas, en los discursos académicos, esta noción continúa siendo hegemónica, aún hoy con muchos debates librados a la luz del modelo social.

La problematización, interrogación y puesta en tensión de esta asociación aparentemente indisoluble ha

sido uno de los trabajos analíticos más significativos de este equipo de trabajo, a partir del cual podemos ensayar como hipótesis que la asociación se da por efecto de ideología, ideología de la normalidad.⁴

Así el hecho de que las distintas teorías de la discapacidad que la homologan al “déficit” operen más allá de la conciencia naturalizando sus predicados, constituye un rasgo particular del trabajo ideológico de la ideología de la normalidad. Este trabajo ideológico borra las huellas de los procesos históricos concretos de producción de discapacidad. Estas huellas (sociales, históricas, políticas) “desaparecen” de los discursos institucionales y comunitarios quedando frente a nosotros la discapacidad, como sinónimo de déficit, como dato objetivo de la naturaleza” (Angelino y Almeida, 2015: 35-36).

Si tomamos las luchas por el reconocimiento que ponen su eje en el déficit o los diagnósticos, podríamos decir que estos reclamos van a contramarcha de la apuesta de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad -recogida en la Ley Nacional N° 26.378 (2008)- como normativa superadora, o incluso de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), la cual toma como antecedente la convención. La hiperfragmentación produce un debilitamiento de los lazos de solidaridad en las luchas por el reconocimiento y va generando el efecto paradójico de exacerbación de las taxonomías y su cristalización en términos identitarios.

Su corolario: borramiento de singularidades, procesos de desobjetivación, efectos de deshumanización. En este contexto, cabe mencionar algunos puntos destacados de la normativa recientemente citada, en sintonía con la problematización respecto de cómo ciertos diagnósticos operan cristalizando identidades. La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad toma como uno de sus puntos de partida el reconocimiento de que “la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano” así como “la diversidad de las personas con discapacidad” (Preámbulo); por lo tanto, en su articulado se ocupa de reafirmar los principios de igualdad y de no discriminación para el colectivo de personas con discapacidad. En la misma línea, la Ley Nacional de Salud Mental señala que “se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”, y que “en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalentes en la comunidad donde vive la persona; c) Elección o identidad sexual; d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización (Art. 3°).

Por su parte, el Art. 5° sostiene que “la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado”.

Ya lo planteaba Paulo Amarante (2009) cuando situaba que la dimensión epistemológica de la apuesta a la desmanicomialización tiene que ver con invertir la operación que tradicionalmente ha hecho la psiquiatría (y otras hegemonías del campo psi), que históricamente ha puesto al sujeto entre paréntesis para ocuparse de la enfermedad. Podríamos decir que advertir esta operatoria nos interpela en el esfuerzo por encontrar otros modos de comprensión y de abordaje, pues la sobredeterminación del discurso medicalizante refuerza prácticas profesionales e institucionales con miradas unidireccionales y acotadas que, finalmente, producen y reproducen discapacidad.

En esta misma línea, la persistencia de ideas de discapacidad y de padecimiento mental como enfermedades crónicas -y donde lo crónico se piensa como aquello del orden de lo incurable-, noción de enfermedad que desterritorializa a los sujetos de su condición de género y clase, se articula a la persistencia de otra idea: la necesidad del cuidado y la atención permanente de los diagnosticados. De este modo podemos ubicar que

sigue vigente una sobredeterminación del discurso y de la intervención biomédica hegemónica sostenida y legitimada por la ideología de la normalidad, que medicaliza la vida cotidiana y transforma a los sujetos, en este caso diagnosticados, en objetos de rehabilitación permanente y exacerbada.

Surge así la inquietud acerca del lugar del otro -de la otredad- en la producción de conocimientos y de prácticas que no lo invisibilice, subestime, neutralice, anule y aplaste en este proceso. Destinatarios, objetos de investigación, pacientes, usuarios... Pensar qué noción de sujeto construimos a partir de los modos como enunciamos y hacemos nuestro trabajo, y cómo estas concepciones hacen cuerpo en el mundo que co-construimos con todos esos otros.⁵

Nos preguntamos aquí a qué somos convocados quienes participamos de equipos de salud, integramos juntas evaluadoras, hacemos investigación, y otros tantos espacios institucionales vinculados a los circuitos de la salud mental y la discapacidad. Si acaso somos convocados a certificar patologías o a patologizar experiencias. En cualquier caso, regulando y controlando el modo a través del cual son pensados e inventados los cuerpos, las mentes, el lenguaje, las sexualidades *normales* y las abyecciones a esa normalidad. Desde el equipo de investigación del que formamos parte⁶ entendemos que la discapacidad existe como

producto de dispositivos políticos, institucionales e ideológicos que la construyen como categoría legítima de clasificación y asignación de identidad. Hablamos de dispositivos que se articulan en torno a la idea de discapacidad como problema individual. Y esto mismo es decible respecto de aquellas lecturas que asumen la existencia de enfermedades mentales o que incluso ubican las raíces del padecimiento sobre la base de cuestionamientos del orden de lo casi exclusivamente individual -ya sea ligado a lecturas biologicistas o psicologistas- o que, como mucho, se arriesgan a situar determinaciones familiares en la explicación del padecimiento.

En esta línea, el esfuerzo se centraría entonces en situar la discapacidad -que suele clasificarse como *discapacidad psicosocial, intelectual o mental* en el terreno de la salud mental- como opresión entramada de maneras singulares con otros modos de dominación. Esta tarea nos permite traspasar las fronteras rígidas que supone el apego a la tematización así como la mirada individualizada de la discapacidad. “Mirar la discapacidad a la distancia, individualizando las formas, haciendo una taxonomía desde el patrón de poder, es responsabilizar al otro, éste es el que padece, y el que mira no tiene ninguna responsabilidad en ello. La discapacidad se individualiza tanto como se la tematiza. Es un problema (ese problemita que tiene)” (Díaz, 2012: 48-49). Dice Raúl Díaz (2012: 38): “si no nos miran no nos

atienden y si nos miran nos cosifican. Esta es la mirada doble del cuerpo abyecto, de los cuerpos subalternos: ser examinados y autoexaminarse bajo la mirada del otro”.

Desconocer u omitir una lectura interseccional, histórica y política de los padecimientos y de la producción de discapacidad, tiene un claro efecto homogeneizante que engloba las experiencias de las personas en un género universalizante, y por lo tanto, normalizador.

En esta línea, “el déficit no es una realidad simple o una condición estática del cuerpo sino un proceso mediante el cual las normas reguladoras lo materializan como resultado de complejos procesos de reiteración forzada de esas normas. Por lo que afirmar que las diferencias son insolubles de las demarcaciones discursivas, no es lo mismo que decir, que el discurso “causa” la diferencia” (Angelino y Almeida, 2015: 36).

En esta revisión crítica del diagnóstico como operatoria que puede estar ligada a los efectos demarcatorios que producen y reproducen la patologización de la vida cotidiana, nos interrogamos acerca de ciertos diagnósticos que a veces, muchas veces, circulan sin reparos en nuestros ámbitos de trabajo, y que deben ser politizados para develar o revelar su operatoria de cristalización de identidades; de culpabilización y criminalización de las existencias que se apartan de la matriz cis-heteronormada; de reducción a lo individual de problemáticas

complejas, tales como el diagnóstico de “retraso mental leve” como diagnóstico de la pobreza, más ligado a circuitos de exclusión; o la medicalización y psicopatologización de las violencias en la vida de las mujeres, así como la insistencia de diagnósticos psiquiátricos de los existenciaros de las disidencias sexuales.

Politizar los diagnósticos, politizar los cuerpos, reconocer la relación de opresión que implica el dispositivo de la discapacidad, nos arroja a pensar otras reglas de juego. “La separación entre la idea de déficit y discapacidad es básica e implica ya no esencializar el cuerpo, esencializar sus diferencias, sus excentricidades, sus transgresiones, sino recuperarlo como territorio de lo inscripto culturalmente, lo que posibilita profundizar el cuestionamiento en torno al déficit, desnaturalizarlo” (Angelino y Almeida, 2015: 36).

Esto último relanza la pregunta hacia nuestro propio lugar en la producción de sentidos, de conocimientos, de prácticas en salud. Reconocer nuestro lugar de enunciación como un territorio en el que se disputa el poder (en términos de política y de potencialidad para) nos obliga a estar advertidos acerca del qué, para qué/ quién y del cómo de nuestro trabajo cotidiano. Y en investigación, nos re-sitúa en una perspectiva desde la cual los saberes disciplinarios y, todavía más, las miradas interdisciplinarias resultan limitadas. Pues las disciplinas científicas -al menos en nuestras coordenadas de

tiempo-espacio geopolíticamente situadas- responden a un modo de producir y reproducir saberes que necesitan ser permeados, perforados y discutidos por aquellos de quienes hablamos, sobre los que ejercemos -más o menos advertidos de estas acciones, de formas a veces sutiles, otras brutalmente explícitas- nuestro poder de definir quiénes son, qué les afecta, cómo deben acaso vivir o resolver sus problemas.

Pareciera que tanto en el terreno de la discapacidad como en el campo de la salud mental, que vaya si están estrechamente vinculados, cuando la razón, la inteligencia y la capacidad de discernimiento están puestas en tela de juicio (razón, inteligencia y discernimiento comprendidos desde unos parámetros culturales y socio-políticos determinados), el lugar para la voz de los sujetos subalternos pierde valor. Pierde capacidad de acción. Pierde.

Entonces, en este territorio signado por las tensiones entre lógicas que subyacen a nuestras prácticas, tanto aquellas que reproducen lógicas totalizantes y desubjetivantes, como aquellas que pretenden deconstruir y subvertir la esencialidad que recae sobre los sujetos diagnosticados, se nos presenta como desafío el ejercicio de construir y potenciar herramientas para la reflexión, la acción, la transformación de los discursos y prácticas que configuran estos campos desde perspectivas interseccionales y situadas.

Wagner de Sousa Campos (2001) se refiere a “colocar la dolencia entre paréntesis”, proponiendo así una nueva dialéctica entre los sujetos y la enfermedad: no concebir la enfermedad desde la lógica totalizadora según la cual la dolencia recubre al sujeto como una segunda piel, como una nueva identidad, sino entenderla como parte de la vida humana. No negar la dolencia, como si no existiera, sino resistir a enmarcarla como enfermedad total (haciendo analogía con el concepto de “Institución total” acuñado por Erving Goffman). Ahora bien, esta operación no basta si no nos dejamos conmover por qué tienen para decir y desafiar quienes portan aquel status de sujetos/objetos de nuestras intervenciones. Reconocer nuestro aporte al dispositivo que reproduce la lógica manicomializante en la exacerbación de asimetrías y lejanías es un ejercicio cotidiano. En nuestros escenarios de intervención profesional, igualmente, desafiamos el propio dispositivo cuando nos interrogamos por aquello que dábamos por supuesto de la vida del otro; cuando nos despojamos de los lastres de lo que se espera desde tradiciones rancias de nuestras historias disciplinarias; cuando nos dejamos afectar y nos incomoda la manera de conversar con les otros. Conversaciones urgentes de promover si pretendemos que algo distinto acontezca. “Cuando alguien con voz rendida piensa que ‘así son las cosas’, toda redondez se vuelve terco cuadrado, la lluvia fina se hace torrencial,

los senderos se tornan fronteras y la ternura demora demasiado en regresar” (Skliar, 2014).

Para ello, tender puentes y promover diálogos entre diferentes saberes, diversos actores sociales, nos permite una apertura a otros territorios fecundos. De ahí que el equipo de investigación ha comenzado a transitar un nuevo proyecto titulado «Feminismos y estudios críticos en discapacidad, diálogos subalternos e interseccionalidad»,⁷ en el que nos proponemos relevar confluencias, convergencias, divergencias y bifurcaciones entre los estudios feministas y los estudios críticos en discapacidad, de manera tal de encontrar pistas o rodeos analíticos que potencien el trabajo de investigación y de acción teórico-política que demanda nuestro activismo académico. El punto de vista feminista nos posibilita advertir la necesidad de rehuir y destruir, de fisurar aquella matriz patriarcal que constituye y está alimentada, entre otras cosas, por la ideología de la normalidad, que es íntima amiga del patriarcado.

Se abre así otro enorme desafío: ya convencidos del diálogo fértil entre los campos de la discapacidad y la salud mental, advertidos de que la operatoria de la diagnosis constituye un eje sobre el que pivotean muchos interrogantes en las dimensiones epistemológica y ético-política de los procesos de transformación en estos terrenos, nos adentramos en la discusión por la producción de conocimientos y de prácticas desde una

ética/perspectiva feminista. Feminismos locos, sobrevivientes de la psiquiatría, existenciaros disidentes que disputan modos otros de construir teorías que den cuenta de las profundas exclusiones que han padecido, sobre todo, por el sector salud, nos enfrentan a otras preguntas que requieren de un ejercicio por descolonizar y despatriarcalizar nuestros puntos de partida.

(...) y aunque parezca que no alcanza,
hace toda una vida que andamos en esa,
viendo cómo las que saben la posta
hablan y hablan...
pero esa no era la pregunta,
eso era otro nuevo retraso.
La pregunta era
seguir haciendo la pregunta
hasta que alguien escuche (...)
Y en esa andamos, ahora que largamos la
sentencia
repensándolo todo, dándolo vuelta todo,
quizá hasta desentendiéndonos de todo.
Susy Shock, *Hojarascas* (2019)

A lo largo del artículo nos hemos propuesto poner en tensión una problemática disruptiva entre marcos teóricos que parten de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y muchas prácticas que aún reproducen lógicas reduccionistas y estigmatizantes, encontrando en el “diagnóstico” su eje principal.

La visión de la discapacidad hegemonizada por la lectura biologicista del déficit va generando prácticas de reconocimiento que fragmentan y dividen cada vez más minuciosamente; produciendo a la vez un efecto de homogeneización en el proceso de reconocimiento estatal. Pensar la discapacidad como una relación de opresión, como un dispositivo de control y disciplinamiento de los cuerpos, volverla al plano de lo político, de los discursos y las disputas, situando su producción como efecto de la ideología de la normalidad, crea fecundidades y solidaridades entre el campo de la discapacidad, la salud mental y los feminismos. Ideología de la Normalidad; normalidad como condensación entre discapacidad y exclusión; disidencia, discapacidad, locura, cuerpos diferentizados... Marcas producidas en un mismo movimiento, por el mismo dispositivo. La apelación es entonces a la perspectiva interseccional, pensando y partiendo desde una epistemología feminista como punto de vista situado. Así, desde este equipo entendemos que los estudios críticos dentro de los feminismos ofrecen herramientas de pensamiento claves para pensar la necesaria interseccionalidad en el campo de la discapacidad y de la salud mental. Por lo tanto, feminismo, discapacidad y salud mental dialogan de una manera muy próxima, aun cuando en el campo de investigación y activismo de discapacidad y de los feminismos haya todavía una vacancia respec-

to de esta relación política. La apuesta es, entonces, ¿cómo encontrar horizontes de fecundación recíproca?

Agradecimientos

Al Programa La Producción Social de a Discapacidad FTS/UNER, a la universidad pública, a los interlocutores de nuestras experiencias en el campo de la salud pública/salud mental.

Bibliografía

Amarante, P. (2009). *Superar el Manicomio. Salud Mental y Atención Psicosocial*. Buenos Aires: Topía Editorial.

Angelino, M. A. (2009). Ideología e Ideología de la Normalidad. En Rosato, Ana y Angelino, María Alfonsina (coords.). *Discapacidad e Ideología de la Normalidad* (pp. 133-154). Buenos Aires: Noveduc.

Angelino, M. A. y Almeida, M. E. (2015). Políticas Sociales en discapacidad: reconocimiento y producción de discapacidad. En Castillo Viveros, Nemesio y Del Prado, Leonel. *Políticas Sociales y Trabajo Social: reflexiones desde México y Argentina*. México: Instituto de Ciencias Sociales y Administración (UACJ).

Argentina. Ley N° 26.378 “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” (2008).

Boletín oficial, N° 31422.

Argentina. Ley N° 26.657 “Ley Nacional de Salud Mental” (2010). Boletín oficial, N° 32041.

Díaz, R. (2012). Discapacidad y mirada colonial. Reflexiones desde perspectivas feministas y descoloniales. En Angelino, María Alfonsina y Almeida, María Eugenia (comps.) (1era edición) (2012). *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina*. Paraná: Universidad Nacional de Entre Ríos. Facultad de Trabajo Social.

Prensa Página 12 (2020, 28 de noviembre). Rechazan por “discriminatorio y estigmatizante” un proyecto de ley aprobado por el Senado de Santa Fe. Una pulsera para identificar “a personas que padecen autismo”. Página 12. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/308560-rechazan-por-discriminatorio-y-estigmatizante-un-proyecto-de>

Shock, S. (2019). *Hojarascas*. Buenos Aires: MuchasNueces.

Skliar, C. (2014). *Hablar con desconocidos*. Buenos Aires: Candaya.

Wagner De Sousa Campos, G. (2001). *Gestión en Salud. En defensa de la vida.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Notas

¹Algunos de los debates aquí desplegados forman parte de la participación del equipo del Programa La Producción Social de la Discapacidad (FTS-UNER) en el III Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe de Derechos Humanos y Salud Mental, celebrado en la ciudad de Rosario, Argentina, en septiembre de 2019. En uno de sus paneles centrales (“Politizando diagnósticos contra la ideología de la normalidad”) se propusieron intervenciones que pretendían discutir en torno a las articulaciones posibles entre los campos de la salud mental y la discapacidad.

²“La ideología de la normalidad opera sustentada en la lógica binaria de pares contrapuestos, proponiendo una identidad deseable para cada caso y oponiendo su par por defecto, de indeseable, lo que no es ni debe ser. El otro de la oposición binaria no existe nunca fuera del primer término, sino dentro de él, es su imagen velada, su expresión negativa, siendo siempre necesaria la corrección normalizadora, por ello la anormalidad es el otro de la norma, el desvío es el otro de la ley a cumplir, la enfermedad es el otro de la salud” (Angelino, 2009:149). “La ideología de la normalidad no sólo define a los discapacitados por lo que no tienen: su falta, su déficit, su desviación, su ausencia y su carencia; sino que también y simultáneamente confirma la completud de los no discapacitados, que suelen ser igualados a los normales. Esta lógica binaria se asienta sobre el “convencimiento” del valor de la normalidad: está bien ser normal, y si no lo sos, es imperativo hacer los tratamientos de rehabilitación necesarios para acercarse lo más posible a ese estado/condición. Los anormales vienen a conformarse como el ‘exterior constitutivo’ del campo de los sujetos (normales)” (Angelino y Almeida, 2015).

³Como muestra de esta operatoria, en octubre de 2020 se logró media sanción en Cámara de Senadores de la provincia de Santa Fe un proyecto de ley que dispone el uso de una pulsera azul para identificar a personas que padecen autismo. En el artículo primero del mencionado proyecto se explicita “el uso de una pulsera color azul como instrumento de identificación de toda persona con TEA” (Trastorno del Espectro Autista). Además, establece que la pulsera “deberá indicar con letra color blanco destacada la inscripción ‘Soy autista, llamar 911’”. Si bien el repudio a este proyecto se extendió entre diversas instituciones, colegios profesionales y organismos vinculados al tema, no deja de preocupar que este tipo de medidas sigan multiplicándose a contramano de la legislación vigente, con el consiguiente “retroceso en materia de derechos humanos de las personas con autismo y el colectivo de la discapacidad, signado por normativas que promueven la discriminación y estigmatización” (Página 12, 2020).

⁴Ver Rosato, Angelino (2009). *Discapacidad e Ideología de la Normalidad.* Noveduc.

⁵“Yo creo que (los) discursos, en verdad, habitan cuerpos. Ellos se acomodan en cuerpos; los cuerpos, de hecho, cargan discursos como parte de su propia sangre (...) Entonces, no quiero afirmar que haya una construcción discursiva por un lado y un cuerpo vivido por el otro” (Judith Butler en Raúl Díaz, 2012:28).

⁶Perteneciente a la Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos. Actualmente, trabajando en el quinto proyecto que se desarrolla de manera colectiva y el séptimo en un campo de investigación colectivo e individual, desde la perspectiva de los estudios críticos en discapacidad o disabilities studies (DS). Articula de forma estrecha y necesaria con la extensión y la docencia, entendiendo así la investigación como apuesta y aporte desde el activismo académico a la transformación de los sentidos que se construyen en torno a este campo de conocimientos.

⁷Proyecto de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica «Feminismos y estudios críticos en discapacidad: diálogos subalternos e interseccionalidad». Directora: María Alfonsina Angelino. Co-directora: María Eugenia Almeida. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos (2019-2020).



La Sanidad Colectiva y Pública ante el neoliberalismo económico

Prof. Francisco Torres-González

PhD por la Universidad de Granada, Catedrático acreditado de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

ftorres@ugr.es

Resumen

Los presupuestos sanitarios de diversos países se han visto reducidos de manera sucesiva, década tras década, desatendiendo las necesidades financieras de los sistemas Públicos de Salud Colectiva para poder atender a toda la ciudadanía, siguiendo criterios equitativos.

Palabras claves: Programas Sanitarios, Reforma Psiquiátrica, Neoliberalismo.

Abstract

The health budgets of various countries have been successively reduced, decade after decade; and, as a consequence, neglecting the financial needs of the Public Collective Health systems in order to serve all citizens, following equitable criteria.

Key Words: Health Programs, Psychiatric Reform, Neoliberalism.

La **Sanidad Pública Universal** es un **modelo de atención** que presta cobertura a todos los ciudadanos, sin dependencia del género, del color de su piel, su edad o, lo más relevante, de su situación económica. No obstante, el término “Salud Pública” es la expresión antinómica de “Salud Privada”; es decir, el adjetivo “pública” puede significar atención sanitaria financiada con cargo a los presupuestos del Estado, pero también puede referirse a la población general. El doble significado del adjetivo genera confusión con frecuencia. En Brasil y en otros países latinoamericanos se usa la expresión “Salud Colectiva” para referirse a los programas de prevención y atención sanitarias de toda la población y con financiación estatal. En este artículo utilizaremos el término “Salud Colectiva” para referirnos al alcance de las tareas sanitarias, y el de “Salud Pública” cuando esas tareas sean financiadas por el Estado.

Tras la II Guerra Mundial nació en Escandinavia y todo el Norte europeo la Socialdemocracia, para recuperar a su población de las heridas de guerra y para frenar la expansión comunista. Entonces germinó la semilla de la Sanidad Colectiva y pública sobre la que había sido sembrada con la legislación social decimonónica de la Alemania de Bismarck.

Superada ya la Guerra Mundial del 14, el Gobierno británico estaba de nuevo frente a Alemania, esta vez la del führer Hitler, y temeroso de los estragos posteriores a

una inevitable guerra, el Gobierno británico pidió en 1940 un informe a William Henry Beveridge, sobre la política económica a seguir acerca de la seguridad social y de las prestaciones que de ella se derivarían. Beveridge entregó dos años después el que se conoce como “Primer Informe Beveridge”: “Social Insurance and Allied Services”.

Beveridge era político y economista británico a pesar de haber nacido en Bangladés. Tuvo una estrecha relación con John Maynard Keynes, otro economista británico, quien desde la Recesión Mundial de 1929 tuvo mucha influencia como maestro del movimiento keynesianismo.

De la mano de la socialdemocracia y en ese contexto, los gobiernos laboristas británicos, siguiendo el Informe Beveridge, fueron los primeros (5 de julio de 1948) en crear el *National Health Service* (NHS), teniendo como base los criterios de que cada ciudadano tiene derecho a ser atendido por la Sanidad, y que la financiación del modelo debería ser cubierto por los presupuestos generales del Estado.

Casi a renglón seguido, en 1953, hubo una notable repercusión siguiendo los mismos principios. Chile había creado su Servicio Nacional de Salud impulsado por Salvador Allende, siendo este Ministro de Sanidad, y el Gobierno de la Unidad Popular, pero Chile no pudo gozar de la misma estabilidad política ni del mismo po-

der económico que el Reino Unido, por lo que el Servicio chileno pronto cayó (Allende, 1939).

No obstante, tampoco el prestigioso NHS, británico sobrevivió por mucho tiempo. Había dado al Mundo una brillante guía, y un buen número de países, entre ellos España, enviaban jóvenes profesionales a las Escuelas de Economía (*London School of Economics and Political Science*) y de Higiene y Medicina Tropical de Londres (*London School of Hygiene & Tropical Medicine*), con la esperanza de aprender lo que pudiesen retornar a sus países. Todo se truncó con el desembarco de la Sra. Thatcher, y con ella, de los conservadores y unionistas. Margaret Thatcher encontró el país con una economía en bancarota; tanto, que había solicitado ayuda al FMI. Gobernó entre 1979 y 1990 y tuvo que afrontar un difícil desafío. Entonces recurrió al pensamiento liberal de F.A. Hayek, quien había ganado el Nobel de Economía de 1974. Hayek, era exponente de la Escuela Austriaca en defensa del liberalismo económico y de la teoría del libre mercado.

En Ronald Reagan encontró el apoyo al otro lado del Atlántico, y ambos lideraron el liberalismo económico en la década de los 80; década en la que Thatcher mostró su poder y su determinación en la Guerra de las Malvinas y en el desmantelamiento de algunas “joyas de la corona”, como lo eran el Sistema Nacional de Salud y la red británica de ferrocarriles. Hospitales y ferroca-

rriles pasaron al sector privado sin otros objetivos que recuperar los beneficios económicos empresariales.

Tras casi cuatro décadas, en enero de 2019, Perez Oliva publicó en el País que el NHS británico sufría de insuficiencia financiera y humana. En junio tenía 107.743 plazas sin cubrir, de las cuales 41.000 eran de enfermería y 11.500 de médicos (Perez Oliva, 2019). De esa manera, recortando los recursos humanos se reducían los presupuestos sanitarios pero se beneficiaban las empresas de sanidad privada. La falta de recursos, dice El País, incide en el funcionamiento hasta el punto de que un 14% de las operaciones programadas se cancelan en el último minuto. Ninguna de las dos joyas mencionadas ha sido recuperada desde entonces. Soy testigo de ello. También con orientaciones socialdemócratas, pero a diferencia con el Reino Unido, las dos grandes potencias de la UE, Alemania y Francia, optaron por un sistema híbrido entre los sectores públicos y privados (Parcet, 2011; OMS, 2021). De modo resumido, los ciudadanos podían optar entre ser atendidos por los sistemas públicos o por los privados. Si optaban por el sector privado después podían solicitar del público el reembolso parcial de sus gastos.

La situación de España era muy diferente respecto al RU y a otros países vecinos que habían sufrido la 2ª Guerra Mundial. Tenemos que relatar cuándo y por dónde había pasado España. El General Franco murió en 1975

y con su muerte terminó la Dictadura militar que España había sufrido durante 40 años, incluyendo la Guerra Civil que le había llevado al Poder. En plena Dictadura acontecieron hechos que deben ser reseñados como hitos relevantes de la historia de la Sanidad en España. Por ejemplo, Franco y sus falangistas (fascistas españoles) crearon el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) mediante una Ley promulgada en 1942, divulgada como protectora de la salud de las clases obreras. Una década después, en 1957, Franco instauró la Secretaría General Técnica de la Presidencia del Gobierno dirigida por el conservador Ministro Laureano López Rodó, y con ello comenzó la llamada época tecnócrata de la Dictadura, que intentó el equilibrio de la balanza económica y la modernización del país.

En el campo de la salud establecieron la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), que englobaba recursos hospitalarios de distintas índoles, edades y algunas otras redes de recursos, también dependientes del Estado, como era el caso del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, del que dependían unos pocos manicomios y varias consultas en algunas ciudades llamadas de “Higiene y Salud Mental”.

Al disponer del SOE como un instrumento para proteger a los trabajadores cuyas rentas de trabajo no excediesen los límites fijados, decidieron dar un paso más. Tanto, que una década después, el bando falangista,

presente en el seno del gobierno de Franco, en discordia con los tecnócratas, argumentando ante el General que ya que todos los trabajadores estaban obligados a registrarse en el SOE, pudieran también disponer de una red de hospitales pensados para ellos y sólo quirúrgicos, con el argumento de que el traumatismo era con frecuencia el problema de salud más común en la clase obrera.

Tomando un hecho real mostraré con claridad la función de esos hospitales. En vez de hospitales les llamaban “ciudades sanitarias”. La Ciudad Sanitaria de Granada, con nombre “Virgen de las Nieves” fue inaugurada en 1953. Finalizando la década siguiente estuve un tiempo trabajando en sus consultas externas como especialista en Neuropsiquiatría. Una vez tuve que atender a un hijo de obrero registrado en el SOE, de 8 años de edad. Sufría una meningitis y había que hospitalizarlo. Telefoneé al neurocirujano de guardia y le advertí de que le derivaba para ingreso a un niño diagnosticado de un tumor cerebral, pero que lo hacía para burlar los filtros administrativos, porque en realidad su diagnóstico era de meningitis. El colega aceptó el canje y el niño recuperó su salud.

Lo descrito hasta aquí sobre la Sanidad española es como estaba en 1979 al instaurarse la actual Constitución. Los gobiernos demócratas encontraron un país con la herencia de una guerra civil y 40 años de dic-

tadura, sumido en la pobreza y con la administración estatal en puro derrumbe.

En 1982, ya con la nueva Constitución, el partido socialista ganó sus dos primeras elecciones: las regionales en Andalucía en primavera y las estatales en el otoño del mismo año, ante las que había ofrecido en su programa la creación de un sistema de Salud Colectiva con financiación pública. Andalucía es la región más poblada (unos 8 millones de habitantes) entre las 17 regiones en que se divide la nación. Dividida a su vez en ocho provincias y éstas en cerca de 800 municipios.

Como un buen ejemplo entraremos con más detalles sobre lo ocurrido en Andalucía en aquel tiempo, pero que podía extrapolarse al resto de la Nación. Quien suscribe este artículo puede aportar su conocimiento y testimonio tras haber desempeñado varios cargos en el Departamento de Salud del primer gobierno democrático en la región.

En consonancia con lo ya descrito, al constituirse el gobierno andaluz la Consejería de Salud o Departamento de Salud encontró un sin número de recursos sanitarios de Beneficencia, públicos por tanto, algunos de dudosa calidad y dependientes de otras administraciones, empezando por la AISNA y el Instituto Nacional de la Salud del Estado, de las provincias, de los municipios y de las universidades (hospitales clínicos). Integrar todo ello en una única red de servicios sani-

tarios fue un gigantesco desafío que pudo superarse gracias a un relevante apoyo institucional y presupuestario, impulsado por el primer presidente del gobierno andaluz, Rafael Escuredo, y una buena planificación que marcaba las prioridades según las necesidades. Una indiscutible prioridad era la reforma psiquiátrica. Es por ello que el Parlamento andaluz aprobase la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) mediante la Ley 9/1984, del 3 de julio de 1984. El instituto fue el instrumento institucional de la Consejería de Salud a la que estaba adscrito y la que había de dirigir la reforma andaluza. En paralelo se fue constituyendo el que sería el Servicio Andaluz de Salud (SAS), para el que hubo que negociar las transferencias de los recursos mencionados con las respectivas administraciones.

Una vez integrados en la red de dispositivos del SAS bajo la dirección del IASAM, todos los hospitales psiquiátricos que habían sido de las provincias estaban en proceso de cierre. El último en cerrar fue el de Granada, en 2001. También se fueron cerrando los hospitales de la Cruz Roja y la mayoría de los hospitales municipales. De igual modo, los centros recibidos en transferencia del Estado fueron reformados y bastantes de ellos cerrados. En esa corriente, en 1991 fue cerrado como instituto y sustituido por un equipo especializado cercano a la cúspide del SAS. Conviene decir que la práctica totalidad de los recursos humanos de los centros cerra-

dos fueron recuperados para los centros nuevos que se abrieron.

Volveremos a Andalucía. Primero veamos qué ocurrió en el resto de España. Puede que Asturias se anticipase a todas las demás regiones, creando en 1982 una Dirección Regional de Salud Mental; institución que fue revalidada un año después por el primer Gobierno estatutario. Esa Dirección Regional fue ocupada durante cinco años por el psiquiatra José García González, quien después ocupó cargos de Consejero de Salud y Consejero de Servicios Sociales en distintas etapas hasta 2003. Asturias fue una de las regiones pioneras, junto con Andalucía y Castilla La Mancha, en la denominada “reforma psiquiátrica” de España.

Todas las provincias del Estado español, siguiendo una antigua legislación republicana, habían estado obligadas a mantener un hospital psiquiátrico o manicomio. Las regiones de una sola provincia, caso de Asturias o Navarra, tenían un solo psiquiátrico, mientras que Andalucía tenía ocho, y hasta nueve tenía Castilla-León. Las regiones con gobiernos progresistas cerraron sus psiquiátricos, como hicieron Andalucía, Asturias y Navarra, pero la mayoría de las restantes no los cerraron y no reemplazaron los manicomios por programas comunitarios; a menudo se limitaron a cambiarles los nombres, tanto que el Instituto Nacional de Estadística no los contabilizaba como hospi-

tales psiquiátricos, como fue el caso de Castilla León. En un clima de condena generalizada del modelo asilar o manicomial surgía la pregunta sobre la realidad del problema. ¿Cómo estaban asistidas las personas internadas en los numerosos hospitales psiquiátricos de España? ¿Cuál era la verdad de un problema sobre el que no había mucha información?

Volvemos a Andalucía para dar respuesta a la pregunta. El IASAM constituyó una comisión de investigación formada por un heterogéneo grupo de juristas y de profesionales de la salud, presidida por un Magistrado juez. Hay que recordar que el escándalo provocado por los malos tratos que solían recibir las personas institucionalizadas promovió que la defensa de los DDHH fuese convertida en uno de los principales motores de las reformas a nivel estatal e internacional. Consciente de ello, la Comisión produjo una interesante publicación en la cual el respeto (o no) de los DDHH de las personas internas fue el hilo conductor de todo su trabajo (Sabando Suarez, Torres-González, Lamata Cotanda, 2020).¹

Andalucía contaba con 11 centros hospitalarios para personas con enfermedad mental. De ellos, 8 eran públicos, gestionados por cada una de las diputaciones provinciales andaluzas. En su conjunto albergaban 3.208 personas, y se le sumaban 3 centros privados con 570 personas. Un total de 3.778 personas hospitalizadas.

El perfil de estas personas hospitalizadas era el siguiente: el 50% tenían edades comprendidas entre 31 y 60 años. De todos ellos, el 60% eran hombres, y de los hombres, el 80% estaban solteros. La estancia hospitalaria oscilaba entre un 5% con una estancia inferior a 3 meses, mientras que el 48% contaba con estancias superiores a 10 años. Respecto al nivel educativo, el 49% eran analfabetos y el 38% sólo había alcanzado estudios primarios. Pero, en opinión de los informantes, el 46% hubiera podido mejorar su formación. Cabe comentar que estos perfiles epidemiológicos no eran disímiles a los referidos a cualquier otro manicomio coetáneo en el mundo sobre personas hospitalizadas en centros psiquiátricos.

El 4.5% de los internos estaban por orden judicial en aplicación del Código Penal. Muy pocos internos estaban incapacitados por una resolución judicial al amparo del Código Civil, pero a los ojos de la Comisión deberían estarlo el 37%, y no lo estaban a pesar de las indicaciones de los profesionales. Sin embargo era mayor el porcentaje de incapacitados en los centros privados, porque las familias con mayor nivel económico evitaban obtener la firma del paciente afectado para compraventas del patrimonio familiar o por una herencia. Para finalizar el perfil, se puede agregar que sólo un tercio de los internos estaban autorizados para administrar su dinero u otros recursos.

El comienzo de las reformas sanitaria y psiquiátrica en Andalucía había sido fulgurante, gracias al impulso aportado por Rafael Escuredo; primer presidente, tanto en la financiación como en el apoyo institucional. Pero el partido socialista lo sustituyó tras sólo dos años de mandato.

Desde 1984 a 1990 se sucedieron otros dos presidentes socialistas en el Gobierno andaluz, sin el mismo empuje, pero el apoyo financiero de Escuredo se mantuvo un par de años más, lo que permitió continuar el desarrollo de una red modélica de Atención Primaria de Salud con centenares de centros de salud, la mayoría de nueva construcción, y se dispuso de una red de modernizados hospitales generales o de nueva apertura, para dotarlos de unidades de no más de 30 camas para ingresos de personas con enfermedad mental. Eso permitió el cierre de los ocho manicomios, pero para lo que ya no hubo soporte presupuestario fue para el desarrollo de servicios comunitarios de Salud Mental que asegurasen el sostenimiento en la comunidad de las personas dadas de alta hospitalaria, externalizadas con sus familias o en espacios alternativos.

Comenzando la década de 1990, Manuel Chávez, dirigente del Partido socialista, gobernó en Andalucía durante varias legislaturas, en las cuales los programas sanitarios comenzaron a perder recursos y limitar los mismos programas. La sanidad empezó a caer. Fueron

cada vez más escasos los recursos humanos especializados para el seguimiento y la ayuda a la recuperación de esas personas. Para cumplimentar la reforma psiquiátrica ya no se pudieron generar recursos comunitarios tal como eran necesarios. ¿Por qué?

Resumiendo, los programas sanitarios comenzaron a perder recursos durante varias legislaturas, y con ellas, la sanidad continuó cayendo. El partido socialista continuaba gobernando la región y conforme se acercaba el cambio de siglo los presupuestos sanitarios se fueron derribando más.² ¿Qué estaba ocurriendo? La crisis mundial del embargo del petróleo de la década de 1970 estaba obligando a muchos países a reducir sus gastos para equilibrar sus economías. Fue con esa crisis cuando Thatcher entró en el Reino Unido con el lanzallamas de la economía neoliberal.

Felipe González hizo una excelente red de autovías para vertebrar la península, pero mandó los ferrocarriles convencionales al desagüce. ¿Por qué permitió una nueva ley de sanidad sin asegurar la financiación necesaria? Un ilustre profesor alemán H. Häfner y su equipo habían demostrado que el tratamiento comunitario de personas con enfermedad mental es más eficiente que el tratamiento en camas hospitalarias. ¿Por qué se siguió favoreciendo la hospitalización de las personas con enfermedad mental, en vez de invertir más en recursos de atención comunitaria? ¿Era un error por ig-

norancia? ¿Qué estaba sucediendo entre el capitalismo y la socialdemocracia?

La reflexión nos lleva al EEUU de 1989-90, donde tenía lugar el “Consenso de Washington” en el que se promovió pasar de la socialdemocracia al liberalismo económico (Rangel, Garmendi, 2001). El Consenso de Washington fue denominado así por el economista John Williamson en 1989. Su objetivo era describir un conjunto de diez fórmulas relativamente específicas, las cuales consideró que constituían el paquete de reformas “estándar” para los países en desarrollo azotados por la crisis, según las instituciones bajo la órbita de Washington D. C., como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial o el mismo Departamento del Tesoro de los Estados Unidos. Sus fórmulas: disciplina fiscal: no más déficit fiscal. Presupuestos balanceados. La inflación como parámetro central de la economía. Prioridades en el gasto público. Reforma Tributaria. Tasas de interés. Tipo de cambio. Política comercial. Inversión Extranjera Directa (IED). Conviene agregar que los principales países que participaron en la conferencia del Consenso procedían de América Latina.

¿Cómo repercutió este contexto internacional en la elaboración en España de la Ley General de Sanidad (LGS), que venía siendo reclamada por la ciudadanía y prometida en el programa electoral socialista de 1982? Para seguir entendiendo lo que ocurría hubo que es-

perar al debate interno del partido socialista y sus gobiernos sobre cómo financiar un Sistema de Sanidad Colectiva y Pública. La duda se acabó cuando había que tomar decisiones al redactar la esperada Ley General de Sanidad. Esta se promulgó en 1986, cercana todavía la recién reinstaurada Democracia. Un proyecto de Ley inspirado también en el modelo Beveridge con lo que se dibujó un prometedor Sistema Público de Sanidad, una Sanidad Colectiva con una financiación pública a través de los presupuestos del Estado, pero la financiación tenía zonas oscuras.

En 1991, gobernando el partido socialista con mayoría absoluta en el Congreso, comenzó la reforma neoliberal basándose en un informe redactado por una comisión del Congreso de los Diputados. Presidida por Fernando Abril Martorell, nacido en el 36, era diputado de la Unión de Centro Democrático (UCD) por Valencia en el Congreso de los Diputados, y fue a quien se le encomendó que presidiera una comisión del Congreso para que evaluara "un cierto agotamiento del sistema sanitario" (Martorell, 1991). Uno de los impulsores del informe fue Julián García Vargas, quien unas semanas atrás había sido nombrado Ministro de Sanidad por el Presidente Felipe González. El Informe fue presentado en el Congreso en septiembre de 1991, y muchas de las recomendaciones fueron aceptadas y aplicadas durante la década siguiente, la primera del nuevo siglo. El infor-

me tuvo un claro rechazo social, pero se ha mantenido semioculto y rara vez se habla de sus recomendaciones, las que, no obstante, han sido seguidas por los gobiernos nacionales, socialistas y conservadoras y por los gobiernos regionales.

Felipe González, Secretario General del Partido Socialista y Presidente del Gobierno de España, encargó la redacción de la Ley a Ernest Lluch, socialista y economista catalán, que fue Ministro de Sanidad entre 1982 y 1986.³ Pedro Sabando, Subsecretario de Sanidad y Consumo, en su calidad de salubrista incombustible y luchador por la Sanidad Colectiva, acompañó a Lluch y ambos trabajaron y defendieron su postura hasta el último minuto. "El anteproyecto de la L.G.S. tuvo un viaje de ida y vuelta en su presentación al Consejo de Ministros para culminar el largo camino recorrido", dijo Pedro Sabando (2000). Otros ministros del Gobierno de Felipe González, como Miguel Boyer, segundo Ministro de Economía, o Joaquín Almunia, Ministro de Trabajo, se enfrentaron una y otra vez a las propuestas de Ernest Lluch. La ley promulgada en 1986 fue aceptada como la estructura de una esperanzadora máquina, pero sin previsión de combustible. Esa nueva corriente que se oponía a los presupuestos sanitarios había surgido en el Congreso de Diputados de España, siguiendo las directrices del referido informe Abril Martorell. Nos ocuparemos ahora con más detalle en la informa-

ción del trayecto recorrido por la LGS española desde su construcción hasta esta década de la Covid-19. A pesar de las señaladas dificultades financieras, el Sistema Nacional de Salud alcanzó niveles de excelencia hasta convertirse, incluso, en un sistema que atraía “turismo quirúrgico” de otros países, sobre todo europeos. Cuando estalló la gran recesión internacional de 2008, gobernando en España el conservador Partido Popular, se hicieron recortes en los derechos laborales, en los recursos humanos y en todo tipo de servicios sociales. Se desarrolló en muy corto tiempo una relevante reducción presupuestaria en la mayoría de los servicios públicos, sobre todo en Educación y en Sanidad. Miles de profesionales sanitarios pasaron a una gigantesca bolsa del desempleo. Los servicios sanitarios trataban de rescatar personal de esa bolsa ofreciendo contratos semanales de lunes a viernes, llegando en muy numerosos casos a contratos por 24 horas y con remuneraciones miserables; situación que condujo a miles de profesionales a emigrar a otros países europeos y a EEUU. Es cierto que antes de la recesión ya había surgido la corriente migratoria, sobre todo a Portugal, en busca de mejores retribuciones. También se abandonó la renovación del equipamiento e instrumental sanitario. Al sobrevenir la inesperada Covid-19 el sector sanitario afrontó el desafío poniendo de manifiesto la gran carencia de recursos humanos y la obsolescencia de las

tecnologías sanitarias; tanto que llevó al escándalo a países vecinos. Se promovió un esfuerzo para repatriar sanitarios emigrados en el extranjero, pero los sanitarios españoles rechazaron la repatriación por la inseguridad laboral y los bajos emolumentos.⁴

Ahora gobierna una coalición de izquierdas liderada por el Partido Socialista que, más allá de sus intervenciones con propuestas oportunas, muestran aún la incertidumbre de cómo recobrar el SNS que tenía este país al suroeste de Europa.

Bibliografía

Allende, S. (1939). *La realidad médico-social de Chile*, Ministerio de Salubridad. Santiago, Premio Van Buren, 1940.

Conde Rodelgo, V. (2001). Los últimos 20 años de los Centros Sanitarios en España. *Revista Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura*, Dialnet Nro 670, 247-275.

Häfner H. an der Heiden W. (1991). Evaluating effectiveness and costs of community care for schizophrenic patients. *Schizophr. Bull* 17(3): 441-51.

Lorente, P. (2019). Sanidad Pública, Estado neoliberal, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Recuperado de <https://nueva->

revolucion.es/sanidad-publica-estado-neoliberal/

Martorell, A. (1991). Informe Abril, Blog El Cojonero, publicado el 26 de diciembre de 2017. Recuperado de <https://elcojonero.blog.com/2017/12/26/el-informe-abril-la-trama-del-fin-de-la-sanidad-publica-tal-y-como-la-conociamos-perpetrado-por-la-mafia-empresarial-y-los-gobiernos-corrup-tos-desde-hace-20-años/>

O.M.S.: Sistema Sanitario en Francia Recuperado de <https://sirelo.es/mudanzas-a-francia/sistema-sanitario-en-francia>, s/d.

Parcet, M. (2011). El sistema sanitario alemán, Dialnet, 12(34): 285-294.

Pérez Oliva, M. (2019). NHS: la destrucción de un mito. La insuficiencia financiera y la falta de profesionales deterioran el Servicio Nacional de Salud Británico, El País, 14. 01.2019. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2019/01/11/opinion/1547238387_080856.html

Rangel, R; Garmendia, E. (2012) El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina. *Rev. Política y Cultura*, 37: 35-64.

Sabando, P. (2020). Así se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS). Edit. Díaz de Santos.

Recuperado de <https://www.editdiazdesantos.com/libros/9788490522899/Sabando-Suarez-Asi-se-creo-el-sistema-nacional-de-salud.html>

Sabando Suarez, P., Torres-González, F. y Lamata Cotanda, F. (Coord.) (2020). El Sistema Nacional de Salud: Pasado, presente y desafíos de futuro, Ediciones Diaz de los Santos.

Notas

¹ En el documento de referencia se destaca la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) mediante la Ley 9/1984 del 3 de julio de 1984, p. 351.

² Para mayor información sobre lo ocurrido en las décadas 1980 y 1990 hay que recomendar el extenso artículo (30pp) de Víctor Conde (Conde Rodelgo, 2001).

³ Ernest Lluch fue asesinado en la calle por la ETA en el 2000.

⁴ Información más detallada de la evolución reciente del S.N.S. puede verse en el artículo de Pedro Lorente, de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública de 2019 (Lorente, 2019).

Producción social de cuidados con personas en situación de calle en el escenario de la pandemia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Jorgelina Di Iorio

Licenciada en Psicología. Doctora en Psicología (UBA). Doctora en Psicología (Universidad de Buenos Aires). Investigadora de la Carrera de Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Profesora Adjunta Interina de Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Integrante de Intercambios Asociación Civil.

diiorio.jorgelina@gmail.com

orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3714-7340>

Resumen

Vivir en situación de calle constituye un problema de salud pública global que se institucionaliza en los distintos contextos locales. Declarada la pandemia, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se redujo la cobertura de atención a personas en situación de calle, quedando reducida a algunas organizaciones sociales y comunitarias. Se presentan los resultados preliminares de una investigación participativa con un diseño de investigación en red. Se trabajó con referentes de organizaciones comunitarias y con personas en situación de calle, combinando acciones sincrónicas y asincrónicas, tanto por medios digitales como con estrategias presenciales. El escenario de la pandemia del COVID-19 genera desafíos para las intervenciones con las personas en situación de calle al revalorizar las narrativas sobre el riesgo. Se problematiza la relación autocuidados-cuidados y colectivos-heterocuidados en las respuestas generadas por la sociedad civil para garantizar la continuidad de los cuidados en la emergencia socio-sanitaria.

Palabras claves: pandemia, situación de calle, cuidados, organizaciones comunitarias.

Abstract

Homelessness is a global public health issue, which is institutionalized in different ways in different local contexts. Once the pandemic has been declared, in Buenos Aires City the coverage of care for homeless people was reduced. Social and community organizations have been guaranteed food and health care. This article shows preliminary results of participatory research based on networking. The COVID-19 pandemic scenario challenges for interventions with homeless people by revaluing risk narratives. This paper problematizes the relationship between selfcare-collective care-interventions civil society response to ensure the continuity of care in the context of the social and health emergency.

Key words: pandemic, homelessness, health care, community organizations.

*¿A quién le importaría la muerte de un indigente?
 (...)Recorremos las calles en busca de alimentos, de abrigo en invierno
 y de refugio para el sol en verano.
 Dormimos poco y entrecortado,
 pues la hora del sueño parece significar grandes peligros (...)
 Vagamos "sin rumbo" aparentemente,
 lento por el peso de las cosas que debemos cargar siempre,*

*lentos por el peso de la realidad en que vivimos.
 Lentos sin apuro pues nadie nos espera ni tampoco hay lugar al
 cual llegar.*

LF (2009), persona en situación de calle, Ciudad de Buenos Aires

Vivir en situación de calle: un problema de salud pública

“Estar en situación de calle” se configura como un campo de problemas complejo de salud pública global, que se expresa en la heterogeneidad de lo local. Constituye una de las formas en las que se institucionalizan los procesos de vulnerabilización y expulsión en los contextos urbanos. Caracterizada por diferencias económicas, desigualdades jurídicas y desafilaciones sociales es producto de un conjunto de atravesamientos tales como la inestabilidad habitacional, la informalidad laboral, la tendencia a la permanencia o cronicidad de la situación de calle, redes sociales de apoyo menos fortalecidas, existencia de padecimientos físicos y psíquicos preexistentes así como la exposición a múltiples formas de violencia (Di Iorio et al., 2016; Di Iorio & Farias, 2020).

Estar en situación de calle no es un estado sino una relación social donde lo efímero se convierte en constante, emergiendo formas de padecimiento social y de resistencia, relacionadas con expresiones de inequidad e

injusticia social. La problemática no se reduce a quienes literalmente utilizan el espacio público como lugar para vivir, sino que incluye todo otro conjunto de personas que utilizan la red de alojamientos nocturnos transitorios -hogares y refugios- y a quienes se encuentran en riesgo de situación de calle.¹

Las personas en situación de calle (PSC) constituyen una población oculta o de difícil acceso (Lambert & Wibel, 1990) en función de las vivencias de discriminación, violencia y estigmatización, incluso porque su vida cotidiana se organiza en usos considerados “inadecuados” o “no legítimos” del espacio público, no acceden al sistema de salud desplegándose un conjunto de barreras geográficas, económicas y culturales. Sin embargo, existen perspectivas (Rodríguez, 2015) que complejizan esta idea y ponen en evidencia que las personas en situación de calle son hipervisibilizadas por el sistema de control social, tornándolas destinatarias de gran parte violencias que el mismo produce. Lo que parecería estar oculto son las condiciones de vida de las personas en situación de calle y las violencias que sobre ellas recaen que son naturalizadas en el cotidiano de las ciudades. El término “poblaciones ocultadas” (Abal y Gugelmin, 2019) permite exponer la tensión entre invisibilización/hipervisibilización, pero también resaltar el carácter político de las prácticas represivas o de expulsión higienista, cuyo objetivo parecería ampliar el

consenso social en relación a los valores hegemónicos, evitando el cuestionamiento sobre las reglas del juego que producen desigualdad social. Se producen “sujetos sin derechos” o ciudadanías asistidas. Es decir, sujetos para quienes sus derechos se convierten en meros reconocimientos formales, nudas vidas (Agamben, 2004) o vidas precarias (Butler, 2009) despojadas de derechos, que deben ser expulsadas, como las personas en situación de calle. Se trata de un fenómeno crónico del contexto urbano que genera desigualdades durables abordadas en términos de un continuum exclusión-inclusión o de inclusión perversa desde la marginalidad (Sawaia, 2011).

De acuerdo con Martín-Baro (1989), reconocer la existencia de determinados modos de sentir y de estar en el mundo social, en tanto funcionamientos sociales esperables en determinadas condiciones de existencia, constituye un modo relacional de comprender las desigualdades en contextos urbanos. Al igual que los paisajes urbanos, las vivencias y experiencias -*paisajes psico-sociales*- también pueden cartografiarse en términos de movimientos y transformaciones en los que se integra el espacio físico (los modos en que habitan los escenarios urbanos), los espacios subjetivos (refiriéndose a los procesos de subjetivación y construcciones identitarias) y los espacios intersubjetivos (en términos de las dinámicas de reconocimiento y diferenciación social)

(Di Iorio et al., 2021, en prensa). Estar en situación de calle no es sólo un tema de acceso al trabajo y a la vivienda, sino que debe comprenderse en intersección con el campo de la salud mental, desde una perspectiva que evite la patologización de ciertos efectos subjetivos y que configuran la "normal anormalidad" en la que se despliega su vida cotidiana. Sin embargo, predominan los enfoques que psicologizan procesos socioculturales complejos o subregistran padecimientos de salud mental.² Se invisibilizan sus condiciones de vida, se los/as culpabiliza y se oculta el carácter socio-histórico (y estructural) de las múltiples vulneraciones de derechos a las que se encuentran expuestos. Al mismo tiempo, se desconocen las estrategias de autoatención que llevan adelante y otras prácticas que dan cuenta de su capacidad de agencia.

La falta de vivienda, las vivencias de incertidumbre en lo que respecta a la subsistencia, la inestabilidad laboral, el estado de alerta permanente, las violencias (incluida la violencia institucional), la estigmatización así como las vivencias de desamparo por parte de los servicios ocupados de su asistencia, constituyen determinantes sociales de la salud mental. Tal como establece la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la salud mental se define "un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento impli-

ca una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona".

Este artículo se enmarca en una línea de investigación que pretende comprender la heterogeneidad de situaciones y las propiedades distintivas en las que se produce la marginalidad urbana en el contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sin desconocer las secuelas y el impacto que las vulneraciones sistemáticas de derechos producidas por décadas de políticas sociales regresivo-represivo-punitivas tienen en los procesos de subjetivación en contextos de vulnerabilidad urbana, resulta necesario comprender cómo las vivencias de las personas en situación de calle se traducen en padecimientos de salud mental, a la vez que promueven reconfiguraciones en la trama social vincular. Esto implica estudiar los discursos, las prácticas y los sistemas de relaciones sociales que las producen, abandonando lecturas dicotómicas, adoptando enfoques metodológicos que respondan a una dimensión ético-política en la que los encuentros e intercambios que supone el investigar-intervenir partan de una ética del cuidado que exige extrema sensibilidad frente a las vulnerabilizaciones que marcan las trayectorias de quienes están en situación de calle, a la vez que especial atención a aquellas expresiones subjetivas de resistencia que cuestionan el orden socialmente establecido (Marcon et al., 2021).

Habitar la calle en pandemia

En marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declara la pandemia del SARS-CoV-2 o COVID-19 (Organización Mundial de la Salud, 2021). Rápidamente, y en función de la emergencia socio-sanitaria, en todo el mundo se organiza un tipo de respuesta con foco en limitar los contagios y la transmisión comunitaria del virus a partir de medidas restrictivas en la movilidad pública y la promoción de la distancia física bajo el argumento narrativo de “quedarse en casa”. Frente a la falta de vivienda donde “hacer la cuarentena”, en la calle se refuerza el sentido de supervivencia en un continuo proceso de posesión/desposesión material, simbólico y afectivo: la calle implica abrigo -el lugar donde se está alojado- así como modo de vida, en tanto que compleja red de relaciones. La pandemia del Covid-19 no innova sobre las lógicas de vigilancia que operan sobre los cuerpos de quienes viven en las calles, pero sí genera un proceso de agudización de vulneraciones sistemáticas (Marcon et al., 2021).

El empeoramiento en los índices socioeconómicos producto del endeudamiento y el vaciamiento del Estado durante el gobierno macrista, dio lugar a un incremento de la población en situación de calle. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las organizaciones sociales y comunitarias registra un aumento permanente de PSC. Organizadas en una red bajo el nombre de Censo

Popular de Personas en Situación de calle, de manera participativa contaron 4394 PSC en el 2017 y 7251 en el 2019 (CPPSC 2017 Informe Preliminar, CPPS 2019 Informe Ejecutivo). De las personas encuestadas de manera voluntaria (n=3085) en el último conteo, el 52% refirió haber quedado en situación de calle durante el 2018, siendo los principales motivos los socio-económicos (pérdida de trabajo, incapacidad de pago, ampliación familiar). Asimismo, un 39% (n=1188) refiere haber tenido algún problema de salud física y no haber acudido al sistema de salud. La población en situación de calle se configura como un grupo altamente vulnerable a contraer el virus, desarrollar síntomas y enfermar y/o morir, por tratarse de una población: en proceso de envejecimiento, no sólo porque muchos son mayores de 60 años, sino que “envejece rápidamente” producto de sus condiciones sociales y materiales de vida, presentan condiciones físicas y psicológicas similares a las poblaciones mayores (Brown et al., 2016), inmunodeprimida o con condiciones de salud física preexistentes, que comparada con la población general tienen mayor prevalencia de tuberculosis, hipertensión, asma, diabetes, HIV, Hepatitis C y otras ITS, usos problemáticos de drogas, depresión, estrés postraumático (Giano et al., 2019, Doran et al., 2019, Friedman et al., 2003; Salomón, Pando, Durán & Rossi, 2014); con otros déficits vinculados con los determinantes sociales de la salud,

tales como inestabilidad habitacional, no acceso a condiciones de higiene, déficits nutricionales, inestabilidad laboral, menores redes de apoyo social.

La pandemia, en tanto que acontecimiento global socio-sistémico, visibiliza y profundiza las desigualdades e inequidades. Es decir, constituye un “Gran Acontecimiento” o “*Big Events*” (Friedman, Rossi y Braine, 2009; Xu, 2021). Tal como sostienen Friedman, Rossi y Braine (2009), los “Grandes Acontecimientos” tienen el potencial de causar profundos cambios, incluyendo desde daños en infraestructura física hasta conflictos sociales, con diversos niveles de impacto: mientras que un huracán puede crear inestabilidad en una ciudad, los efectos de la recesión económica pueden tener escala mundial. Estos “Grandes Acontecimientos”, entre los que incluimos a la pandemia del COVID-19, afectan de manera desproporcionada a los grupos y comunidades en condición de vulnerabilidad y marginalidad, cuya precariedad social los hace más vulnerables a los efectos psicosociales generados por estas grandes perturbaciones. En línea con de Sousa Santos (2020), la pandemia actual no es una situación de crisis claramente opuesta a una situación normal; desde la década de los ochenta América Latina y el Caribe han vivido en un estado de crisis permanente. Pero sí constituye una situación doblemente anormal que agrava la situación de crisis, generando riesgos e impactos psicosociales específicos.

De acuerdo con esto, para quienes están en situación de calle se hace necesario identificar los modos en que se profundizan las vivencias de malestar tanto en el plano institucional, colectivo y singular en términos de los impactos psicosociales producidos por la pandemia, intentando responder los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los impactos que tiene la emergencia socio-sanitaria para las personas en situación de calle? ¿De qué manera las medidas institucionales de prevención (ASPO) impactan en la salud mental y en otros ámbitos de su vida cotidiana? ¿Qué respuestas con base comunitaria y de autoatención generaron esos impactos?

De investigar a involucrarse: investigar en pandemia con poblaciones marginalizadas

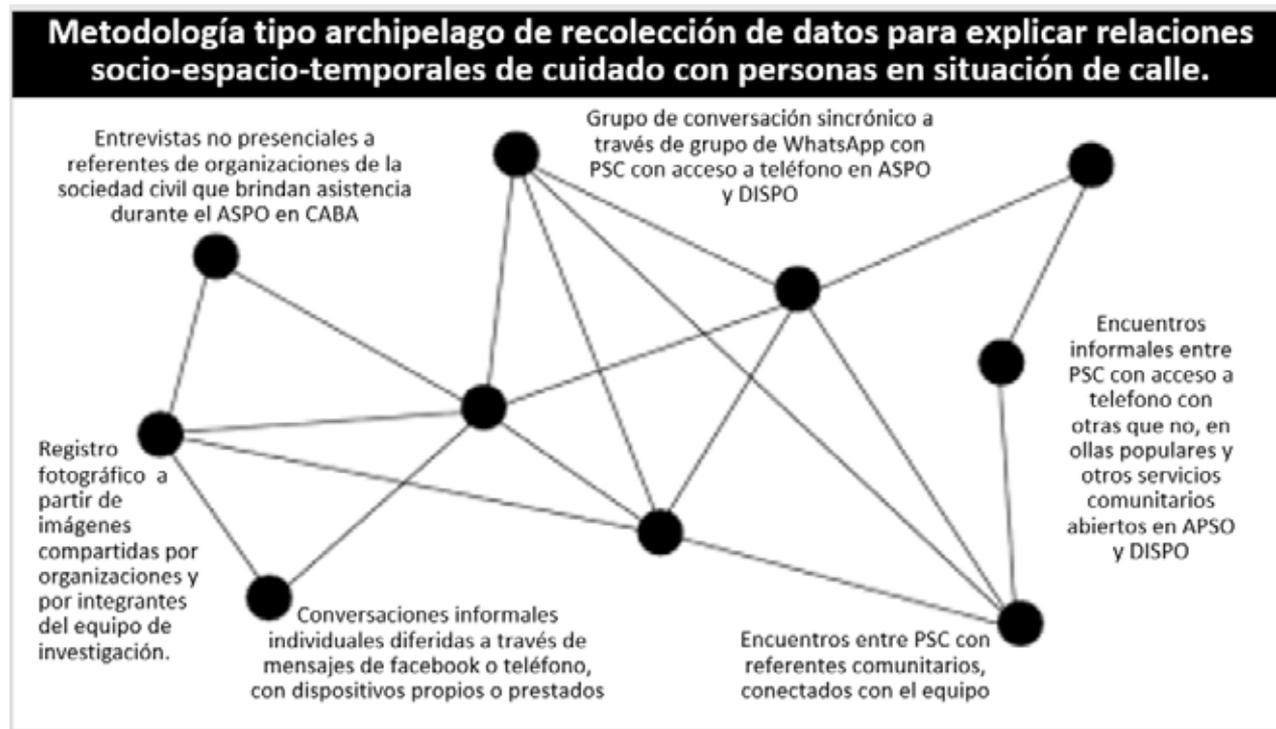
Con el objetivo comprender la sociogénesis de las marginaciones sociales urbanas, en particular con personas en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y promover procesos de reducción del estigma y la discriminación hacia personas en situación de calle, a partir de generar espacios de participación y reflexión colectiva que se traduzcan en la ampliación de derechos, desde el Proyecto de Investigación UBACyT 20020170100523BA, con sede en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, se desarrolla desde el año 2018 una investigación cualitativa con un diseño descriptivo, del tipo de investigación-acción o

investigación participativa (Sirvent, 2011), donde la investigación y la participación son momentos del mismo proceso. A partir de la incorporación de las personas en situación de calle como actores del proceso de construcción de conocimientos, se generan colectivamente conocimientos identificando posibilidades de acción transformadora. Entendiendo a la investigación participativa como una práctica social de producción de conocimientos que busca la transformación social, se utilizan metodologías participativas articulando el enfoque procesual de la Teoría de las Representaciones Sociales y otras específicas de la Psicología Social Comunitaria (Di Iorio, 2018). Se trata de investigaciones *in-mundo* (Marcon et al 2021), es decir, se “buscan producir conocimientos en la propia experiencia de las intervenciones, tomando el campo de investigación como un espacio de entrecruzamiento que activa y produce el proceso de investigación” (p. 2).

La irrupción de la pandemia del COVID-19 y las restricciones en la movilidad como medida de prevención exigieron la readecuación del trabajo de investigación-intervención, identificando desafíos, obstáculos y facilitadores para generar encuentros en la distancia con quienes permanecerían aislados en el espacio público, pero con el compromiso ético-político de inventar otras formas de estar en la distancia. Se delimitaron nuevos objetivos específicos: 1) describir las relaciones

socio-espacio-temporales de asistencia a personas en situación de calle adultas en la CABA durante la pandemia, distinguiendo impactos a nivel de la subsistencia, de los vínculos interpersonales y de las relaciones con las instituciones-comunidad (subsistencia, psicosociales, afectivos y legales); 2) describir las respuestas con base comunitaria y de autoatención y construir una estrategia de acompañamiento en la distancia. Para esto se rediseñó una estrategia metodológica de investigación-intervención en red:

Gráfico 1 Gráfico 1: Diseño de investigación-intervención en red



El diseño incluye actividades sincrónicas a través de plataformas virtuales y redes sociales, con referentes de organizaciones comunitarias y con personas en situación de calle que tenían acceso a dispositivos móviles, como actividades asincrónicas en las que referentes de

organizaciones u otras personas en situación de calle facilitaron el encuentro y la posibilidad de poner sentidos a las vivencias en la calle durante la pandemia. Con la intención de dar cumplimiento a los objetivos propuestos, se delimitaron 3 etapas de investigación-inter-

vención, con técnicas de recolección de datos diversas, bajo el principio ético-político de visibilizar voces y de fortalecer las redes sociales de apoyo, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Consideraciones éticas: el proyecto marco UBACyT como el proyecto específico de carrera de investigación de CONICET cuentan con la evaluación de la Comisión de Evaluación de Conductas Responsables en Investigación, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.³ La autorización para la participación en el presente estudio fue vía consentimiento informado,

Tabla 1: Etapas de investigación-intervención

	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
Objetivos	<p>Describir las relaciones socio-espacio-temporales de asistencia a personas en situación de calle adultas en la CABA durante la pandemia, distinguiendo impactos a nivel de la subsistencia, de los vínculos interpersonales y de las relaciones con las instituciones-comunidad (subsistencia, psicosociales, afectivos y legales)</p> <p>Describir las respuestas con base comunitaria y de autoatención, y construir una estrategia de acompañamiento en la distancia.</p>		
Técnicas	<p>10 entrevistas en profundidad, no presenciales, a referentes de organizaciones comunitarias que continuaron garantizando la atención en el contexto del ASPO</p> <p>Conversaciones informales con personas en situación de calle, a través de teléfonos de línea y/o dispositivos móviles, de manera sincrónica o asincrónica, a través de mensajes</p>	<p>2 entrevistas grupales de retroalimentación</p> <p>Rastreo documental de acciones comunitarias de asistencia a PSC</p> <p>Conversaciones informales con personas en situación de calle, a través de teléfonos de línea y/o dispositivos móviles, de manera sincrónica o asincrónica, a través de mensajes</p>	<p>Reunión semanal por WhatsApp con PSC (6 participantes). En contexto de DISPO se comenzaron a realizar de manera presencial en espacios públicos.</p> <p>Entrevistas breves de PSC a otras PSC, a través de mensajes de WhatsApp</p>

Resultados	<p>Cierre de servicios socio-asistenciales. Reducción a mínima cobertura. Sólo dispositivos comunitarios históricos</p> <p>Mayor población en situación de calle: “salen de todos lados”, “mucho hambre”, “no alcanzan los recursos”</p> <p>No acceso a servicios de higiene</p> <p>Falta de dispositivos de alojamiento para realizar la cuarentena</p> <p>Poca información y baja percepción de riesgo</p> <p>“Estar aislados en el espacio público”: aumento violencia institucional, discriminación, estigma</p>	<p>Emergencia de colectivos solidarios autoconvocados para garantizar alimentación</p> <p>Puntos / estaciones de acceso a higiene: lavado de manos, acceso a baño</p> <p>Distribución de elementos de protección: distribución de barbijos, alcohol, kit sanitizante</p> <p>Educación entre pares: problematización, percepción de riesgo, distribución de información sobre la enfermedad y el contagio</p> <p>Puntos de ciudadanía: orientación y acceso a programas, denuncias sobre violencia institucional.</p>	<p>Sufrimiento por el vínculo con las instituciones: desamparo por lugares cerrados, rechazo a los refugios</p> <p>Irritabilidad, sentimientos de soledad, miedo a enfermar/morirse, incertidumbre, angustia, modificaciones en las prácticas de consumo.</p> <p>Estado de alerta como un continuum</p> <p>“Somos sobrevivientes”, “nos morimos de otras cosas”: negación como mecanismo defensivo</p> <p>“Hacerse un lugar”: las organizaciones como trama afectiva de sostén. Necesidad de ser escuchadxs. Cómo estar con otrxs</p> <p>“pasarse el dato” y “hay que despertarnos, estamos como dormidos” como cuidado entre pares</p>
Tramas narrativas	<p>#SinTechoNoHayCuarentena</p> <p>Desamparo institucional / Población hipervisibilizada por el confinamiento / Restricciones de intercambios socio-afectivos: brecha digital</p>	<p>#NadieSeCuidaSolx</p> <p>Desobediencia de las organizaciones: “no me quedé en casa” / Pedagogía de la ternura: estar como forma de cuidar / Disminuir riesgos</p>	<p>#EstarEnLaDistancia</p> <p>Lo esperable frente a la pandemia vs. lo propio de la situación de calle / Como cuidar sin tutelar: acciones entre pares</p>

las ratas y las cucarachas... ¿Qué me va a pasar? esto es un invento". Entonces, costó que se institucionalizara una nueva manera de acercamiento (...) salimos sabiendo con elección y una decisión que es probable que nos podemos contagiar, porque no sabemos bien, y nadie sabía bien y tratamos de implementar la mayor cantidad de medidas de cuidado posibles (...) fue todo un aprendizaje"

(M, mujer referente de organización comunitaria.
Mayo 2020).

"Comida no me ha faltado, con la gente de la asamblea, cada vez que les pido me traen, yo alquilo en Avellaneda y al principio no te podías mover a Capital (...) también con la gente de la olla del Parque porque cada 15 días, ahora que se abrió un poco más, yo voy a ayudar ahí en la cocina, cada 15 días salgo y me guardo 14, lunes por medio voy que me sirve además para conversar con gente porque acá no hablo con nadie"

(V, varón, PSC, agosto, 2020).

Si bien en algunos casos se configuraron prácticas de intervención en las que las personas fueron ubicadas como meros receptores de cuidado, colocándolos como objetos de control y normalización, tanto las y los referentes entrevistados como las PSC, enfatizaron la dimensión vincular-afectiva, ya que cuando los encuentros con otrxs se transformaron en peligrosos por las posibilidades de contagio, se opta por "salir al encuentro igual". Durante el APSO y el DISPO el circuito socio-asistencial fue principalmente sostenido por organizaciones

no gubernamentales, brindando cuidados materiales para necesidades que efectivamente tienen las personas en situación de calle, y como respuesta a la ausencia de políticas públicas y dispositivos gubernamentales. Esto no puede leerse en términos asistencialistas, sino en su dimensión ético-política porque frente a la posibilidad de "quedarse en casa" hacen de la calle un espacio de organización, de denuncia y de resistencia. Cuidar, desconociendo el ethos de la cultura de quien es cuidado, conduce a ignorar al ser humano como producto y productor de cultura, y a abolir el carácter relacional que tiene el cuidado. En este sentido, a partir de la pregunta sobre "cómo te la rebuscas en cuarentena" se identificaron prácticas de autocuidado y de cuidado entre pares, no sólo en lo que respecta a evitar el contagio del virus sino también para reducir malestares subjetivos tales como soledad, ansiedad, preocupación, enojo asociados a la interrupción de los contactos interpersonales que impuso la pandemia.

"La relación con mis nietos, no puedo ir a visitar a mis hijos. Lo que nos pasa a todos que estamos encerrados y no podemos salir. Entrás en el parador y no podés salir"

(H, varón, PSC, Julio 2020).

"No se puede ahora comer bien, en los comedores y las Iglesias no te podés bañar como antes, está todo cerrado. Ya no te dan ropa"

(G, mujer, PSC. Junio 2020).

Para las PSC, el cuidado incluye una dimensión práctica, vinculada a la idea de estar alerta, y una dimensión cognoscitiva, asociada a ciertas habilidades cognitivas que se ponen en funcionamiento en los procesos de toma de decisiones en el marco de la pandemia. El cuidado, al igual que la exposición a riesgos, constituye para los participantes una práctica individual de autocuidado –“cuidarme”, “estar atento”- pero también en ese “estar con otros”, “pasarle un dato”, “ir a despertarlos porque están como anestesiados”, aparecen prácticas de cuidado colectivo. Así, cuidar significa enfrentar un sinfín de peligros potenciales y constituye una vigilia permanente. El encuentro con los otros, además de ofrecer un lugar de protección y seguridad, permite el intercambio de experiencias, aprendizajes y malestares. Sin desconocer las secuelas y el impacto que las vulneraciones sistemáticas de derechos producidas por el neoliberalismo han tenido y tienen en la construcción de identidades y en los procesos de subjetivación, interesa resaltar que incluso en las condiciones sociales más hostiles el hombre no deja de ser un sujeto con historia, con deseos, con anhelos, con ideas. Los relatos de las personas en situación de calle dan cuenta acerca del modo en el que ciertos encuentros semanales propician la problematización y desnaturalización de aspectos de sus trayectorias. Frente a la configuración de identidades estigmatizadas se hacen visibles subjetividades que

resisten, cuerpos que desafían ser negados (no reconocidos) y negativizados (percibidos como un otro peligroso y amenazante), sujetos que tienen un saber sobre sus padecimientos, y que ponen en funcionamiento prácticas para sí mismos y con sus grupos de pares, fundadas en la solidaridad, el respeto y la dignidad.

A partir del análisis de las narrativas de las PSC a través de los audios de WhatsApp, se identificaron formas de sufrimiento subjetivo,⁴ así como también estrategias para afrontar esos malestares. Se identifican afectaciones que se configuran como producto del vínculo con las instituciones, pero que no son “nuevas” ni “aparecieron con la pandemia”:

- Preocupaciones por donde cubrir las necesidades para la subsistencia por la mínima cobertura de servicios y por la pérdida de ingresos por no poder realizar actividades de economía informal.
- Aumento de las violencias policiales.
- Sentimientos de soledad y tristeza por la interrupción de los contactos interpersonales, con efectores de programas/servicios, familiares y amigos.

Identifican sentirse más irritables, más angustiados y con incertidumbre sobre el futu-

pudiendo dejar de participar en cualquier momento y garantizando la confidencialidad y el anonimato. En el caso de las conversaciones asincrónicas, se solicitó que se explicitara oralmente la voluntad de participación y la aceptación de usos de voces y relatos. En el caso de las entrevistas virtuales sincrónicas, el mismo se envió por mail para que sea enviado con firma digital. En todos los casos, pero en particular para con la participación de PSC, se prestó especial atención al asentimiento, proceso relacional a partir del cual quienes participan expresan tanto de modo no verbal como verbal su voluntad de seguir participando a lo largo del estudio. Se planificaron 2 instancias de validación participativa y devolución parcial de resultados con personas en situación de calle a partir de grupos de retroalimentación que no pudieron realizarse en el marco de las medidas de prevención del COVID-19 que plantean realizarse en el transcurso del 2021. Se realizó discusión de resultados con el equipo de co-investigadores, integrado por personas que han experimentado la situación de calle efectiva y que han sido parte del equipo de recolección de datos.

Análisis de los resultados: del heterocontrol a la autonomía. Producción social de cuidados

Como se muestra en la tabla 1, los resultados se organizaron a partir de la construcción de categorías

emergentes que permitieron identificar las relaciones socio-espaciales de asistencia a las PSC distinguiendo: 1) respuestas de las organizaciones comunitarias frente al desamparo institucional (#SinTechoNoHayCuarentena y #NadieSeCuidaSolx); y 2) formas de sufrimiento subjetivo de las PSC en el marco de la pandemia y estrategias para afrontar esas emociones (#EstarALaDistancia).

Al tratarse las PSC como altamente vulnerable a contraer el virus, desarrollar síntomas y enfermar y/o morir, es decir, ser una población en condiciones de mayor vulnerabilidad social, se configuran como cuerpos que deben ser cuidados. Los referentes comunitarios, expresan que frente a una respuesta gubernamental reducida a la dimensión residencial -ampliación de lugares de alojamiento masivos del tipo de refugios o Centros de Integración, incluso en contra de las recomendaciones de organismos internacionales, y flexibilización de los requisitos para beneficiarias y beneficiarios del Subsidio Habitacional-, las organizaciones comunitarias y sociales readecuaron, desde un primer momento, su trabajo a la tarea asistencial -alimentación e higiene- desplegando diversas acciones territoriales.

“Creo que lo más importante es la imposibilidad de contacto (...) ya no podemos darles el abrazo, el beso, y costó mucho que entendieran (...) costó mucho entender porque la frase era “no, a mí no. Tenemos tantas pestes. Si convivimos con

ro, sentimientos que aparecen con la pandemia.

“Emocionalmente me encuentro demasiado perturbado, asustado y psicológicamente me siento muy confundido. Porque no sé hasta dónde va a llegar esto, cómo va a seguir. Es muy complejo. Sinceramente bastante afectado”
(M, varón, PSC. Mayo 2020)

“Mirá, no... Así como cosas que me siento perjudicado en lo personal es el tema de estar encerrado, de no poder salir, no poder trabajar, cosa que yo hacía antes. Y bueno, eso no me pone bien. Estoy muy ansioso con esas cuestiones”
(O, varón, PSC. Junio 2020)

Reflexiones finales: cuidar sin tutelar, pedagogía del encuentro

Lo vincular se configura como eje central de las intervenciones psicosociales en contextos de vulnerabilidad psicosocial. En ese sentido, frente a un entramado asistencialista se hace necesario construir otros posicionamientos, en los que se focalice en la necesidad de la participación de las personas, en el apoyo a sus cualidades positivas y en el fomento de sus capacidades, para lograr transformaciones que mejoren su calidad de vida y su acceso a bienes y derechos, de los que son continuamente expulsados (Montero, 2003).

Se visibilizó cómo esos *cuerpos fragmentados* en los que se inscriben formas de padecimiento relacionadas con las expresiones de la injusticia social (Carballeda, 2008),

también tienen un saber-hacer sobre su vida cotidiana, que los configura como subjetividades resistentes. Esas otras formas de organización social heterogéneas que describen las personas en situación de calle, permiten satisfacer las necesidades de cuidados cotidianos, alejándose de las formas tradicionales. Sin embargo, los hallazgos no dejan de producir interrogantes en lo que respecta a los límites de las intervenciones en contextos de vulneraciones psicosociales, y en particular, con personas en situación de calle: ¿cuál es el vínculo entre las personas en situación de calle y quienes están a cargo de “su cuidado”? ¿Implica el retorno de argumentos culpabilizantes e inhabilitantes o supone problematizar el lugar de los sujetos en la gestión de sus afecciones o padecimientos?

La vulnerabilidad psicosocial, tanto en un sentido material como simbólico, impacta negativamente sobre el desarrollo de alternativas de integración social, propiciando una participación pasiva dentro de un entramado asistencial de amplia extensión (Di Iorio et al., 2016). Pero, la perspectiva del autocuidado en términos de cuidados legos (Haro Encinas, 2000) es parte de un proceso de empoderamiento orientado a dar respuestas a necesidades relacionadas con la salud desde una perspectiva integral. Este tipo de cuidados, generados en espacios intersubjetivos de interacción social, proveen herramientas útiles para la vida cotidiana en situacio-

nes de vulnerabilidad social y emergen en los procesos de encuentro y discusión colectiva.

El encuentro en tiempos de pandemia, donde el cuidado se focaliza en no encontrarse, supone un ir y venir, una *interpelación*. Los encuentros son movimiento *unx-nosotrxs-otrxs*, es entenderse con alguien sobre algo, es decir y dejarse decir, es una actividad reversible de apelaciones y de respuestas, que transforma a todos los interlocutores. Desde la perspectiva intersubjetiva, ese encuentro es simultáneamente con el otro, con el mundo, con uno mismo.

A partir de estos resultados se identifican ciertos desafíos que, desde la salud comunitaria, tenemos frente a los impactos psicosociales que produce la pandemia, en particular con las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad, como las PSC:

- Promover la salud mental en términos de acceso a derechos, a la vez que garantizar el acceso a la asistencia en salud mental desde una perspectiva integral.
- Distinguir entre los anclajes socio-institucionales de los padecimientos subjetivos (destrato institucional, violencias, estigmatización, abandono x cierre de dispositivos: la comunidad produce daños) de los anclajes biográficos-subjetivos (afectaciones subjetivas singulares).

- Integrar abordajes que ponen el foco en los comportamientos individuales, con aquellos centrados en lo colectivo-comunitario, facilitando procesos de participación y organización: la comunidad como productora de salud.
- Reivindicar la política para procesos de transformación social: salud, vivienda, trabajo. La salud mental como pleno acceso a derechos sociales, políticos, económicos y culturales.

Como analizador, la pandemia del COVID-19 invita a problematizar los límites de nuestras prácticas psicosociales hegemónicas describiendo las tecnologías de normalización a partir de las que se gobiernan cuerpos vulnerados. Es decir, problematizar el tratamiento moral que reproducen posiciones subalternas, con la intención de (re)construir otros territorios de existencia que promuevan transformaciones subjetivas y colectivas, y que se traduzcan en la ampliación de derechos y reconocimiento de deseo.

Bibliografía

ABAL, Y.; GUGELMIN, S. (2019). Aproximações etnográficas em territórios marginais. As cenas abertas de uso do crack em Cuiabá. *Civitas*, 19(1), 178-194.

Bastos, F.I., Bertoni, N. (2014). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ.

Carballeda, A. (2008). *Los cuerpos fragmentados en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto.* Buenos Aires: Paidós.

de Sousa Santos, B. (2020). *La cruel pedagogía del virus.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20200430083046/La-cruel-pedagogia-del-virus.pdf>

Di Iorio, J., Rigueiral, G., Seidmann, S., Pistolesi, N. (2021). Cartografías de las marginaciones sociales: procesos de subjetivación de personas en situación de calle en espacios urbanos. Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. En prensa.

Di Iorio, J. (2018). Entre el conocimiento y la acción: interconexiones entre la teoría de las representaciones sociales y la psicología social comunitaria. En: Seidmann, S. y Pievi, N. (Comp.). *Identidades y conflictos sociales. Aportes y desafíos de la investigación sobre representaciones sociales* (217-231). Buenos Aires: Ed. De Belgrano.

Di Iorio, J. y Farías, M. (2020). Problematizar las relaciones espacio-sujeto-situación de calle: el caso del Censo Popular en Buenos Aires, Argentina. Revista Colombiana de Sociología, 43(2), 215-237. doi: <https://doi.org/10.15446/rsc.v43n2.82897>

Di Iorio, J., Seidmann, S., Gueglio, C., Rigueiral, G. (2016). Intervenciones psicosociales con personas en situación de calle: El cuidado como categoría de análisis. *Psicoperspectivas*, 15(3), 123-134. doi: 10.5027/PSICO-PERSPECTIVAS-VOL 15-ISSUE3- FULLTEXT-838. Disponible en: <http://psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/838/570>

Friedman, S., Rossi, D. y Braine, N. (2009). Theorizing "Big Events" as a potential risk environment for drug use, drug-related harm and HIV epidemic outbreaks. *Int J Drug Policy*, 20(3), 283-291.

Haro Encinas, J. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. *En Medicina y Cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*, pp. 101-161. Barcelona: Bellaterra.

Jodelet, D. (2008). Le mouvement de retour vers le sujet et l'approche des représentations sociales". *Connexions. Identité et subjectivité*, 89, 25-46.

Lambert, E. & Wibel, W. (1990). Introduction. En E. Y. Lambert (Ed.) *The collection and interpretation of data from hidden populations* (pp. 15-27). National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 98. DHSS publication number (ADM) 90-1678, Washington, DC.

Ley N° 3706/11 de Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en situación de calle y en riesgo a la situación de calle de la Ciudad de Buenos Aires. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Montero, M. (2003). *Teoría y Práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre la comunidad y la sociedad.* Buenos Aires: Paidós.

Marcon, L., Carvalho, P., Justino, J., Freitas de Oliveira, C., Resende Carvalho, S., Machado Dias, T. (2021). Formas de gobernar la vida en la calle durante la pandemia: discursos, tecnologías y prácticas Salud Colectiva, 17:e3338. doi: 10.18294/sc.2021.3338

Organización Mundial de la Salud (OMS) (16 de febrero de 2021). “WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19”, 11 March 2020. Disponible en: [https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020)

[opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020)

Rodriguez, I. (2015). A construção social do morador de rua: o controle simbólico da identidade. Tesis de maestría. Juiz de Fora: Instituto de Ciências Humanas da UFJF. Disponible en: <http://repositorio.ufjf.br:8080/jspui/bitstream/ufjf/2199/1/igordesuszardrigues.pdf>

Silva, C., da Cruz, M. & Portes Vargas, E. (2015). Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua, *Saúde debate*, 39, 246-256.
Sirvent, T. (2011). *Cultura Popular y Participación Social.* Buenos Aires: Miño y Dávila.

Xu, D. (2021). Physical mobility under stay-at-home orders: A comparative analysis of movement restrictions between the U.S. and Europe. *Economics & Human Biology*, 40, 100936. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2020.100936>

Notas

¹La Ley 3.706 de Protección y garantía integral de los derechos de las personas en situación de calle y en riesgo a la situación de calle.

² Ni en Argentina ni en Latinoamérica se registran estudios epidemiológicos sobre la intersección salud mental/situa-

ción de calle. La falta de evidencia empírica produce generalizaciones sobre la temática, profundización de los estigmas hacia esta población y falta de insumos para el diseño de políticas públicas que se traduzcan en la ampliación de derechos.

³ Junio de 2017 y junio de 2020, respectivamente.

⁴ Se presenta al respecto sólo hallazgos preliminares sobre las afectaciones subjetivas en PSC en contexto de pandemia, debido a que los resultados finales están siendo trabajados en otra publicación.



Métodos participativos para la investigación con niños y niñas institucionalizados. Escuchando sus voces mediante memes, emojis y juegos

Alejandra Barcala

Licenciada en psicología (UBA). Magister en salud pública (UBA), Doctora en Psicología (UBA). Centro de Salud Mental “Mauricio Goldenberg”, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.

alejandrabarcala@gmail.com

Leandro Luciani Conde

Licenciado en psicología (UBA). Magister en salud pública (UBA), Doctor en ciencias sociales (UBA). Centro de Salud Mental “Mauricio Goldenberg”, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.

llucianiconde@gmail.com

Nadia Sánchez

Licenciada en Trabajo Social (UNLa). Maestranda en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.

nadiamarielsanchez@gmail.com

Gustavo Makrucz

Licenciado en Psicología (UBA), Doctor Internacional en Salud Mental Comunitaria UNLa. Universidad Nacional de Lanús.

gusmak@yahoo.com.ar

Emilse Moreno

Licenciada y profesora en psicología (UBA). Maestranda en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Centro de Salud Mental “Mauricio Goldenberg”, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.

emilsemoreno@gmail.com

Luciana Rubel

Licenciada en Psicología (UBA). Residencia en Salud Mental, con sede en el Hospital Álvarez (CABA). Becaria doctoral CONICET-UNLa, Doctoranda en Salud Mental Comunitaria, UNLa.

luciana.rubel@gmail.com

Maria Miguel

Licenciada en Trabajo Social (UBA). Magister en Trabajo Social (UNLP). Magister Internacional en Administración Pública y Gerenciamiento Público (USAL). Doctoranda en Trabajo Social (UNLP) y Doctoranda en Salud Mental Comunitaria (UNLA). Especialista en Gestión en Salud (UNLA) y Diplomada en Estudios de Género (UTN). Docente investigadora UNLA, UNLZ y UBA

mariapmigu@gmail.com.ar

Graciela Quinteros

Lic. en Trabajo Social (UBA). Especialista en Sistemas de Salud y S. Social. Universidad ISALUD. Universidad Nacional de Lanús. Hospital Pedro de Elizalde.

graquinteros7@gmail.com

Martina Guerrero

Médica pediatra y psiquiatra infantojuvenil (UBA). Centro de Salud Mental “Mauricio Goldenberg”, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.

martinaguerrero@gmail.com

Laura Poverene

Licenciada en Psicología (UBA). Magister en Problemáticas Sociales Infanto Juveniles (UBA), Doctoranda en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Becaria Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), con sede de trabajo en Centro de Salud Mental “Mauricio Goldenberg”, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.

laurapoverene@gmail.com

Flavia Torricelli

Licenciada en Psicología (UBA). Doctora en Psicología (UBA) Docente e Investigadora Facultad de Psicología y de Ciencias Sociales (UBA); Investigadora UNLa.

flvtorri@gmail.com

Resumen

El presente trabajo se enmarca en el proyecto de Investigación "Violencias institucionales y vulneración de derechos en la internación por razones de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense. Las voces de los niños, niñas y adolescentes". Se aborda el objetivo destinado a describir y analizar las, valoraciones, experiencias y vivencias respecto a las violencias de niños, niñas y adolescentes institucionalizados. Se realizaron talleres lúdico-artísticos en dos dispositivos residenciales convivenciales (CABA y conurbano respectivamente). La utilización de *memes*, *emojis* y juegos de preguntas y respuestas como metodología de recolección de datos posibilitó un modo alternativo de expresión de temáticas, tales como la violencia, la justicia, la protección, la vinculación con las familias, los malestares, enojos y deseos. Los talleres participativos constituyen una herramienta clave como metodología de indagación para la flexibilización de los dispositivos de escucha de las percepciones de niños y niñas, posibilitando un acercamiento no objetivante de su condición, respetuosa de sus derechos. Las violencias subjetivas emergieron en las producciones de los talleres en los planos intra (propias), inter (relacionales) y trans (en común), visibilizando que la institucionalización imposibilita la elaboración del sufrimiento y de la vivencia de la vio-

lencia evidenciada a partir de la suspensión del juego.

Palabras claves: niñez, institucionalización, violencias, derechos, salud mental, juego.

Abstract

This paper is carried out within the framework of the research project "Institutional violence and violation of rights in mental health hospitalization in the City of Buenos Aires and the Buenos Aires suburbs. The voices of children and adolescents". The aim of this project is to describe and analyze the assessments and experiences of institutionalized children and adolescents regarding violence. Recreational and artistic workshops were carried out in two residential care facilities (CABA and suburban areas, respectively). The use of *memes*, *emojis* and "Q&A" games as a methodology for data collection made possible an alternative way of expressing themes such as violence, justice, protection, family bonds, discomfort, anger and desires. Participatory workshops constitute a key tool as a methodology of inquiry for making the devices for listening to children's perceptions more flexible, enabling a non-objectifying approach to their condition, respectful of their rights.

Subjective violences emerged in the workshop at the intra (self), inter (relational) and trans (in common) le-

Barcala | Conde | Sánchez | Makrucz | Moreno | Rubel | Miguel
| Quinteros | Guerrero | Poverene | Torricelli

vels; visibilizing that institutionalization impedes the elaboration of suffering and of the violences experienced, an aspect that is coherent with the suspension of playing seen in the workshops.

Key words: childhood, institutionalization, violence, rights, mental health, game.

Introducción

El presente trabajo se enmarca en un estudio que se propone identificar las formas de violencia institucional en niños, niñas y adolescentes que presentan sufrimiento psíquico y social y se encuentran institucionalizados en hogares convivenciales, y evaluar el grado de cumplimiento de sus derechos según los estándares nacionales e internacionales.¹ Para cumplir dicho objetivo consideramos que la voz de los niños, las niñas y adolescentes (NNyA), sus procesos de participación y sus acciones políticas deben ser visibles y centrales en este proceso de producción de conocimientos, así como también en las posibilidades de transformación de su vida cotidiana. Las infancias institucionalizadas, son objeto de distintas medidas coercitivas y violencias subjetiva, tales como la desinserción escolar, la restricción de los contactos familiares y la desvinculación comunitaria. Además, se les restringen los itinerarios lúdicos, perdiendo la oportunidad inmediata y nece-

saria para eslabonar las experiencias vitales. Todo ello vulnera sus derechos, profundiza su estigmatización y deja importantes marcas en la constitución subjetiva y en la construcción de su identidad. La investigación en la cual se enmarca el presente artículo se propone visibilizar, describir y analizar estas formas de violencia como parte de un proceso de reflexión crítica sobre el campo de la Salud Mental, de manera de contribuir a la transformación de aquellas prácticas de acuerdo a la actual Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 vigente en Argentina.

El presente artículo se enfoca en uno de los objetivos específicos de la investigación mencionada: describir y analizar las percepciones, valoraciones, experiencias y vivencias de niños, niñas y adolescentes (en adelante NNyA) con sufrimiento psíquico y en situación de vulnerabilidad social, internados en instituciones de salud mental o que habitan en hogares convivenciales, a partir de sus propias narrativas.

Nuestro país cuenta con un marco normativo que dispone la creación de un Sistema de Promoción y Protección Integral de Derechos del Niño, en línea con la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (en adelante CIDN), aprobada como tratado internacional en 1989, que reconoce los derechos humanos de los niños y niñas desde el nacimiento hasta los 18 años de edad; y la Ley Nacional N° 26.061 de Protección in-

tegral de los derechos de Niños, Niñas y Adolescente (2005). Para este proyecto se incluyen a su vez, la Ley N° 13.298 de la Provincia de Buenos Aires y la Ley N°114 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en tanto el estudio abarca ambas jurisdicciones. Partimos del supuesto de que las infancias institucionalizadas, generalmente invisibilizadas, son objeto de diversos tipos de violencias que dejan importantes marcas en su constitución subjetiva y en la construcción de su identidad. En Argentina, la separación de las niñas y los niños de sus padres y su institucionalización se plantea de acuerdo a la CIDN (Art. 9 inciso 1),² solo si se agotan las instancias previas, la vulneración de derecho persiste y son sus progenitores los vulneradores. Se adoptan las llamadas “medidas de protección especial o de abrigo” que consisten en separar a niñas, niños y adolescentes de sus padres, excepcionalmente, armando un plan de restitución de esos derechos vulnerados para que -una vez garantizados- vuelvan a convivir. El lugar de cumplimiento de la medida será en la familia ampliada, y de no ser posible en hogares convivenciales y el plazo máximo es de 180 días, siendo estos espacios supervisados por el Estado, según normas nacionales y el Inciso 3 del Art. 3 de la CIDN.³ Las características de estas instituciones son diversas en cuanto a cantidad de NNyA, edades y género de recepción. Algunos se especializan en NNyA con discapacidades o madres adolescentes con hijos.

Diversos estudios han abordado el tema de la institucionalización en la infancia y su impacto en la subjetividad (Unicef, 2013; Luna, 2013; Who-Gulbekian, 2015; Barcala, 2019), así como las medidas coercitivas utilizadas y las violencias institucionales en el marco de la institucionalización psiquiátrica en la niñez (Luciani Conde & Barcala, 2018; Barcala et al., 2019; Crespo, Folgar y Muñoz, 2019). A su vez, valiosos aportes han visibilizado el desafío que implica problematizar los posicionamientos teóricos, políticos y éticos de la investigación en la infancia (Llobet, 2019).

El propósito de este artículo consiste en abordar el objetivo específico precedentemente señalado, aportando a la construcción interdisciplinaria de metodologías lúdicas y participativas que permitan comprender las marcas en la subjetividad de NNyA que habitan en una institución, y producir conocimientos acerca de la creación de sentidos sobre las violencias que las/los afectan y los derechos que se vulneran, a partir de sus voces en tanto actores protagonistas de sus propias historias.

Con el objeto de desarrollar una investigación respetuosa de los principios de la Convención Internacional de los Derechos del Niños (CIDN) y La Ley de Protección Integral, y evitando utilizar metodologías que objetalicen a NNyA en este proceso, nos proponemos simultáneamente en este trabajo indagar cuáles son sus percepciones, valoraciones, experiencias y vivencias

mientras que atraviesan la institucionalización, a la vez que describir el proceso de investigación destinado a la no vulneración de sus derechos.

Respecto del objetivo específico abordado se plantearon las siguientes preguntas: ¿cómo entienden y viven las violencias las niñas, los niños y adolescentes?, ¿qué sentidos atribuyen a sus vivencias?, ¿cuáles son sus agencias y potencias?, ¿cuáles son las formas de denunciar sus malestares?

En cuanto a la metodología implementada para alcanzar este objetivo, los interrogantes se centraron en: ¿cómo desarrollar un proceso de investigación con NNyA con importante sufrimiento psíquico y en situaciones de vida complejas, que incluya sus propias voces?, ¿cómo implementar una propuesta lúdica y participativa para escuchar y comprender la construcción de sentidos, significaciones y manifestaciones de sus emociones que se expresan jugando?, ¿cómo propiciar el juego para habilitar el decir y a partir de allí comprender las percepciones y emociones, es decir, lo que piensan y sienten NNyA?

Este trabajo se organiza en los siguientes apartados. En el primero, denominado “Talleres lúdicos artísticos de investigación en hogares convivenciales”, se presenta la propuesta metodológica y se explica la elección de las técnicas implementadas y la reformulación de aquellas seleccionadas inicialmente, en función de la primera

experiencia. En el segundo apartado se presentan los resultados en tres secciones subtituladas: a) “Encuadres difusos”, donde se abordan observaciones en torno a los (des) encuadres, tanto institucionales, como del propio espacio lúdico; b) “Taller lúdico” como dispositivo deleuzeano. Acerca de la circulación de la palabra como puro flujo, se concentra en la propuesta de hacer jugar como máquina de enunciación y visibilización, y la noción de puro flujo, para pasar de un supuesto sin sentido del decir, a dar voz a personajes ficticios como modo de posible denuncia de situaciones personales en las que se manifiesta el sufrimiento de NNyA; c) “Juego de preguntas y respuestas”: para hacer visible el malestar se comparten las peripecias de un juego simple de repechaje en el que quienes participaban expresaban, ante cualquier pregunta, el deseo de estar en otro lado y/o con su familia. En el tercer apartado, “¿Suspender el juego?”, se presenta la discusión de los resultados a partir de las posibilidades del despliegue lúdico de NNyA durante su permanencia en los hogares convivenciales. Por último, se desarrollan las conclusiones.

1. Metodología. Talleres lúdico artísticos de investigación en hogares convivenciales.

El diseño del estudio es exploratorio descriptivo (D'Áncona, 2001), enmarcado en un abordaje cualitativo (De Sousa Minayo, 2003; Vasilachis, 2007). Se desarrolló en

el año 2018 en dos hogares convivenciales; uno en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, destinado a varones entre 8 y 16 años, y el otro mixto, con un rango de edades entre 8 y 17 años en la Región Sanitaria IV de la provincia de Buenos Aires.⁴ El primer grupo contó con 7 participantes y el segundo con 11, quienes decidieron voluntariamente participar.

En ambos grupos se propusieron como técnicas de recolección de datos talleres lúdico-creativos para NNyA alojados en dichos espacios.⁵

Con cada uno de los grupos se utilizaron metodologías participativas centradas en niños y niñas (Ammes, Rojas y Portugal, 2010), y en el recorrido desde las geografías de las infancias (Guitart, Ferret y Ferré, 2011). A su vez, se combinaron técnicas lúdicas y visuales (imágenes y técnica de collage) para favorecer la captación de la complejidad y diversidad de emociones, percepciones y experiencias de NNyA. Las investigaciones participativas abogan por la hibridez en el uso de diferentes métodos de investigación. Estos métodos son llamados *child friendly* porque han sido diseñados para ser divertidos y agradables para los niños/as. Combinan enfoques visuales y verbales y van desde ejercicios con mapas, paseos, juegos de rol, diarios, dibujos, fotografías, hasta entrevistas y grupos de discusión. El enfoque participativo tiene que ver más con las formas de entender la metodología que con técnicas o métodos específicos

(Guitart, Ferret y Ferré, 2011). Por otra parte las metodologías de investigación participativas por su carácter activo resultan promotoras de instancias de reflexión elaborativas poniendo en el centro la acción para una transformación social (Sirvent, 2018).

Para la realización de los talleres, con el objeto de abordar el objetivo propuesto se elaboró material específico: tarjetas de *emojis* (que son dibujos de caras utilizadas en redes sociales como modo de expresar distintas emociones); se propusieron juegos conocidos,⁶ y otras consignas más libres tales como la imitación de las caras, la búsqueda de algún emoji específico según la situación propuesta, la asociación de esas emociones con situaciones particulares, entre otras propuestas.

En el primer taller realizado en CABA se utilizó la técnica de collage con revistas para graficar un *día ideal* y un *mal día*. La propuesta tuvo un nivel casi nulo de participación: el uso de revistas no actuó como material agradable y/o atractivo, y la consigna estaba dirigida directamente a relatar su propia experiencia. En función de esto, para los siguientes talleres se descartaron las revistas y se propuso como actividad la *creación de tu propio emoji*, como técnica artística, combinando dibujos y algunas cartas de emojis. A este personaje le agregaron en forma escrita “cosas que le gustan y cosas que no le gustan”. De esta manera se desplazó el eje, y en lugar de expresar sus propias experiencias agrada-

bles o desagradables, estas fueron mediatizadas a través de un personaje ficticio. A ello se le agregaron juegos de preguntas y respuestas que generaron un diálogo y un modo alternativo de expresión de temáticas como la violencia, la justicia, el sentirse protegido, cuidado, la vinculación con sus familias, los malestares, enojos y deseos.

Se realizaron tres talleres que estuvieron a cargo de profesionales (una trabajadora social y un psicólogo especializados en técnicas lúdicas) integrantes del equipo de investigación, con roles diferenciados de coordinación de las actividades y observación no participante respectivamente.

Los datos obtenidos en los talleres realizados fueron procesados y analizados según los denominados enfoques procedimentales (Rodríguez, Gil y García, 1996), que suponen: 1) actividades de reducción de los datos recabados a través de las grillas de clasificación, codificación y análisis confeccionadas para tal fin; 2) tareas de disposición de la información obtenida; y 3) tareas de extracción y verificación de conclusiones (Huberman y Miles, 1994), con aplicación de técnicas de análisis de contenido y discursivo (Marradi, Archenti y Piovani, 2018).

La exploración preservó en todo momento los resguardos éticos necesarios, tanto para brindar un entorno seguro como para asegurar el anonimato, la privacidad,

la confidencialidad, la participación informada y voluntaria, haciendo prevalecer siempre el interés superior de NNyA. Con estos últimos se implementó un consentimiento informado. En el caso de los niños y niñas, quienes por definición legal son demasiado jóvenes para dar su consentimiento informado, se implementó un asentimiento informado. Tanto el diseño como la obtención de los consentimientos y los asentimientos informados, así como también el proceso de recopilación y el posterior análisis de los datos, se ha suscripto a la Declaración de Helsinki (1964 y su enmienda 2013) y se han seguido los estándares éticos locales propuestos por la Guía para Investigaciones en Salud Humana del Ministerio de Salud de la Nación (Resolución 1480/2011 y su posterior ajuste en 2015). Asimismo, todo el tratamiento de los datos ha estado acorde a los principios de Buenas Prácticas para la investigación y evaluación, conjuntamente con los estándares diseñados para la investigación con niñez de UNICEF (2015). Cabe señalar que los resultados presentados expresan las percepciones y valoraciones de las y los NNyA que participaron de los talleres realizados, y no pueden ser generalizados al conjunto de NNyA institucionalizados.

2. Resultados

2. a. Encuadres difusos

Una de las dificultades centrales en torno a la imple-

mentación de los talleres consistió en la aceptación de los encuadres para realizar las actividades, tanto por los actores institucionales como por las NNyA. De esta manera fueron definidos como encuadres difusos. Los talleres se desarrollaron sin una presentación formal por parte de responsables institucionales. 7 De esta manera, las actividades se iniciaban jugando espontáneamente para convocar la curiosidad, y en algún momento de ese proceso se les presentaba a las y los participantes los objetivos de la investigación. En uno de los talleres lúdicos en el hogar de CABA, al mencionarles el propósito de la misma y el interés por conocer qué piensan y sienten acerca de determinados temas, uno de los niños mientras se desarrollaba un juego de preguntas y respuestas nos indicó: “Entonces, escribí las respuestas de cada uno, con nombre y apellido”. El juego cobraba así un sentido diferente. Ya no se trataba sólo de jugar por jugar, y si la intención era conocer las voces, queríamos que quede claro qué opina cada uno de ellos, con nombre propio.

En cuanto a los encuadres para la realización de los juegos, la propuesta permitía entrar y salir, irse del lugar donde se realizaban, combinar la utilización de la computadora con la participación en el espacio de taller y/o salir al patio y volver a entrar, lo que nos llevó a flexibilizar las condiciones iniciales del dispositivo lúdico. La noción de *dispositivo flexible* como aquello

que cambiando de forma, facilita múltiples conexiones (Makrucz, Núñez y Sánchez, 2017) fue incorporada y transformada en función de las particularidades del taller. Consignas breves, juegos de rápida resolución, propuestas simultáneas, coordinación dinámica con los permanentes emergentes que fueron surgiendo. En síntesis, nos corrimos de un único encuadre para poder alojar la multiplicidad y dar lugar a la experiencia posible.

2.b. Propiciar espacios para decir y contar: memes y emojis. El taller lúdico como dispositivo deleuzeano. Acerca de la palabra como puro flujo

El taller lúdico como dispositivo deleuzeano invita a pensarlo como una “máquina para hacer ver y hacer hablar” (Deleuze, 1990), como un conjunto multilineal con líneas de diferente naturaleza, que siguen multiplicidad de direcciones, se bifurcan, se quiebran, se difuminan. En cada juego propuesto se enmarañan líneas de enunciación y de visibilidad, se abren nuevas dimensiones impensadas previamente al encuentro. Por eso, las consignas y/o actividades diagramadas no pueden ser rígidas, ya que buscan cartografiar y capturar también lo invisible, lo no dicho. En un espacio de juegos hay cuestiones que enuncian y visibilizan más allá de las consignas en sí: gestos, conductas, expresiones, acciones, que luego habrá que desenmarañar. Este disposi-

tivo constituye en cada caso dibujar un mapa, recorrer tierras desconocidas, instalarse en las líneas mismas, que no se contentan sólo con componer un dispositivo, sino que lo atraviesan y lo arrastran, de norte a sur, de este a oeste o en diagonal (Deleuze, 1990).

Como se mencionó anteriormente, la propuesta de armado de *memes* (que se trata de imágenes intervenidas con títulos graciosos) y las tarjetas de *emojis* constituyeron un recurso valioso y tuvieron una amplia aceptación entre las y los participantes de distintas edades. Los *emojis* creados por NNyA fueron utilizados como personajes para ponerles palabras a malestares y afectaciones. Proponían los títulos y los y las talleristas los escribían y pegaban.

Es significativo que la consigna de “lo que no le gusta a ese *emoji*” está escrito en tercera persona, y “lo que le



“Está triste porque extraña a su familia. Está feliz porque encontré a mi familia”.



“Estoy feliz porque estoy con la gente que me quiere. Esta es Nicol. Quiere estar con su familia que extraña a sus hermanos sobrinos, quiere ver a sus padres”.

gusta/pone feliz” en primera persona, tal como se observa en las imágenes anteriores.

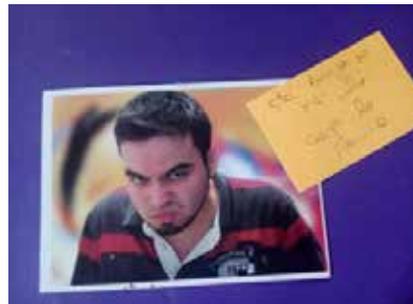
Esta escisión discursiva, que asocia los pares malestar - uso de la tercera persona por un lado, y bienestar - en primera persona por el otro, expresa la necesidad inconsciente de poner afuera (en una tercera persona) la dimensión del sufrimiento, dando cuenta de un mecanismo proyectivo que podría indicar la existencia de procesos de padecimiento subyacentes que no están siendo elaborados.

En relación a la invención de títulos a imágenes (*memes*) se expresan a través de emociones como alegría y tristeza, la afectación que trae aparejada la separación de NNyA de sus familias, la importancia de los vínculos con sus padres y su familia ampliada, y la necesidad del afecto en los vínculos intersubjetivos en la constitución subjetiva de las infancias.



"Cuando lo llama la mamá".

Algunas imágenes tuvieron hasta 4 títulos diferentes, como se observa en la siguiente, condensando múltiples sentimientos vinculados.



"Cuando le gustan los menores".

En el taller del hogar de la Región sanitaria VI, mixto y con más diversidad de edades, esta propuesta estuvo muy ligada primero a lo literal/descriptivo de la imagen y se observaron dificultades para entrar a la escena del juego, a la ficción, al *como si*. En este taller fue necesario preguntar *por qué* estaba enojado, por ejemplo, para

propiciar la producción y construcción de sentidos. La escuela aparece como una institución central para niñas y niños en tanto posibilidad de aprendizaje, socialización, vínculos y lazos sociales que favorecen la autonomía.



"Cuando tu mamá te dice que va a venir",
"Cuando viciaste todo el día con la compu",
"Cuando no tenés computadora",
"Cuando tenés sueño."



"Triste... porque no fue a la escuela".

La idea de hacer hablar a una imagen y/o a un emoji también tenía la intención de promover el decir de otro modo. Potenciar la circulación de la palabra en forma dinámica, como puro flujo, para luego poder contestar

otro tipo de preguntas más directas, también en el plano del juego, pero dirigidas puntualmente hacia ellas y ellos. Entendemos por flujo la vinculación que se produce desde la lógica micropolítica, en términos de Deleuze y Guattari (1999), como aquella que da lugar a los microprocesos, a conexiones infinitesimales, a lógicas instituyentes, a la inclusión de las fugas, interrupciones y discontinuidades como parte inherente en torno a un acontecimiento, y que no puede, aun así, escindirse de los marcos más instituidos y esperados.

2.c. Juego de preguntas y respuestas. Hacer visible el malestar

Luego de dar voz a imágenes y *emojis*, propusimos jugar con preguntas que, lejos de pretender un encuadre de entrevista, buscan ser respondidas en forma dinámica al estilo de *repechaje*, o *sin repetir y sin soplar*. Esto implicó la ausencia de tiempo para pensar en las respuestas y la emergencia de aquello del orden de lo espontáneo e inesperado, propio del juego. En el taller de CABA en el que participaron solo varones, cada respuesta estuvo sistematizada con el nombre de quien la enunció, a pedido expreso de ellos. En el taller realizado en el hogar mixto las respuestas se registraron sin identificar a quién correspondía.

Algunas de las respuestas pueden darnos un panorama de cómo están transitando su vivencia por el disposi-

tivo y en ello encontramos diferencias muy notorias entre ambos. Las mismas se vinculan directamente a las propuestas institucionales y las concepciones acerca de la niñez que subyacen en cada dispositivo. Ante la pregunta “¿Qué haces en tu tiempo libre?”, en el taller del hogar de CABA se mencionaron actividades lúdicas, deportivas, de socialización por fuera del dispositivo: “Jugar al fútbol”, “ir al club”, “ver amigos”. Mientras en taller del hogar de Región Sanitaria VI: “Me siento”, “me fumo un porro”, evidencia la soledad y sentimientos de vacío que sienten las y los adolescentes.

Ante la consigna “Yo me siento feliz cuando...”, el tiempo compartido con la familia cobró un rol protagónico: “Cuando estoy con mi familia”, “cuando voy a la casa de mi hermano y miro películas”, “cuando estoy con mi familia”, “cuando estoy con mi tía”, “cuando mato a alguien”, “cuando gana River”, “cuando gana Boca”, “cuando meto un gol”, “cuando se vaya Macri”.

En el taller del hogar en zona VI de la provincia de Buenos Aires, las niñas y los niños mostraron sufrimientos intensos y malestares subjetivos vinculados a vivir en una institución. Ante la pregunta “¿Qué me da felicidad?” contestaron: “Estar muerto”, “estar con mi familia”, “cuando me vaya de acá para siempre”, “ojalá me vaya de este maldito barrio”. La institucionalización se muestra como situación de violencia subjetiva y es sentida como una vulneración de derechos, al extremo

de no encontrarle sentido a la vida. Ante la pregunta “¿Qué es la violencia?” respondieron: “Matar a uno”, “cuando pegás a uno”, “cuando apuñalás a alguien en el corazón”, “suicidarse”, “yo no me suicido... voy a probar un día”. Esta última referencia alerta respecto a los procesos de desobjetivación y mortificación que pueden ocurrir durante la institucionalización, al extremo de hacer pensable la posibilidad de ejercer violencia contra sí mismos.

En el hogar de CABA las definiciones de dicho término fueron: “Maltratar a alguien”, “maltrato verbal o físico”, “a las piñas”, “acción poco aconsejable de realizar”.

Las respuestas en los talleres de ambos dispositivos ante la consigna “Pienso que mi vida es...” fueron: “demasiado... fracaso”, “una mierda”, “basura”, “no sé”, “excelente”, “interesante”, “próspera”, “mi corazón está roto”. Estas mostraron que las mayores afectaciones y vulneraciones son aquellas que lesionan el autoestima y ponen en juego el derecho a proyectar un futuro.

Con respecto al vínculo con otras y otros, la consigna “¿Qué significa sentirse protegidas y protegidos?” también arroja resultados interesantes: “sentirse cuidadas y cuidados por una persona mayor”, “cuando hay alguien al lado tuyo”, “sentirse acompañado”. Y ante la consigna “¿A quién recurrís cuando precisas ayuda?”, la respuesta estuvo dirigida a sus pares: “Amigos”, “compañeros” y “familiares”.

En el taller del hogar de la provincia de Buenos Aires, las respuestas ante cualquier consigna estaban vinculadas a la manifestación de no querer estar ahí, y al deseo de estar con su familia. Por ejemplo, frente a las tarjetas “A mi me aburre mucho...”, las respuestas fueron: “Estar en este lugar”, “no estar con mi mamá”, “no estar con mis viejos”. Y “De todo el universo lo mejor de la vida es...”, “mi familia” se repetía insistentemente. Una de las niñas participantes en medio del juego preguntó a quienes coordinaban el taller si tenían hijos o sobrinos y qué haría si no los pudiera ver por mucho tiempo “viste qué feo que es”.

Cuando consultamos sobre sus juegos favoritos surgieron narrativas que hacían referencia al tiempo que hacía que no jugaban a su juego favorito, que por otro lado solían compartir en su ámbito familiar o comunitario. Ante un intento de ampliar sobre el tema, al preguntarle a otra niña “¿Cuándo fue la última vez que jugaste?”, la respuesta fue “hace 4 meses, cuando estaba en casa”. Las niñas, niños y adolescentes expresaban que habían dejado de jugar, y no solo a su juego favorito, una vez que ingresaron al hogar. A su vez, ante la pregunta de “¿Cómo podría yo ayudar a los demás?”, algunas de las respuestas fueron: “Jugando”, “escuchándolos”. La dificultad de la ficción, el “como si” propio del juego que surge en los títulos de los *memes* y en las respuestas ante cualquier consigna, que denuncia el malestar de

estar atravesando una medida de protección institucional que promueve la distancia con la familia, el no-juego y el no querer estar ahí, constituyeron los emergentes centrales en el proceso de investigación a partir de las voces de NNyA, que evidenciaban vulneración de derechos.

3. Discusión: ¿suspender el juego?

A partir de los resultados presentados surge el interrogante acerca del despliegue lúdico de NNyA en el *mientras tanto* dentro de dispositivos convivenciales. Se trata de un *mientras tanto* que se prolonga hasta que las situaciones complejas que determinaron el ingreso al lugar se modifican (desde un cambio significativo en las familias, en relación a la vulneración que motivó la medida excepcional, o bien, cambios administrativos como el surgimiento de una vacante en otro lugar o la adoptabilidad). Este *mientras tanto* deviene en un período que deja marcas en la constitución de la subjetividad y la identidad. Momento vital que viene antecedido de un particular sufrimiento, producto de traumatismos graves donde la fragilización de los lazos familiares, las violencias, el maltrato y el abuso entre otros acontecimientos, impactan de manera significativa en los procesos de constitución psíquica, requiriendo de un proceso de elaboración y simbolización de los duelos y las pérdidas padecidas.

Las narraciones respecto a la suspensión del juego durante la permanencia en las instituciones, constituye un indicador significativo en términos de la salud mental, ya que el juego es constitutivo del desarrollo emocional de niños y niñas, y sólo en él, se puede crear y usar toda la personalidad reconociéndose en su impulso creador (Winnicott, 2007). Es un “hacer impulsivo, espontáneo-fluyente”, una acción animada y este movimiento lúdico es diferente de cualquier otra movilidad humana (Fink, 1966); es un modo de estar a salvo de la deriva, del sinsentido, del vacío (Scheines, 2017). ¿Qué modos de *estar a salvo* son posibles si no hay momento de jugar?

Desde una perspectiva psicoanalítica, cuando una niña o niño juega se comporta como si fuera un poeta: es capaz de producir sus propias creaciones e insertarlas en el mundo, transformando el modo en el cual él mismo puede observarse y también modificando la realidad (Tkach, 2011). En ese sentido, la suspensión del juego durante el tiempo de institucionalización compromete el crecimiento y el desarrollo impide la elaboración de las diferentes emociones, y se acompaña de la pérdida de la posibilidad de alterar y transformar lo circundante. En el contexto de las institucionalizaciones, ¿cómo se promueve ese momento de juego? No alcanza que exista un espacio físico para jugar, aunque sea de vital importancia, es necesario el vínculo intersubjetivo de

sostén y apoyo. ¿Qué ocurre a nivel del deseo, el placer y el malestar cuando no se juega?

Diversos autores han evidenciado que la capacidad de juego en las niñas y los niños puede verse anulada tras situaciones disruptivas (Winnicott, 1958, 1971; Benyakar, 1996). En ocasiones el exceso de realidad es capaz de sobrepasar al aparato psíquico y dificultar tanto la simbolización como la fantasía y el juego. En esas ocasiones es menester, para quienes cumplan funciones de cuidado con dicha población, la identificación de aquellas actividades repetitivas y estereotipadas para trabajar de manera conjunta la angustia allí coagulada y el intento de recuperar el juego creativo y espontáneo (Benyakar, 2002). Si se obturan esos instantes lo pleno del sentido sofoca y asfixia. Esto quedó vislumbrado en los talleres realizados ante las respuestas persistentes frente a cualquier consigna, de querer estar con su familia.

“Insaciables, plebeyos, los chicos no paran de hilvanar la dimensión desconocida que, por un lado, los causa y, por el otro, los sostiene. Ingeniosos, algunos hilos deseantes tienen pegamentos y pueden permanecer engomados, entreverados y atrapados en ellos. En estas situaciones quedan empantañados, fijados, encarnan la red, sin desplazamientos. Ya no los protege ni pueden seguir tejiendo. Detenidos, sufren la angustia impotente, obscena, que impide jugar”

(Levín, 2019: 20).

En estas situaciones donde la capacidad de jugar se suspende por las situaciones complejas atravesadas previamente, si el espacio que aloja y no acompaña para desarmar, desenredar, delinear nuevos trazos, la situación se vuelve aún más compleja. ¿Cuál es el lugar que se da al alojar el sufrimiento y las emociones de estas infancias? ¿Qué otros modos de expresión de sus deseos y malestares se facilitan en el *mientras tanto* de un hogar convivencial? ¿Qué lugar real tiene el juego acompañado desde estos espacios?

Si el acto de jugar no es el comienzo, sino el efecto de desear, ¿qué lugar tiene el deseo, entonces, de los niños y niñas que transitan temporalmente por institucionalizaciones excepcionales?

La imposibilidad de elaboración del propio sufrimiento y las violencias padecidas, puesta de manifiesto en la proyección en el afuera de sentimientos y representaciones propias que se señaló más arriba, resulta coherente con este efecto de suspensión del juego observado. Esta imposibilidad de jugar da cuenta de la presencia de procesos subjetivos que no están pudiendo ser simbolizados y elaborados, aspecto que justamente hace a la función principal del juego en la niñez.

Situaciones tales como la institucionalización impactan en la subjetividad de NNyA produciendo efectos traumáticos. Es esencial que los dispositivos destinados a esta franja permitan simbolizar la relación entre el im-

pacto de la realidad vivenciada y los procesos psíquicos que se desencadenan en cada niña o niño. Siguiendo a Silvia Bleichmar (2010), se entiende que esta es una vía privilegiada para posibilitar la resignificación de las situaciones de extremo sufrimiento psíquico atravesadas.

4. A modo de conclusión

Este trabajo busca comprender, por una parte, la construcción de sentidos de NNyA que habitan en una institución sobre las violencias que los afectan y los derechos que se vulneran. Por otra parte, y conjuntamente con la generación de evidencia acerca de los decires y emociones de NNyA institucionalizados, mostrar la potencia de las metodologías participativas como medio privilegiado de acceso y expresión de sus *sentipensamientos*. Desde un enfoque de derechos, las voces de NNyA nos interpelan y nos conducen por intersticios no visualizados.

El taller lúdico pensado como dispositivo deleuzeano, es decir, como máquina para hacer ver y hacer hablar, permitió la enunciación y visibilización de vivencias y temáticas, que dieron lugar a dimensiones emergentes tales como las violencias vivenciadas y la interrupción del juego una vez ingresados al hogar. Ser escuchados, comprendidos y habilitar espacios de encuentros intersubjetivos con adultas y adultos y con sus pares es lo que proponen, des-

de sus propias voces, niñas, niños y adolescentes. Los NNyA que participaron de los talleres lo hicieron en un marco de entusiasmo y necesidad de protagonismo, instando a que sus opiniones fueran identificadas y tenidas en cuenta.

Por otro lado, el nivel de dinamismo para trabajar con encuadres difusos, alojar emergentes en forma permanente que requiere la investigación con NNyA es un desafío que implica, precisamente, evitar aquellas violencias que ilumina, propiciando los decires sobre sus experiencias, emociones y sufrimientos en los dispositivos mencionados. Dicho encuadre debería ser adoptado por las instituciones para poder alojar la diversidad de las expresiones, emociones, experiencias y sufrimientos infantiles durante el período de institucionalización, evitando la suspensión de la actividad lúdica, creadora, constitutiva, propia del desarrollo saludable en momentos críticos tales como la interrupción de la convivencia familiar.

En relación a las violencias subjetivas, éstas emergen en las producciones en los planos intra (propias), inter (relaciones) y trans (en común). En el plano intra subjetivo, la violencia es representada mediante sentimientos de vacío, soledad, corazón roto, sinsentido de la vida, o de muerte en vida, los cuales aparecen como auto valoraciones que se repiten entre varios NNyA, pero son vivenciadas individualmente (intra), y sufridas como

propias. En el plano relacional o intersubjetivo (inter), por su parte, la violencia aparece a través de ideas de agresión hacia los demás bajo la forma de querer matar, pegar, apuñalar el corazón, dar piñas, o maltratar. En cuanto al plano trans subjetivo, aparecieron aspectos en común, tales como la afectación por la separación de las familias, el malestar subjetivo, la necesidad de afecto en los vínculos intersubjetivos, la mortificación compartida por la institucionalización, y la insistencia unánime en no querer permanecer allí.

La institucionalización es vivida en tanto violencia subjetiva y sentida como una vulneración de derechos, al extremo de lesionar la autoestima, no encontrarle sentido a la vida y poner en juego el derecho a proyectar un futuro.

El planteamiento de una metodología de indagación respetuosa de los derechos de la niñez ha resultado ser efectiva para el despliegue de las producciones subjetivas de NNyA. Nos permitió conocer tanto sus sentimientos y pensamientos así como sus emociones y las situaciones de violencia vividas, posibilitando en el proceso de investigación la posibilidad de simbolización de las mismas.

Los hallazgos alcanzados resultan significativos para abordar el derecho al juego, uno de los derechos que promueve la CIDN, el cual requiere ser problematizado desde las políticas públicas a la luz de los resul-

tados presentados, con miras a su efectiva garantía.

Bibliografía

Barcala, A. (2019). Discursos en salud mental: construcción de subjetividades en la niñez en la ciudad de Buenos Aires. En *Interface* (Botucatu) [online]. Epub June 27, 2019. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100245&lng=en&nrm=iso

Barcala, A., Luciani Conde, L., Wilner, A., Tisera, C., y Prol, G. (2019). Niñez y violencias institucionales en la internación por salud mental: estudio exploratorio en la Ciudad de Buenos Aires. En Barcala, A., Poverene, L. (comp.). *Salud Mental y Derechos Humanos en las Infancias y Adolescencias. Investigaciones actuales en Argentina*. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús, 2019, pp. 249-260.

Benyacar, M. (1996). Juego, palabra y sublimación. Mesa Redonda: Trauma, duelo y juego. Asociación Psicoanalítica Argentina, XIX Jornadas Anuales del Departamento de Niños y Adolescentes. Agosto de 1996, Buenos Aires, Argentina.

Benyakar, M. (2002). Salud Mental y Desastres. Nuevos Desafíos, Revista Neurología, Neurocirugía y Psi-

quiatria. Nuevos desafíos. 3. *Neurol Neurocir Psiquiat* 2002; 35(1): p. 3-25.

Bleichmar, S. (2010). *Psicoanálisis extramuros*. Puesta a prueba frente a lo traumático. Buenos Aires: Editorial Entreideas.

Crespo, H., Folgar, L. y Muñoz, R. (2019). *Todas las rutas llevan a ... Descripción trans-institucional de internaciones de niñas, niños y adolescentes en hospitales públicos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. En Barcala, A., Poverene, L. (comp.). *Salud Mental y Derechos Humanos en las Infancias y Adolescencias. Investigaciones actuales en Argentina*. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús, 2019, pp. 223-239.

D'Ancona, M. A. (2001). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

De Souza Minayo, M. C. (1995). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

De Souza Minayo, M. C. (2003). Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social. En M. C. De Souza Minayo (org.). *La investigación social. Teoría método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar.

Declaración de Helsinki (1964). Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en seres humanos. Asamblea Médica Mundial (última enmienda: Brasil 2013).

Deleuze, G. (1990) ¿Qué es un dispositivo? En AAVV. *Foucault, el filósofo*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1999). *Mil Mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre-Textos.

Fink, E. (1966). Oasis de la felicidad. *Pensamientos para una ontología del juego*. México: Instituto de Investigaciones Filosóficas.

Freud, S. (1984). El creador literario y el fantaseo. En *Obras Completas*, Vol. IX, Buenos Aires: Amorrortu. Guía para Investigaciones Humanas. Ministerio de Salud de la Nación (2015).

Levín, E. (2019). *La dimensión desconocida de la infancia. El juego en el diagnóstico*. Buenos Aires: Noveduc.

Luciani Conde, L., Barcala, A. (2018). El uso de medidas restrictivas en la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes. Implicancias desde la perspectiva de los derechos y sanitaria, *Revista Igualdad, Autonomía*

Barcala | Conde | Sánchez | Makrucz | Moreno | Rubel | Miguel
| Quinteros | Guerrero | Poverene | Torricelli

Personal y Derechos Sociales N 7, Asociación de Derecho Administrativo de la Ciudad de Buenos Aires, mayo 2018.

Makrucz, G., Núñez, R. y Sánchez, N. (2017). Trayectorias de vida de jóvenes en conflicto con la ley. Experiencias de intervención desde una política pública comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad* 4, Universidad Nacional de Lanús. Disponible en: http://www.unla.edu.ar/documentos/centros/salud_mental_comunitaria/revista/saludmentalycomunidad4.pdf

Marradi, A., Archenti, N., Piovani, J. (2018). *Manual de metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Luna, M. (2013). Discriminación a niñas, niños y adolescentes carentes de cuidados parentales que residen en instituciones de cuidado. Institucionalización y prácticas discriminatorias en Latinoamérica y el Caribe. Buenos Aires. Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (RELAF)-UNICEF. Disponible en: https://www.observatoriode-lainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4053

Llobet (2019). La investigación en la infancia y algunos desafíos para la política y la intervención. En Barcala,

A. y Poverene, L. (comp.). *Salud Mental y Derechos Humanos en las Infancias y Adolescencias. Investigaciones actuales en Argentina*. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús, 2019, pp. 27-33.

Scheines, G. (2017). *Juegos inocentes, juegos terribles*. Buenos Aires: Espíritu Guerrero Editor.

Sirvent, M. (2018). De la Educación Popular a la Investigación Acción Participativa. Perspectiva pedagógica y validación de sus experiencias. *InterCambios. Dilemas y transiciones de la Educación Superior* 5(1), 12-29. doi: [HTTP://DOI.ORG/10.29156/INTER.5.1.10](http://DOI.ORG/10.29156/INTER.5.1.10).

Rodríguez Gómez, G., Gil Flores J., García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.

UNICEF (2013). La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. Perrault, N. (coord.), Palummo, J. (autor). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UNICEF (2015). Procedure for Ethical Standards in research, evaluation, data collection and analysis. Document Number: CF/PD/DRP/2015-001. Effective Date: 01 April 2015.

Barcala | Conde | Sánchez | Makrucz | Moreno | Rubel | Miguel
| Quinteros | Guerrero | Poverene | Torricelli

Vasilachis de Gialdino, I. (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.

Winnicott, D. (1958). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. En *La capacidad de estar solo*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1971). The place where we live. En *Playing and reality*. New York: Basic Books.

Winnicott, D. (2007). *Realidad y Juego*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Who-Gulbekian (2015). Suggested citation: World Health Organization and the Gulbenkian Global Mental Health Platform. Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities. Geneva: World Health Organization-Gulbenkian Global Mental Health Platform.

Notas

¹ Proyecto Amilcar Herrera UNLa (código 33A 80020170100013LA). "Violencias institucionales y vulneración de derechos en la internación por razones de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense. Las voces de los niños, niñas y adolescentes". Directora: Dra. Alejandra Barcala. Codirector: Dr. Leandro Luciani Conde (período 2018-2019).

² Artículo 9. Inciso 1. Los Estados Partes velarán porque el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de estos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, en conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Dicha determinación puede ser necesaria en casos particulares, por ejemplo, en los casos en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres, o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño.

³ Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

⁴ El hogar de CABA es una Asociación Civil en convenio con el Estado, con trayectoria en el abordaje de la niñez desde la perspectiva de derechos, que ha impulsado la creación de distintas modalidades de atención. Eso se visualiza también en el espacio físico, no sólo en cuanto a su organización en sectores (computadoras, mesa grande multifuncional, biblioteca de juegos de mesa, living, patio, perro) sino en la consideración de ese lugar como "la casa" de niños y niñas, y la búsqueda de actividades por fuera del dispositivo. El hogar de Región Sanitaria VI, por su parte, es estatal y tiene una modalidad transitoria como primer espacio al que ingresan al momento de tomar una medida de protección. El pasaje por ese espacio debería ser breve ya que luego serían trasladados a un hogar, pero ese tiempo suele demorar más del previsto (participantes del taller hace más de dos años que se encontraban allí), por lo que la característica de transitoriedad en principio daría más dinamismo a los ingresos que a los egresos. Con respecto al espacio físico, evidenció mayor

deterioro, un patio amplio y dos edificaciones enfrentadas: una que funciona de comedor y otra con las habitaciones, baños y oficina.

⁵ Respecto de las edades de NNYA participantes en los talleres, no se apuntó a establecer comparaciones entre franjas etarias sino a posibilitar el despliegue de las voces de NNYA; razón por la cual no hubo criterios de selección por edades en este tramo de la investigación, debiendo ajustarse las consignas a los tiempos y posibilidades de cada participante. Cabe señalar que se dio importancia a la libre participación, siendo la misma voluntaria en función del interés espontáneo de cada NNYA.

⁶ “Chanco va”: se trata de circular cartas entre los participantes hasta recolectar cuatro cartas iguales y “Juego de la memoria”: entre cartas dadas vueltas, encontrar dos o más imágenes iguales.

⁷ En todos los casos, los días programados para las actividades no se encontraba presente la persona referente con quien se habían combinado previamente los encuentros, o no recordaban que se había comprometido en esa fecha para realizar la actividad.



“Arteando”: una experiencia de abordaje psicosocial para niñas, niños y adolescentes a través del juego y el arte colectivo

Marina Tolli

Prof. Lic en Psicología, Master of Public Health (MPH)

Universidad Nacional de San Luis-CONICET.

tolli.marina@gmail.com

María Laura Cabrillana

Municipalidad de la Ciudad de Mendoza.

marialaura702@hotmail.com

Resumen

Este artículo surge de un proyecto que tuvo como objetivo crear espacios de arte y juego para la expresión y reflexión sobre las experiencias y realidades de niñas, niños y adolescentes de barrios del oeste de la Ciudad de Mendoza, Argentina. Nuestra intención fue promover la mirada crítica sobre sus realidades para desempeñarse como actores sociales capaces de transformar la realidad. Está basado en notas de campo realizadas después de los encuentros, en las producciones artísticas y en fotografías que fueron plasmando la experiencia. Las actividades que desarrollamos permitieron el protagonismo de las niñas, niños y adolescentes, un sector de la comunidad muchas veces silenciado. Consideramos que el juego grupal y el arte colectivo permiten transformar los lazos sociales en la medida en que cada uno y cada una deja de considerarse un individuo aislado que debe enfrentar su realidad separadamente, para pasar a ser parte de un todo, estableciendo lazos de interdependencia y colaboración mutua. De esta forma

vamos construyendo nuestra forma de entender, vivir y organizar la vida en comunidad, como alternativa a la sociedad individualista.

Palabras clave: arte colectivo, juego grupal, transformación social.

Abstract

This article arises from a project that aimed to create art and play spaces, for expression and reflection on the experiences and realities of children and adolescents from western neighborhoods of the City of Mendoza, Argentina. Our intention was to promote a critical view on their realities and to act as social actors capable of transforming it. It is based on field notes made after the meetings, on the artistic productions and on photographs that captured the experience. The activities that we develop allowed the protagonism of children and adolescents, a sector of the community that is often silenced. We consider that group game and collective art allow us to transform social ties to the extent that each and every one ceases to be considered an isolated individual who must face their reality separately, to become part of a whole, establishing ties of interdependence and mutual collaboration. In this way we are building our way of understanding, living and organizing community life, as an alternative to individualistic society.

Key Words: collective art, group game, social transformation.

Introducción

Franco1 (15 años) llega serio al taller de arte. Ya habíamos comenzado a realizar la actividad. Cuando se le da la consigna dice que no quiere realizarla porque no tiene ganas. Estábamos realizando máscaras tiki como las de las islas polinesias con botellas de plástico, pintura y otros materiales reciclados. Después de pasar unos minutos sentado en silencio comienza a realizar el trabajo. Pareciera que mientras recorta y pinta algo se va soltando y nos comenta:

F: Profe vi a mi papá. Mi mamá no quiere que lo vea pero yo lo veo igual.

Coordinadora: ¿Dónde lo viste?

F: Ahí cuidando coches, fui después de la escuela.

Coordinadora: ¿Por qué tu mamá no quiere que lo veas?

F: Porque no le pasa la cuota alimentaria. Igual no me importa porque yo lo veo si quiero, con mi mamá no me llevo bien.

La máscara que realizó fue azul, con dientes afilados y sangrientos, gorrita y dos lágrimas rojas cayendo de sus ojos.

Este artículo surge de un proyecto de promoción de la salud que se llevó a cabo en un Centro Integrador Comunitario (CIC) de la Ciudad de Mendoza, Argentina.

Fue desarrollado por una artista plástica y una psicóloga con el objetivo de crear espacios de arte y juego, para la expresión y reflexión sobre las experiencias y realidades de niñas, niños y adolescentes de barrios del oeste de la ciudad. Los talleres se llevaron a cabo entre los años 2012 y 2015. Nuestra intención fue promover la mirada crítica sobre las experiencias para que niñas, niños y adolescentes puedan desempeñarse como actores sociales capaces de transformar su realidad. Está basado en notas de campo realizadas después de los encuentros en el barrio, en las producciones artísticas y en fotografías que fueron plasmando la experiencia.

El desafío al que nos enfrentamos en este relato es poder transmitir el trabajo realizado en los talleres, reflejando las vivencias de las niñas, niños y adolescentes, sus interacciones familiares, barriales y comunitarias, las violencias visibles, invisibles e invisibilizadas a las que están expuestos, pero teniendo un cuidado especial en proteger su integridad. Sabemos que el recorte que realizamos, aunque bien intencionado, puede ser utilizado como una herramienta más para la estigmatización de los sectores populares. Esto nos ha generado dudas y reflexiones sobre los aspectos éticos que se ponen en juego en los abordajes comunitarios que fuimos plasmando en otros trabajos y que retrasaron la decisión de narrar esta experiencia (Tolli, Muñoz y Sabez, 2019).

Particularmente, una situación marcó un antes y un después en la manera de informar el trabajo con comunidades. Asistimos a unas jornadas sobre Atención Primaria en Salud Mental acompañadas de un niño y una niña que concurrían a los talleres, para compartir la experiencia de promoción de la salud mental a partir de la creación colectiva. A punto de comenzar nuestra ponencia, sentados frente al público, nos dimos cuenta que no nos sentíamos cómodas de exponer el trabajo tal como lo habíamos realizado en otros eventos académicos a donde fuimos solas. A raíz de esa experiencia nos planteamos una regla práctica que nos ayudaba a resolver nuestras dudas sobre qué comunicar. Nos preguntábamos si diríamos algo en presencia de personas de la comunidad; si la respuesta era negativa, tampoco lo expondríamos cuando no estaban presentes.

El otro desafío fue distanciarnos de los abordajes asistenciales/preventivos dirigidos a poblaciones denominadas vulnerables, que muchas veces enfatizan la responsabilidad principal de la familia, particularmente de las mujeres, en el bienestar de las niñas, niños y adolescentes. La pobreza, la vivienda precaria, las condiciones de hacinamiento, el trabajo infantil, la inasistencia a la escuela o la falta de higiene son vistas, desde esta perspectiva, como una libre elección principalmente de las madres, quienes mantienen esta situación por irresponsabilidad o ignorancia. Por otra parte, el acercamiento a

las problemáticas desde los abordajes asistenciales/preventivos se realiza predominantemente desde una lógica intervencionista y judicial como medidas externas, sintomáticas y punitivistas que no brindan opciones de cambio reales (Soliz, 2012).

Teniendo en cuenta estos aspectos como punto de partida, nuestro objetivo fue trabajar a través del arte y el juego desde una perspectiva de derechos, como herramienta de disputa política (Infantino, 2019), apuntando al protagonismo infantil y trabajando transversalmente temáticas como la igualdad de género y la participación.

Caracterización de la comunidad

Los barrios donde se llevó a cabo el proyecto se encuentran al oeste de la Ciudad de Mendoza, Argentina, en el pedemonte mendocino, a poca distancia del centro de la ciudad.

La zona se fue conformando históricamente por formas urbanas heterogéneas y, entre ellas, es notable la diferencia en el acceso a los servicios básicos. Algunos de los barrios constituyen asentamientos informales, otros fueron construidos por el Instituto Provincial de la Vivienda (IPV) como un intento de reubicar a las familias de estos asentamientos.

El barrio más antiguo y representativo de la zona es un asentamiento radicado desde el año 1923 en terrenos pertenecientes a la Universidad Nacional de Cuyo

(UNCuyo). Este terreno se encontraba en un conflicto judicial que se resolvió en el año 2018 a favor de la universidad. La UNCuyo cedió a la Municipalidad de la Capital esos terrenos con la condición de que se realizaran los trabajos de urbanización y se le entregara una escritura a cada vecino o vecina.

Los terrenos que estaban en situación irregular son los más propensos a sufrir inundaciones y derrumbes de viviendas tras las tormentas debido a las características inestables del terreno. También se ven expuestos a problemas sanitarios por la falta de cloacas, la acumulación de basura, la ausencia de agua potable y demás servicios elementales.

Con respecto a su organización social, en los barrios funciona una mesa de gestión que busca responder a las necesidades de la comunidad y nuclear a las organizaciones de la sociedad civil.

Además cuenta con acceso a transporte público, escuela, jardín maternal, Centro Educativo de Nivel Secundario (CENS), Centro de Educación Básica de Jóvenes y Adultos (CEBJA) y Centro Integrador Comunitario donde se brinda Atención Primaria de la Salud y actividades recreativas. Consideramos que dos organizaciones son las más relevantes en la vida cotidiana de las niñas y niños de la zona, en parte, por el tiempo que llevan trabajando en los barrios (ambas superan los 25 años), pero sobre todo por el acompañamiento que

realizan. Una es un Centro Comunitario de apoyo educativo dependiente de una congregación religiosa que ofrece apoyo escolar, merienda y actividades recreativas y deportivas. La otra es un Centro de Actividades Educativas (CAE) que comenzó como un comedor comunitario y actualmente ofrece, además de almuerzo y merienda, talleres artísticos, recreativos y apoyo escolar.

Por otra parte, dada su cercanía con la UNCuyo, la comunidad es destinataria de diversos proyectos de Extensión Universitaria y proyectos de agrupaciones estudiantiles.

La presencia de estas instituciones y organizaciones, junto con planes de asistencia social como la Asignación Universal por Hijo o el programa Ellas Hacen, producen una mejora en la calidad de vida de las personas que habitan estos barrios, aunque alcanza casi exclusivamente a satisfacer las necesidades más básicas. Sin embargo, no impactan en los altos niveles de pobreza, en la desocupación o en el trabajo informal.

A modo de diagnóstico participativo y con el objetivo de establecer nuevas líneas de trabajo, en uno de los encuentros utilizamos la adaptación de la técnica FODA, basándonos en la estrategia presentada por Ríos y Lascano (2002, citado en Pérsico Gutiérrez y Urbina Languasco, 2009). Para esta actividad les pedimos que dibujaran el lugar más alegre de la comunidad (fortale-

za), el más triste (debilidad), el que más miedo les daba (amenaza) y el que les gustaría transformar (oportunidades).

La mayoría de las niñas y niños coincidieron que los lugares más alegres de la comunidad eran la cancha de fútbol que se encuentra en el predio del CIC, sus casas y también mencionaron un lugar en donde ensaya una banda de cumbia del barrio. Entre los lugares más tristes dibujaron la plaza del barrio, la cual consistía básicamente en un descampado en donde se acumulaba basura. Otro de los lugares que dibujaron fue el zanjón donde hay basura y animales muertos. Los lugares que más miedo les daban eran los pasillos de uno de los barrios, en donde los tiroteos son frecuentes, y el mismo zanjón, porque a la noche está oscuro y escuchan ruidos que interpretan como "la Llorona" u otros seres fantasmales.

Finalmente, los lugares que les gustaría transformar fueron la plaza y, coincidente con una gran tormenta que había producido muchos daños en sus viviendas, dibujaron sus casas y el agua de las lluvias.

Arteando

Mientras planeamos el proyecto varios colegas nos advirtieron de la conflictividad de la zona y de la poca participación en todo lo que se proponía. Estábamos dispuestas a intentarlo. Nuestra intención era poner en

valor la creatividad y lo lúdico, y a través de ello, favorecer la participación protagónica de las niñas, niños y adolescentes, ya que se encontraban relegados de la mayoría de los espacios comunitarios, sobre todo de aquellos que incluían la toma de decisiones.

Decidimos trabajar a través de talleres artísticos teniendo en cuenta el potencial que tiene el arte como promotor de las transformaciones a nivel individual, grupal y comunitario. Pretendíamos que el arte fuera un instrumento de recreación y disfrute, pero sin perder la mirada crítica y la problematización sobre sus realidades y las posibilidades de transformación. Son justamente estas posibilidades de transformación las que constituyen la dimensión política de las prácticas artísticas (Bang y Wajnerman, 2020).

Cuando pensamos el arte desde la transformación social nos referimos a todas aquellas prácticas socio-artísticas, desde las diferentes disciplinas artísticas, que pretenden transformar las injusticias presentes en nuestras sociedades desiguales y segregadas. El arte, entonces, sirve como instrumento para disputar la ampliación de derechos: derecho al consumo, al goce y a la producción artística (Infantino, 2019), derecho a no ser estigmatizados/as, derecho a participar plenamente de la vida comunitaria.

El nombre "Arteando" surgió porque el taller buscaba restarle importancia a la producción artística termina-

da como única finalidad: "el arte". Por el contrario, se enfatizó en la importancia del proceso creativo en su totalidad, pasando a ser la niña o el niño el principal protagonista. "La o el que está arteando".

A partir de un listado de familias con las que ya se había realizado algún abordaje desde el municipio, elaboramos invitaciones individuales, las repartimos en las casas y adicionalmente pegamos afiches en escuelas y negocios de los barrios. Al primer encuentro concurren 40 niñas, niños y adolescentes. La frecuencia de los encuentros fue semanal, de una hora y media de duración. Para participar no hacía falta inscripción previa y el espacio se mantenía abierto durante el tiempo que duraba la actividad; es decir, que podían ingresar o retirarse en el momento que lo desearan.

El proyecto se dividió en tres fases. Nuestra intención era que las fases no estuvieran definidas desde el inicio del proyecto sino que se fueran configurando de acuerdo a la experiencia. Es por esto que, después de cada fase se evaluaba, se definían objetivos específicos para la siguiente fase y las nuevas formas de trabajo, siempre teniendo en cuenta el objetivo general del proyecto y lo que iban proponiendo las niñas, niños y adolescentes. En la primera fase se trabajó la familiarización con los materiales y técnicas. Se utilizaron materiales variados, muchos de ellos reciclados, entre los que se incluyeron pintura, masa de sal, cartones y cajas, alambres, botellas

plásticas, cinta de papel, cartulinas, engrudo, elementos de la naturaleza (piedras, hojas, ramitas), etc. Estos encuentros permitían, de manera lúdica, la exploración de materiales y técnicas, en la mayoría de los casos, nuevas para las niñas y niños. Las actividades consistieron en trabajos individuales con una temática como disparador (la identidad, los sentidos, arte abstracto, etc.).

La segunda fase buscó promover la expresión, la creatividad y el proceso grupal. La propuesta de estos encuentros ya no fue meramente individual sino que incluía trabajos de construcción grupal y se intentó fortalecer el espacio del taller como un medio para la expresión creativa y de las vivencias cotidianas.

En la tercera fase se trabajó, además, la vinculación de la producción artística con la comunidad, que se logró a través de intervenciones urbanas realizadas en los barrios. Dichas intervenciones consistieron en la ocupación del espacio público por objetos o imágenes para transformar el paisaje y generar un efecto sorpresivo, que saca de lo habitual, de la rutina. Por otro lado, se organizaron salidas a museos, centros culturales y muestras artísticas con la finalidad de transformar el desigual acceso a los derechos culturales. De esta forma se buscaba que las niñas y niños que concurrían a los talleres tuvieran acceso a los bienes culturales de la provincia y a obras de artistas reconocidos, por ejemplo, Joan Miró y Ciruelo.

Uno de los desafíos al que nos enfrentamos fue poder tener un lugar de trabajo dentro del CIC. Si bien teníamos asignada una sala, muchas veces estaba ocupada o no nos la permitían usar por diferentes razones. Por esto, comenzamos trabajando en un pasillo o, si el clima lo permitía, en el patio del CIC. A esto se sumaban las quejas por los ruidos, porque las y los niños corrían y por las manchas de pintura, pese a que las coordinadoras se ocupaban de limpiar ellas mismas las instalaciones después de cada encuentro. Claramente, niñas, niños y adolescentes no eran reconocidos como usuarios legítimos de la institución. Después de mucha insistencia y a medida que nos fueron conociendo, logramos tener nuestro espacio propio, nuestro armario para guardar materiales y la posibilidad de decorar el lugar con las producciones artísticas de las niñas y los niños. Esto, que puede parecer un pequeño logro, marcó un antes y un después en el reconocimiento del proyecto y en la legitimación de las niñas, niños y adolescentes como partícipes de la vida comunitaria.

Juegoteca

Brian tiene 14 años. En el CIC se rumorea que roba. Cuando llega, sin intentar siquiera disimular, las personas agarran sus bolsos, se avisan unas a otras que entró y cierran las puertas. Las niñas y niños dicen que consume drogas y que colabora con el narcomenudeo. En

más de una ocasión nos insistieron para que le prohibiéramos la entrada. Inclusive nos manifestaron la legítima preocupación por la seguridad de las otras niñas o niños.

Un día entró a la juegoteca, saludó y se quedó de pie viendo a otras y otros sentados en el piso construyendo estructuras con bloques. Después de unos minutos sacó del bolsillo delantero de su jean un cuchillo de supervivencia como los que usa el personaje de la película Rambo. Lo dejó sobre un banco y ahora sí pudo flexionar sus piernas, sentarse en el suelo y armar él también figuras con bloques. No somos quienes para juzgar si Brian necesitaba o no andar armado, pero sí sabíamos que el espacio de la juegoteca era seguro. Nos acercamos amablemente y le preguntamos si podíamos guardar el cuchillo en el armario y que cuando terminara el taller nos lo pidiera y se lo devolvíamos. Asintió sin darle importancia al asunto. Brian durante una hora y media jugó y rio como un niño más. A la salida se olvidó de pedir el cuchillo y se fue. Una media hora más tarde regresó a buscarlo.

Otro de los ejes centrales del proyecto fue el juego, entendiendo que cuando las niñas y niños se expresan a través del juego pueden cambiar su realidad, elaborar sus emociones, decidir juegos, proponer actividades e interactuar con otras y otros de manera no competitiva ni violenta. Es por esto que después de algunos meses

de comenzado el taller de arte iniciamos el espacio de juegoteca en otro día de la semana, pero en el mismo espacio físico y con parte del mismo grupo de niñas y niños. El hecho de concurrir dos veces en la semana tuvo varias ventajas, afianzó el vínculo y la pertenencia grupal, y fortaleció la presencia del proyecto en la institución.

Los materiales que utilizamos los obtuvimos en parte desde la Municipalidad y a través del programa "Jugando construimos ciudadanía" del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, quien nos entregó un kit de juegos y juguetes producidos por emprendedores de la economía social.

En la actividad de la juegoteca no había consignas establecidas. Se distribuían juegos, juguetes, instrumentos musicales y otros materiales (como por ejemplo telas) y las niñas y niños podían elegir a qué jugar. Las coordinadoras nos sumábamos al juego que proponían.

De esta forma, nuestro rol consistía, en primer lugar, en facilitar un tiempo, un espacio y materiales para jugar. En segundo lugar, presentábamos y enseñábamos, en caso de ser necesario, las reglas del juego. Además mediábamos en las relaciones interpersonales y problematizábamos emergentes. Y, por último, pero no menos importante, establecíamos vínculos afectivos con las niñas y niños para que el espacio de juego sea seguro y, de esta forma, pudieran desplegar sus posibilidades.

Género, estereotipos y otros mandatos sociales

Una de las coordinadoras se había cortado el cabello bastante corto, a la altura del mentón. Las niñas y los niños se sorprendieron mucho y se quejaron porque las "mujeres debían usar el pelo largo". Inclusive, para nuestra sorpresa, había una creencia muy arraigada acerca de que si las mujeres se cortaban el pelo "como varón" no les volvía a crecer.

Las actividades del Arteando fueron pensadas desde una perspectiva de género, sin hacer divisiones en colores, materiales o actividades destinadas a nenas o nenes. Se observó que en general los varones requerían más atención de las coordinadoras y las niñas a veces quedaban relegadas, resolviendo situaciones por ellas mismas o esperando pacientes su turno. Al detectar esto las coordinadoras empezaron a priorizar a las niñas, equilibrando la atención.

En la juegoteca se prefirió el uso de juguetes no sexistas como rompecabezas, bloques y juegos de mesa, entre otros. Todos estaban a disposición de quien quisiera usarlos sin distinguir género ni edad. A veces surgían situaciones en que las coordinadoras repetían que no hay juguetes de nenas o nenes, que todos y todas pueden usarlos si quieren. Ésto sucedía sobre todo con la cocinita y las muñecas de tela.

Pudimos notar que estas nuevas construcciones de roles de género les generaba preguntas y algunas inco-

modidades. Les cambiaba las reglas de un juego que habían aprendido muy bien, que les marcaban a qué jugar, cómo vestir, de qué manera comportarse y, en el que al más mínimo "error", sus compañeras y compañeros se los señalaban. ¿Había otras alternativas posibles?

Luego de una actividad a la que habíamos concurrido sólo con las y los niños más grandes, los invitamos a tomar un helado. Nos acompañaba también la pareja hombre de una de las coordinadoras quien llevaba en brazos a su bebé. Al momento de sentarnos Maicol le dice que se siente en la punta de la mesa porque es el hombre del lugar. Él le dice que no hace falta, que está cómodo donde está. Al rato Maicol le pregunta: "Pero usted ¿le entra al chupi?".

De la misma manera que nos propusimos trabajar la perspectiva de género para promover infancias más libres, también intentamos problematizar otros mandatos sociales que no se correspondían con los deseos de las niñas y niños.

Francisco (8 años) quiere pintar su trompo de madera.

Joaquín (13 años): Ya pasó la temporada de trompos, ahora está la de las cartas y las bicis, ¿no? (los demás asienten).

Coordinadora: ¿Y qué pasa si es la temporada de trompos y yo quiero andar en bici?

Nicolás (11 años): Y... andá en bici.

Transformaciones personales

Lolo trabaja solo en un rincón, Lolo se enoja y destruye todo lo que hace, lo rompe, lo arruga. No quiere hablar. Un tiempo después, el mismo Lolo se acerca mostrando orgulloso su pintura llena de colores. "¡Que hermoso Lolo, sos un artista", le dicen las coordinadoras. Sonríe y su cara brilla.

Durante las actividades artísticas se incentivó a las niñas y los niños a expresarse y a respetar la obra del otro o la otra diciendo frases como "todos los trabajos son diferentes, porque todas y todos somos diferentes", "lo que hagas estará bien", "si algo sale mal o no te gusta no hay problema porque se puede volver a hacer". Con el tiempo fuimos notando que el nivel de seguridad aumentaba. Se atrevían a crear cosas nuevas, proponer ideas, se fueron animando a mostrar sus obras y fue disminuyendo la frustración, mostrándose conformes con el trabajo realizado. Inclusive, en una oportunidad que coincidimos en una actividad con docentes de algunas de las niñas y niños, nos manifestaron que habían percibido el cambio y que notaban una diferencia con sus compañeras y compañeros.

Por otra parte, al momento del juego algunas niñas y niños elegían juguetes de encastre o rompecabezas y se les dificultaba solucionarlos, aun siendo simples. Se los acompañó en el juego y en poco tiempo podían resolverlos. Nos dimos cuenta que nunca habían tenido

acceso a ese tipo de juguetes, por eso fue necesario un tiempo de exploración y de aprender la lógica del juguete.

De esta manera nos pareció acertada la distribución de juguetes libre por la sala, sin clasificar por edades, ya que permite el acceso a cualquier juguete evitando el condicionante de que es para niñas y niños más pequeños.

La violencia

Bruno (15 años) llega cabizbajo, las demás niñas y niños están armando casitas con telas y bancos. Se queda unos minutos apartado, al lado de las coordinadoras. Su estado de ánimo es diferente al habitual. A los pocos minutos les dice a los demás:

Bruno: ¡Hagamos una casita de dos pisos! (se ríe) Como en una película que vi el domingo en la tele. Había dos hombres ya mayores que quieren hacer una cama de dos pisos.

Coordinadoras: ¡Sí, ya se cual es! ¡Es graciosa!

Bruno: Después se suben y se desarma toda. Después no pude seguir viendo porque pasó algo muy feo que no les puedo contar.

Coordinadoras: ¿Qué pasó tan feo?

Bruno: No les puedo contar pero es muy feo ¿cierto Javi? (Javier asiente). Contale vos.

Javier (13 años): Entró la policía a la casa.

Bruno: Rompieron la puerta con una masa. Estábamos mi mamá, mi hermana y yo. Nos tiraron al piso. Buscaban a mis primos. Mis primos estaban atrás y los tontos no se fueron.

¿Certo Javi? tu hermano estaba afuera. Nos tuvieron 3 horas, desde las 12 hasta las 3. Revolvieron todo, tiraron todo.

Coordinadoras: *¿Por qué buscaban a tus primos?*

Bruno: *No les puedo decir.*

Coordinadora: *Danos una pista.*

Bruno: *Tráfico de ... No, no va a saber. ¿Sabe lo que es tráfico?*

Coordinadora: *Sí, autos, semáforos (risas).*

Bruno: *Tráfico de drogas. Pero no les encontraron nada ¿Profe, la policía puede disparar a los perros?*

Coordinadora: *No, ¿pero por qué?*

Bruno: *Le dispararon a mi perra, pero no la mataron. Tengo los casquillos. Mi mamá los quería denunciar por eso. A mis primos se los llevaron.*

Luego de contar esta situación, se integró al juego con las y los otros niños, propuso como actividad armar "camillas" con las telas (como hamacas paraguayas), las armó y dirigió el juego. Todas y todos se divirtieron y Bruno se mostró orgulloso de ser el que tuvo la idea.

Los episodios de violencia son frecuentes en la vida cotidiana en estos barrios. En más de una ocasión tuvimos que permanecer dentro del CIC por tiroteos entre bandas o enfrentamientos con la policía. Las niñas, niños y adolescentes que concurrían a los talleres narraban de manera espontánea historias que incluían diferentes tipos de violencia, sin que fuera necesario indagar específicamente sobre estas temáticas. Cualquier juego o actividad podía ser un disparador para contar una situación de violencia. Federico dice que no quiere que llegue el padre a la casa porque toma alcohol en el trabajo y, cuando llega a la

casa, la madre se enoja. Nos cuenta que cuando esto sucede él se va la casa de la abuela. Concurrimos a una exposición artística en una sala del centro de la ciudad. Una de las obras consistía en una serie de cajas rectangulares alineadas en varias filas. No había más nada en esa sala. Daniela se incomodó.

Daniela: *Yo sé lo que es esto. Fui cuando murió mi tía.*

Soledad: *Sí, a su tía le dispararon en la puerta de su casa.*

Daniela: *Estaba discutiendo con una vecina que sacó un revólver, mi tía le dijo: "matame si te animás" y la mujer le disparó en el pecho.*

La violencia no se circunscribe al entorno callejero sino que también se hace presente en las relaciones familiares y entre pares. Constituye el recurso principal para resolver cualquier tipo de conflicto interpersonal. Sin embargo, con respecto a las formas de vinculación, en el transcurso del proyecto pudimos observar algo que nosotras denominábamos "dinámica arteando". Las actitudes violentas entre niñas y niños fueron disminuyendo progresivamente. Esto se hacía evidente al llegar una niña o niño nuevo que intentaba imponerse sobre los otros con malos tratos y agresiones. Estas conductas se modificaban a las pocas semanas. Entendimos que esa forma de vinculación, que probablemente era efectiva en otros espacios, no tenía el efecto esperado en el taller, y por lo tanto desaparecía. De esta mane-

ra apenas hacía falta nuestra intervención, el grupo en sí mismo regulaba las relaciones interpersonales hacia formas más colaborativas.

Con respecto a las violencias que se daban fuera de los talleres y que afectaban la vida cotidiana de niñas, niños y adolescentes, se propiciaba la expresión, la desnaturalización y la problematización de situaciones nocivas como la violencia familiar, el maltrato infantil, la discriminación, la desigualdad, la pobreza, para evitar que sean aceptadas como "normales".

Apuntes sobre la metodología

Este trabajo está basado en la metodología Investigación Acción Participante (IAP). Esta metodología permite conocer los procesos que determinan los problemas con la participación de las comunidades, a la vez que busca la transformación de la realidad (Montero, 2007).

En esta experiencia que les relatamos, a través de la IAP pudimos acercarnos a la realidad de un grupo de niños, niñas y adolescentes, tomando distancia de las intervenciones que ponen al profesional como protagonista principal y a niños y niñas como sujetos pasivos, como así también distanciándonos de las investigaciones realizadas en comunidades que sólo buscan recopilar datos. A través de recursos lúdicos y arte colectivo buscamos generar nuevos espacios de relaciones que promovie-

ran formas diversas de interacción y que contribuyeran a su desarrollo como actores de la comunidad.

En nuestro diario de campo escribimos las actividades que realizamos en el barrio, anotamos los relatos de las niñas y niños, y nuestra experiencia durante el trabajo en los talleres. Además, registramos fotográficamente los encuentros y las producciones artísticas. De esta manera, la información se fue produciendo al mismo tiempo que se desarrollaba el proceso de trabajo con las niñas, niños y adolescentes.

La aplicación y los logros del proyecto se evaluaron desde el equipo de trabajo y también en conjunto con las y los participantes. Por parte de las coordinadoras incluyó tres evaluaciones de proceso y una final a partir de indicadores previamente definidos. Entre los indicadores utilizados para evaluar el taller se incluyeron aspectos en relación a las niñas y niños participantes, a la organización y al desempeño de las coordinadoras. Respecto a las y los participantes se encontraban la utilización de los materiales y técnicas propuestas, la participación en las actividades, si enriquecían la propuesta con aportes personales, la expresión de ideas, sentimientos y estados de ánimo, si surgían ideas artísticas individuales y/o grupales, el trabajo en equipo y la construcción del sentido de pertenencia. En relación a la organización del taller, se evaluó el número de participantes, el tipo de actividades, el espacio físico y la

disponibilidad de materiales. Finalmente, se tomaron indicadores sobre el número de coordinadoras, la comunicación y los objetivos comunes. Cada evaluación de proceso evaluó el cumplimiento de los objetivos de la fase y registró aspectos relevantes de la misma.

Las evaluaciones de las niñas, niños y adolescentes se realizaron en eventos especiales en donde compartíamos merienda y juegos. A través de diferentes técnicas grupales que facilitaban la participación y le daban a cada uno y cada una la oportunidad de hablar, reflexionábamos sobre las actividades realizadas y aquello que les gustaría para las fases siguientes.

Finalización y reencuentro

A partir de un cambio en la estrategia política de la institución se decidió que ambos proyectos de promoción de la salud para niñas, niños y adolescentes pasaran a conformar un dispositivo con características muy diferentes. La idea fue formar un espacio más estructurado con características escolares, centrado en el apoyo educativo y las necesidades nutricionales. En este nuevo dispositivo los espacios de arte y juego eran la parte recreativa, con importancia menor a las áreas curriculares de apoyo escolar y a la entrega de la ración alimentaria. Por otra parte, se establecieron edades límite, entre los 6 y los 12 años, y un sistema de inscripción y asistencia. Con este nuevo formato ambos espacios

se mantuvieron por un tiempo, pero debido a que los objetivos del proyecto se habían modificado completamente, se decidió su cierre.

Desde la finalización de "Arteando" y la juegoteca llevamos a cabo diferentes proyectos; algunos en la zona y otros no. En el año 2019 las coordinadoras volvimos a reunirnos para desarrollar un proyecto en escuelas secundarias de los barrios del oeste de la Ciudad de Mendoza. En estas escuelas nos reencontramos con varios de los niños y niñas, ya adolescentes. Pudimos recordar actividades, anécdotas y recuperar algunas fotos. En este reencuentro, colmado de afecto, reconocimiento y hasta algunas lágrimas, pudimos vivenciar que estos espacios no habían pasado desapercibidos en las trayectorias de vida de aquellas niñas y niños. Pudimos sentir que el vínculo que se estableció en aquella experiencia perduraba a pesar del paso del tiempo y seguía teniendo repercusiones positivas, tanto para las coordinadoras como para las y los jóvenes.

A modo de cierre

Este trabajo intenta recuperar la experiencia de "Arteando" y la juegoteca como espacios donde se promueve la expresión y reflexión sobre las experiencias y realidades de niñas, niños y adolescentes, protagonistas de su experiencia y capaces de transformar su entorno. Nuestra intención fue que las niñas, niños y adoles-

centes que transitaran por estos espacios pudieran acceder a derechos culturales, recreativos y de ejercicio de ciudadanía. Y a su vez, se disputasen las visiones estigmatizantes, adultocéntricas y patriarcales que son impuestas a nuestras niñas y juventudes. Las actividades que aquí desarrollamos permitieron el protagonismo de un sector de la comunidad muchas veces silenciado como son las niñas, niños y adolescentes. La emergencia de nuevos sujetos comunitarios, de nuevas relaciones y de nuevas acciones por parte de estos grupos conlleva cambios en las relaciones dentro del entramado de la comunidad (Persico Gutierrez, Urbina Languasco, 2009). Algunos efectos pudimos observarlos y los relatamos en este artículo; sin embargo, posiblemente otros efectos sean imprevisibles y escapen a nuestra posibilidad de reconocerlos.

Destacamos la posibilidad de que las niñas, niños y adolescentes pudieran transitar un espacio diferente a los otros espacios de su vida cotidiana, como el familiar y el escolar. Un lugar de apertura, reconocimiento, afecto y creatividad que tuvo una gran importancia en sus trayectorias y fue reconocido todavía años después, como mencionamos anteriormente. En relación con las posibilidades de transformación social que brindan estos abordajes, la experiencia de trabajo a través del juego y el arte colectivo generó en nosotras algunas reflexiones. En primer lugar, consi-

deramos que el juego grupal y el arte colectivo permiten transformar los lazos sociales en la medida en que cada uno y cada una deja de considerarse un individuo aislado que debe enfrentar su realidad separadamente, para pasar a ser parte de un todo, estableciendo lazos de interdependencia y colaboración mutua (Bang y Wajnerman, 2010). De esta forma vamos construyendo nuestra forma de entender, vivir y organizar la vida en comunidad, como alternativa a la sociedad individualista.

Las tomas de decisiones basadas en la horizontalidad implican la apertura y predisposición a revisar constantemente las propuestas de trabajo. Este proceso de evaluación-reflexión-corrección-acción es lo que permite evaluar no sólo las actividades realizadas sino también las relaciones de poder asimétrico que puedan darse durante el trabajo comunitario (Montero, 2007). En ese sentido, nos interpela una entrevista a César González (2017) que plantea que cuando los pobres hacen algo artístico, siempre está la clase media de tutora atrás aprobando lo que se hace, llámense psicólogos, trabajadores sociales, educadores. Y es que, como señala Kantor (2008), las prácticas artísticas, no por ser "artísticas" escapan a lo que anteriormente mencionamos como paradigma preventivo/asistencial, que parte de discursos hegemónicos hacia las niñas, niños y adolescentes de sectores populares, en cuanto a la necesidad de evitar

posibles riesgos. Cuando se considera que existen riesgos para la salud o la vida aparece la idea de prevenir y, con ella, la lógica de intervenir en la vida de otras personas (Nuñez, 2007).

Infantino (2019) destaca que desde este tipo de paradigma preventivo/asistencial el arte se justifica desde lo instrumental, como contención, asistencia, prevención y control de las poblaciones vulneradas. El foco de la intervención está en el sujeto, el pobre, y no en la estructura desigual e injusta de las sociedades. Es por ésto que el arte en los abordajes comunitarios puede ser liberador y emancipador u opresor y objetivante (Bang y Wajnerman, 2020). Por lo tanto, lo importante al desarrollar este tipo de abordajes comunitarios a través del arte, el juego u otras metodologías participativas, no son las técnicas o las temáticas en sí mismas, sino el hecho de pensar y repensar nuestras prácticas y nuestros paradigmas como punto de partida.

Por otra parte, es necesario tener en cuenta que la heterogeneidad existente dentro de la sociedad civil y los Estados se refleja en una variedad de acciones y políticas públicas en un mismo contexto y momento histórico pero con trasfondos políticos-ideológicos disímiles (Infantino, 2019). Aquí es donde los sentidos de los abordajes entran muchas veces en disputa con los objetivos institucionales y también en el interior de los equipos de trabajo. Por eso, para crear, sostener y

multiplicar espacios y procesos transformadores, como el que relatamos en este artículo, consideramos fundamental fortalecer las legislaciones y las políticas públicas que los sostienen.

Bibliografía

Bang, C. y Wajnerman, C. (2010). Arte y transformación social: la importancia de la creación colectiva en intervenciones comunitarias. *Revista Argentina de Psicología*, 48, 89-103.

Bang, C. y Wajnerman, C. (2020). Arte y transformación social: la creación artística colectiva, entre lo colectivo y lo comunitario. *Argus-a. Artes y Humanidades*, 9 (35), 1-27.

González, C. (13 de febrero de 2017). Entrevista a César Gonzáles. La Tinta. Recuperado de: <https://latinta.com.ar/2017/02/cesar-gonzalez-si-un-villero-exige-un-lugar-dentro-del-arte-despierta-sentimientos-muy-oscuros-y-miserables/>

Infantino, J. (2019). Políticas culturales, arte y transformación social. En Infantino, J. (ed.). *Arte y transformación social en la Ciudad de Buenos Aires*. pp. 19-64. Buenos Aires: RGC Libros.

Kantor, D. (2008). *Variaciones para educar adolescentes y jóvenes*. Buenos Aires: Ed. Del Estante.

Montero, M. (2007). *Hacer para Transformar*. El método en la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós.

Núñez, V. (2007). Pedagogía Social: un lugar para la educación frente a la asignación social de los destinos. Conferencia pronunciada en el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Argentina en abril de 2007.

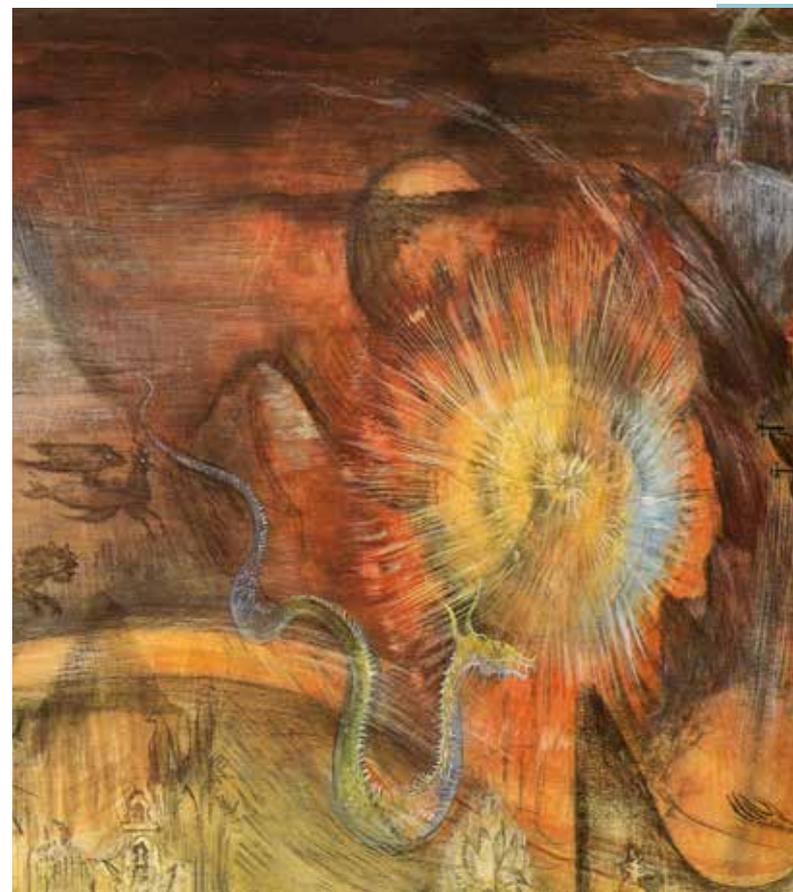
Persico Gutierrez, A. y Urbina Languasco, J. (2009). *Sobre la alfombra mágica: la actoría social de la infancia. Sistematización de una experiencia en Lima, Perú*. Lima: INFANT.

Soliz Torres, M. F., Maldonado, A., Valladares, C. y Murcia, D. (2012). *Infancia de oro en la Cordillera del Cóndor*. Quito: Clínica Ambiental.

Tolli, M., Muñoz, M. y Sabez, M. (2019). Prácticas éticas en las investigaciones participativas en salud: revisión sistemática de estudios en Latinoamérica y en el Caribe. *Medicina Social*. 12(3), 144-156.

Nota

¹ Los nombres de personas han sido modificados para proteger el anonimato de quienes participaron en las actividades.



Arte y Cultura en la Reforma Psiquiátrica: transformar las relaciones sociales con la locura

Lucrecia Corbella

Doctora en Psicología Social/UERJ/UBI/Portugal.
Postdoctora en Filosofía/UFSCar.
Profesora del Curso de Especialización en Salud
Mental y Atención Psicosocial/ENSP/FIOCRUZ.

lucreciacorbella@gmail.com

Paulo Amarante

Doctor y Posdoctor en Salud Pública. Profesor y
Investigador Sênior. del Laboratório de Estudos y
Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial-
LAPS. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca-ENSP. Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ

pauloamarante@gmail.com

Empezamos este debate compartiendo con ustedes preguntas provocativas que nos pongan colectivamente en una reflexión crítica a respecto de la relación entre Arte-Cultura y Salud Mental, y sus implicaciones existenciales, éticas, sociales y políticas. ¿Qué es el arte? ¿Cuál es la importancia del arte para nuestra cultura? ¿El artista es loco o es sano? ¿Toda persona que se encuentre en sufrimiento psíquico tiene que hacer arte en algún taller como función terapéutica? ¿El arte cura la locura? ¿El arte hecho por personas dichas normales es distinto al arte hecho por personas etiquetadas como locas? ¿Hay diferencia de valor cultural y socioeconómico entre el arte hecho por una persona etiquetada como loca, una persona desconocida del interior del país que retrata su arte regional y una persona que tiene su cuadro expuesto en el *Museo Nacional de Bellas Artes* en Buenos Aires, Argentina?

Tradicionalmente existe una relación entre arte y locura que, por un lado, afirma que la locura produce una subjetividad artística, creativa, lo que podría ser llama-

do por el “genio loco”, considerando el principio del surrealismo que los materiales artísticos son oriundos del inconsciente de forma intempestiva, y cuanto menos sean reprimidos, más innovadores son, más revolucionarios. Por otro lado, está el aspecto del arte como terapéutica que por veces reduce el arte a procedimientos técnicos y metodológicos usados de forma utilitarista y burocrática como prescripción de remedios.

En las acciones del arte-cultura existe una producción de significado que pone en cuestión la propia cultura, haciendo con que la cultura se transforme y al transformarse, pueda engendrar nuevas representaciones para los sujetos. Especialmente para sujetos en situación de vulnerabilidad, tema sobre el cual nos interesa pensar acá, sean ellos mujeres, loco, desviantes, artistas u otros. Nos gustaría de hacer hincapié en dos vertientes implicadas en la estrategia de transformación cultural. Una de estas vertientes es la singular e individual que se refiere a la subjetiva a través del arte; la persona que crea una obra de arte, al crearla, transforma su existencia. Hacer arte tiene la potencia de resignificación de una vida, de invención de nuevas trayectorias existenciales que son creadas. El arte en su dimensión superior tiene la fuerza de producir nuevas subjetividades con nuevos sentidos para la vida, con la naturaleza, con las cosas del cotidiano, con las personas a su alrededor. Entendemos el arte como mediador de diálogos y de reinención.

Otra vertiente es la colectiva que produce nuevos diálogos entre los actores sociales: el sentimiento de pertenencia a una comunidad, como por ejemplo, participar del grupo de teatro del barrio. Una persona que participa del grupo de teatro del barrio pasa a ser vista como una actriz o un actor, y su identidad no se vuelve restringida a la un loco o algo parecido.

Nos gustaría señalar que nuestra forma de comprender el arte tiene una significación mucho más diversa y plural que hacer terapia. Reconocemos y apoyamos toda forma de terapia que sea dialógica, que defienda los derechos humanos, que entienda que toda persona, con sufrimiento psíquico o no, es un ser humano que tiene el derecho a ser escuchado, cuidado y protegido. Los talleres de arteterapia tienen una importancia fundamental para la Salud Mental. Lo que queremos resaltar es el arte, no como prescripción de remedios, y sí como producción de significados para las personas y para la cultura. Y defendemos la concepción de que no existe una diferenciación entre artesanía y arte considerada “bellas artes”. La escultura *Mujer amamantando* a su *hijo* producida por Zezinha en Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, es arte de la igual forma que *O Manto* producido por Bispo de Rosario, que es arte de igual forma que la pintura *Retrato de Mi Madre*, de la pintora rosarina Emilia Bertolé, que forma parte de la colección del *Museo Nacional de Bellas Artes*, Buenos Aires, Argen-

rina. Gilberto Gil, cuando fue Ministro de Cultura de nuestro país, afirmó que: “No existe ‘folclore’, lo que existe es cultura [...]. Cultura como todo aquello que, en el uso de cualquier cosa, se manifiesta más allá del mero valor de uso” (Gil, 2010: 28-29).

El grupo *Andarilhos Mágicos*, Rio de Janeiro, fue pionero en la Salud Mental en Brasil en la década de 1990, por formar un grupo de teatro dentro de un Instituto Psiquiátrico que tenía como objetivo únicamente hacer teatro. El idealizador, el psiquiatra Raffaele Infante, quería transformar las relaciones entre las personas a través del teatro. Quería transformar segregación en abrazo. *Andarilhos Mágicos* era una compañía de teatro plural y diversa, con personas etiquetadas como locas y personas dichas normales, actores profesionales y estudiantes de Salud Mental que, juntas, hacían colectivamente teatro que pasaba por la escritura del guión, la elección de los personajes, la producción de los figurines, la concepción y producción del escenario. Ellos se presentaban en espacios en la ciudad, así como en centros culturales, produciendo transformaciones en las relaciones humanas. Con el mismo proyecto innovador están surgiendo muchas otras iniciativas en el contexto de la Reforma Psiquiátrica brasileña, además de Compañías de Teatro, los Grupos de Música, Programas de radio y televisión, “Blocos” de Carnaval, entre otras. Defendemos que la producción de cultura es fundamen-

tal para la Reforma Psiquiátrica y para todas las iniciativas en el campo de la Salud Mental, entendida por ser mucho más amplia que solamente la reorganización de los servicios psiquiátricos. La dimensión sociocultural de la Reforma Psiquiátrica propone que pensemos en la construcción del imaginario social de la locura. Si nos damos cuenta de que este imaginario fue construido de esta forma para beneficiar algunos grupos y para excluir muchas personas, podemos desconstruirlo y crear otro imaginario social, un imaginario que no segregue las personas, que las incluya en la sociedad por medio de muchos dispositivos sociales, políticos y culturales. Una persona, para vivir en sociedad, necesita autoestima, confianza, trabajo, arte, un techo, amor y respeto. La dimensión sociocultural es la que expresa el objetivo mayor del proceso de Reforma Psiquiátrica, o sea, la transformación del lugar social de la locura. De esta forma, el aspecto estratégico de esta dimensión dice respecto al conjunto de acciones que visan transformar la concepción de la locura en el imaginario social, transformando las relaciones entre sociedad y locura. La producción cultural en este ámbito tiene como principio presentar obras e iniciativas, no como “patológicas”, “degeneradas”, “dementes” o “pequeñas”, sino como estrategias u obras revolucionarias de la producción cultural. Las manifestaciones artístico-culturales son un agente transformador de la actual ideología glo-

balizante y excluyente de nuestra sociedad. El arte-cultura, como habla directamente a nuestra emoción y no a nuestra razón, tiene la fuerza de transformar el alma, la cultura dónde se encuentra este nuestro núcleo duro de las concepciones tradicionales, de los prejuicios en relación al otro, a la mujer, al extranjero, al indígena, al loco, al que es distinto a la supuesta normalidad estándar.

Bibliografía

Amarante, P. *Superar el manicomio*. Salud mental y atención psicosocial. Buenos Aires: Topía Editorial, 2009.

Amarante, P. Locura y Acción Cultural: Sobre los campos de la Reforma Psiquiátrica en el Brasil. En *Salud Mental y Derechos Humanos*. Buenos Aires: Ediciones Madres de la Plaza de Mayo, 2004.

Corbella, L. *Saúde Mental e memória: o teatro dos Andarilhos Mágicos*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2015.

Corbella, L. (2016). Libertad, defensa de derechos y creación de subjetividad: los teatros de Sartre, Pirandello e Infante. En *Átopos, Salud Mental, comunidad y cultura*. Madrid, 2016, p. 47-58. Disponible en: http://www.atopos.es/images/atopos17/libertad_de-

[fensa_de_derechos_y_creacion_de_subjetividad.pdf](#)

Gil, G. Cultura: a argamassa de um novo projeto nacional. En *Almanaque Cultura Viva*, 2010, p. 28-31.



Artesanías y medios de comunicación

Alan Robinson

Licenciado y profesor en arte dramático. Autor de “Teatro del viento”, “Jorgino”, “La ley de la locura”, “El cuerdisimo” y “Actuar como loco”.

alanrobinson2010@gmail.com

Hace pocos años los medios de comunicación se denominaban simplemente “la prensa” y se limitaban a un formato material. Se los denominaba el “cuarto poder”, como referencia al poder que venía luego de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial que constituyen una república democrática. Si bien se los miraba con cierta prudencia estaban delimitados por formatos materiales. Las reglas eran claras. Para consumir noticias debíamos tener una radio, un televisor, un diario o una revista. Pero, la aparición de internet y la accesibilidad global a este medio de comunicación realizaron una transformación de la prensa en lo que hoy conocemos como los medios de comunicación. Entonces las empresas de redes sociales en internet modificaron la accesibilidad a los medios, el rol del periodista, la forma de editar y producir contenidos. Desde entonces, como todo puede ser noticia, todo deja de ser noticia. Las noticias falsas se han normalizado provocando daños irreparables y es muy raro encontrar algún medio de comunicación que intente recuperar la ética periodis-

tica que sobrevivió hasta el siglo pasado. Podemos denominar “mediatización” al proceso alienante en el que estamos, en mayor o menor medida, inmersas todas las personas que tenemos acceso a un dispositivo móvil o a una computadora. Las personas somos el contenido, la edición, la producción y la promoción de la noticia. Tal vez hoy la antigua “prensa” devenida en medios de comunicación haya dejado de ser el cuarto poder y sea el primer poder. Es la industria de la comunicación la que ha transformado la vida cotidiana en un insumo de su cadena de producción de notas de interés, entrevistas, noticias, contenidos y novedades. El actual estado de alienación social es funcional a la industria de la comunicación. Ante este adictivo drama en el cual estamos sumergidas las personas que usamos dispositivos móviles o computadoras de escritorio, resulta muy difícil detener el ritmo de vida para tomar un poco de distancia. Si salimos a caminar, llevamos el teléfono celular. Antes de dormir revisamos las notificaciones de nuestras redes sociales. El día laboral comienza revisando los correos electrónicos. El tele-trabajo y las video-llamadas se naturalizaron sin ningún tipo de resistencia cultural. La relación con los medios de comunicación se volvió una relación tóxica de codependencia. Resulta difícil imaginar que alguien quiera cortar voluntariamente el suministro de energía eléctrica de su casa, como gesto revolucionario, para poder cambiar finalmente el ritmo

de vida. Parece difícil recordar cómo era la vida sin wi-fi hace muy pocos años.

Hace poco a un escritor a quien sigo en su cuenta de la empresa Twitter publicó en un “hilo de twitter” que le habían ofrecido en una misma semana publicar una nota en una revista comercial y otra nota en una revista de una universidad nacional. A ambos editores de las dos revistas les tuvo que preguntar si iba a recibir remuneración por su trabajo. Como era de esperarse, la respuesta fue que no iba a cobrar por su texto, pero que sería publicado. En la revista comercial le explicaron que no estaban pagando las notas a los columnistas por “la pandemia” y en la revista de la universidad que no pagaban las notas porque la revista no tenía “fines de lucro”. Lo que le llamaba la atención al escritor no era tanto el problema económico sino que ambas editoriales habían dado por supuesto que trabajaría gratis creando contenidos para ambas revistas. En el caso de la revista comercial su editorial era sobre política de actualidad y en el caso de la revista de la universidad, su temática giraba en torno a la salud mental. En el caso de la revista comercial se puede suponer que su editorial tiene claro que el objetivo de las notas es el lucro para la empresa que produce, imprime y distribuye la revista. En el caso de la revista de la universidad se puede suponer que la editorial tiene claro que el objetivo de las notas se vincula a la educación, la cultura y la divulgación

científica para el goce de los lectores. Ambas editoriales son parte de la enorme industria de la comunicación. Las dos editoriales de ambas revistas necesitan textos para lograr sus objetivos.

Es en estos casos cuando la escritura en tanto creación literaria deja de ser considerada como tal y pasa a ser considerada un insumo artesanal de la industria de la comunicación, en la cual las revistas sin “fines de lucro” son una parte necesaria, porque si bien no tienen financiación del sector privado, cuentan con financiación estatal, independientemente del gobierno de turno. Finalmente éste escritor que mencionábamos antes accedió a escribir ambas notas especulando que obtendría a cambio la posibilidad de ser leído por lectores que tal vez no lo conocieran. El trueque consistió en brindar un texto a cada revista resultado de dos jornadas completas de trabajo, a cambio de tener una cantidad de lecturas imposibles de determinar con precisión. Por esto, la promesa que suele realizar la industria de los medios de comunicación es la visibilidad, que se puede traducir en ganar seguidores en redes sociales de las propias empresas que constituyen la industria. Ya no se trata de la promesa de la felicidad como nos describe la escritora feminista Ahmed, sino de la promesa de la visibilidad. Es momento entonces, de comenzar a especular sobre las diferencias entre arte y artesanía. A diferencia del arte, toda artesanía es un bien de con-

sumo. La creación literaria de quien escribe se vuelve artesanía cuando sirve para algo. Su utilidad podrá ser darle calidad a una revista universitaria o darle una mirada innovadora a una revista comercial. No importa cuál sea su utilidad, mientras sirva para algo. Es allí cuando el texto deja de ser obra, deja de ser creación literaria y se vuelve un objeto realizado por un sujeto. Toda artesanía es un objeto realizado por un sujeto. Todo texto realizado para los medios de comunicación es artesanal en tanto y en cuanto sirve a los intereses del medio de comunicación desde el cual se expresa. Pero, una de las diferencias entre creación literaria y texto artesanal es que el arte no puede consumirse aunque se pague por su consumo. La creación literaria no puede ser consumida por la lectura, la editorial ni por los medios de comunicación. No tiene objetivos ni utilidades. No sirve a nadie ni sirve para nada. En cambio, un texto artesanal se propone darle visibilidad a su autor, es decir que ha sido escrito para ser consumido por la lectura, la editorial y la comunicación. Quien está en la obra de arte no puede ser sujeto de creación.

La creación literaria no puede consumirse y su realidad nos enloquece. Pero desde el punto de vista de quien escribe, la creación literaria es mucho más difícil y riesgosa que la creatividad. Exponer la obra a los medios de comunicación es uno de esos tantos riesgos y peligros. La creación, a diferencia de la habilidad de material-

zar en un texto conceptos, imaginación o fantasías, nos puede exponer a todo tipo de riesgos. Basta con recorrer la historia de la literatura para encontrar creadores y creadoras como Alfonsina Storni, Alejandra Pizarnik y Horacio Quiroga, quienes fueron *suicidados por la sociedad* de su época.



Los ritos que nos habitan.

Sonia Malva Basualdo

Lic. en Artes Visuales. Esp. en Lenguajes Artísticos
Combinados. Psicodramatista y Corpodramatista.
Docente en Profesorados de Arte. Docente
UNMDP. Directora de Colectivo Crisálida.

smbasual@yahoo.com.ar

“Todo lo que hace el poder del Mundo se hace en un círculo. El cielo es circular y he oído decir que la tierra es redonda, y también las estrellas son redondas. Los pájaros hacen sus nidos en forma de círculo... La vida del hombre es un círculo de infancia a infancia, y así en todas las cosas en que se mueve el poder”

Alce Negro-Jefe Lakota.

¿Quiénes somos?

Colectivo Crisálida: Arte + Salud Mental + Prácticas del Buen vivir es un proyecto de Extensión consolidado, avalado y subsidiado por la Universidad Nacional de Mar del Plata. Conformamos un dispositivo artístico grupal dirigido a personas con padecimiento mental en situación de vulnerabilidad social, económica y familiar, que han sufrido reiteradas internaciones y situaciones de exclusión, perdiendo acceso a bienes materiales, simbólicos y culturales, y sufrido la estigmatización por diagnósticos psiquiátricos, que imposibilitaron el desarrollo de sus potenciales subjetivos. Los talleres se realizan dos veces por semana y asisten a cada en-

cuentro de cuarenta a cincuenta talleristas y un equipo interdisciplinario conformado por estudiantes, profesionales y expertos de los campos del arte y la salud. Es de destacar que al dispositivo los talleristas asisten por “propio deseo”. Los convoca el encuentro y la posibilidad de crear desde los diferentes lenguajes del arte. Cuando iniciamos nuestro trabajo hace más de 15 años teníamos la convicción que el abordaje del trabajo en arte y salud mental debía tener otro sentido a aquel que habíamos aprendido en nuestra formación y práctica. Aunque veníamos del campo del arte nuestro aprendizaje en relación a la salud se había realizado en hospitales y centros de día. Y como cartógrafos fuimos construyendo nuestros propios mapas. Desde nuestros inicios no nos configuramos como un taller terapéutico sino como un dispositivo que trabaja desde el Arte y su incidencia social. Pensamos el Arte como proceso, como herramienta de transformación que incide en los planos individuales, grupales y comunitarios, permitiendo desde la singularidad el lazo social.

Desde los diferentes lenguajes del arte proyectamos grupalmente actividades artísticas de intervención comunitaria y economía solidaria, que permiten cuestionar críticamente el estigma que recae sobre la persona con padecimiento mental severo, modificando su rol, co-construyendo redes y lazos sociales en pos de una transformación subjetiva y social posible. Entendemos

el arte en sus distintos lenguajes como herramienta de transformación social y subjetiva. Lo que se aprende/construye en los talleres semanales, se resignifica y comparte en espacios comunitarios en plazas, en barrios, escuelas y facultades.

Comenzamos a valorar otras poéticas, construidas desde la singularidad en comunidad, mediante las cuales se da forma al sentir, ver y decir de los sujetos. Para el pensamiento originario americano el “individuo” no existe: un hombre solo es un vacío, un imposible. Es que el trabajo, la creación y la sociedad se construyen en colectivo. Y desde allí, desde la experiencia estética individual producida en comunidad, construimos una estética de la alteridad, de la diferencia, de los imaginarios colectivos y sus distintas formas de representación. Trabajamos desde universos expresivos no inventariados. Esos que no entran en los contextos de legitimación eurocéntricos. Un Arte Otro.

Nuestro “Encuentro” como ritual

Desde hace unos años planteamos que el regreso a lo ritual en salud mental también genera un nuevo posicionamiento subjetivo porque permite el encontrarse en un sistema simbólico común, en un retorno a los orígenes tanto individuales como colectivos. En coincidencia con este posicionamiento, Byung-Chul Han publica un texto donde destaca que la desaparición de

los rituales ha llevado a un vacío simbólico contemporáneo y a la disolución del sentimiento de comunidad. Sabiendo que los rituales dan estabilidad a la vida, afectando toda nuestra vida cotidiana, nos preguntamos: ¿de qué manera la desaparición de lo ritual desintegra la trama existencial? ¿Cómo la ritualidad la favorece? ¿Cómo medir el efecto que se produce cuando se engendra comunidad? ¿Cómo analizarlo desde nuestro propio dispositivo?

Fuimos descubriendo en el dispositivo rituales en esta reiteración de acciones donde forma y contenido construían sentidos nuevos: corporales, afectivos, exploraciones creativas y en la apropiación del propio deseo. El rito es un acto, pero no cualquier acto, sino un acto que se repite en forma reglada; son acciones simbólicas, que “transmiten y representan aquellos valores y órdenes que mantiene cohesionada una comunidad” (Han, 2020).

La acción del rito se dibuja sobre una trama espacio-temporal, un encuadre ordenador que sostiene desde una familiaridad ya conocida. Diferenciamos el espacio mítico del ritual. Mientras el espacio mítico es imaginario y puede ser muy diferente del habitado por el grupo, aquí Colombres cita los aportes de Cassirer, quien identifica al imaginario con el mito por constituir el primer sustrato de la vida mental. En cambio, el rito y su espacio, aparecen concretos, reales y contru-

idos en comunidad, donde “los rituales son procesos de incorporación y escenificaciones corpóreas” (Han, 2020). Desde los inicios de los tiempos los rituales permitieron atravesar los grandes misterios de la humanidad: la muerte, la soledad, el vacío y la angustia existencial, la libertad, la trascendencia, la posibilidad de salir fortalecidos construyendo comunidad, o haciendo obra artística. El rito del Encuentro nos permite entonces traspasar los Misterios para adentrarnos en el umbral de lo maravilloso, de aquellos resplandores que nutren toda poética. El saberse esperado en un espacio-tiempo compartido, espacio de cuidado, donde la imaginación se transforma en creación. Han toma una cita de Barthes que compartimos, “Donde no se celebran rituales como dispositivos protectores, la vida está totalmente desprotegida”. (Han, 2020, p 27)

Todas las actividades que realizamos en Colectivo Crisálida son planteadas con un círculo de apertura y otro de cierre. Aparece el círculo como espacio ritual que unifica propósitos individuales y colectivos, también como encuadre que posibilita y habilita, instancia previa al inicio de la tarea, espacio que aloja, para adentrarnos en las miradas y en los sentires.

El ritual **Encuadre-Encuentro** aparece como práctica que establece un eje espacio-temporal, que organiza y sitúa, pudiendo definirlos como “técnicas simbólicas de instalación en un hogar” (Han, 2020). Permite encon-

trar-nos en un lugar que nos aloja y contiene, sabiendo que vamos a ser Bien-Venidos, que nos esperan, permitiéndonos “ser uno” con otros. No es perder lo singular en lo grupal, sino que los otros permiten que despleguemos nuestras potencias en gestación o latencia. Nuestro dispositivo de **Encuentro** configura un “gran ritual” que aparece como un espacio de fortalecimiento subjetivo. Aquí podemos diferenciar pequeños rituales: encuadre, el ritual círculo, el ritual juego de miradas, el mate y abrazo final, el ritual Arte y sus diferentes formas: pintura, poesía, cuerpo, música.

El rito permite el acceso a una dimensión simbólica (personal, y social); y frente a planos de pensamiento concreto, nos ejercita y habilita para multiplicar miradas, y en ocasiones la construcción de sueños colectivos. Refuerzan el lazo social, y aparecen como bisagra de la naturaleza y la cultura, de lo sensible, de los deseos de unión y de trascendencia.

Así Colombres cita a M.Eliade quien afirma que el rito “constituye el origen de la música, la poesía, la danza y el drama” (Colombres 2015, p 132); es decir, de todas manifestaciones artísticas que nos acercan al deseo de trascender, de más allá. Coincidiendo con este concepto, Alfredo Moffatt afirma que el arte existe porque existe la muerte, porque permite esclarecer y enfrentar lo desconocido desde un sentido estético, afrontar un misterio o la angustia; sino no es **arte**. Ayuda a

encontrar el camino, a entrar y salir, como el hilo de Ariadna, para que los sujetos se reconstruyan. Y aquí nos encontramos con los procesos de Gustavo, Miguel, Agustina, y el de Marcelo, quien encontró en la pintura la forma en que las largas noches de insomnio se transformen en planos de color sobre madera. “Pinto cuadros, porque no puedo dormir”, “Soy pintura”, afirma.

Transitando una simbología grupal en el “Encuentro”

Somos seres simbólicos. Cassirer establece que en base a símbolos construimos un universo propio que va más allá del mundo físico captado por nuestros sentidos, y que este universo simbólico se acaba convirtiendo en el verdadero hogar del ser humano. El lugar desde el que miramos el mundo.

Los símbolos deben ser compartidos, ya que sólo así pueden llegar a funcionar como tales, el compartir nos ayuda a mirar el mundo juntos, encontrarnos para co-crear, reconocer y habilitar un mundo, donde quepan muchos mundos,

Un símbolo es un signo que mantiene con su referente una relación de convención. Si vamos a la etimología de **símbolo** proviene del griego y quiere decir “tablilla de recuerdo”. Gadamer da cuenta que el anfitrión le regalaba a su huésped la llamada tessera hospitalis y rompía una tablilla en dos, conservando una mitad para sí

y guardando otra para el huésped, así cuando este o sus descendientes regresaban se pudieran reconocer mutuamente juntando los dos pedazos. Tal es el sentido originario de símbolo. Algo con lo cual se reconoce a un antiguo conocido.

Allí encontramos un código compartido que nos aleja de la soledad, que nos permite construir con otros/ con otras. En este sistema de símbolos es donde se manifiesta el espíritu humano. Cuando regresamos a eso antiguo conocido, se recupera la dimensión simbólica, y se pueden establecer nuevas formas de aprehender el mundo, de verlo, y por lo tanto, de operar en él transformándolo. Y cuando uno transforma el mundo, se transforma.

El círculo y la mirada como ritual

“Los wasichus nos han metido en estas cajas cuadradas (...) Es una pésima forma de vivienda, porque lo cuadrado carece de poder. El indio hace todo en círculo, y ello obedece a que el poder del mundo siempre obra en círculos, y todo tiende a la redondez”

Alce Negro-Jefe Lakota

Decíamos que las aperturas y los cierres que realizamos son en círculo, y allí establecemos una ronda de miradas, para reconocernos y reflejarnos, estableciendo los hilos invisibles que nos conectan. No podemos dejar de esta-

blecer conexiones entre las espacialidades cuadráticas y las circulares, indicadas por el jefe Lakota Alce Negro. Él plantea la diferencia topológica en la construcción de los espacios habitables y cómo la configuración espacial determina formas de comunidad o de disociación. Las cajas cuadradas a las que hace referencia son las casas de hoy, construidas en forma prismática, ortogonales, vaciadas de sentido, que nos recuerdan los No Lugares de Marc Augé. Todas iguales, blancas, asépticas, como un hospital o un hospicio. Espacios vaciados sin memoria y sin historia, que promueven o favorecen múltiples formas de desubjetivación.

Opone a ello el círculo como sitio cargado de significación, zona de completud que otorga poder, espacio de morada y alojamiento. El sentirse y ser parte indispensable para la perfección en la circunferencia, un lugar donde las presencias y las ausencias se visibilizan; espacio de contención, equidistancia y cuidado, que permite la singularidad en el grupo. En nuestro círculo inicial recordamos los nombres, celebramos, festejamos, sostenemos, aplaudimos, reímos y nos miramos, antes de iniciar-nos en otras actividades, construyendo un espacio resonante al interior del grupo, que otorga pulso sensible y armonía en común.

Tejiendo tramas

La soledad encarna en cada persona presa del sistema manicomial.

Quienes tienen internaciones psiquiátricas prolongadas, o muchas en el tiempo, aparecen con una subjetividad vaciada por el sistema, que desintegra lazos, y afectos, que sobre-medica y anula la creatividad. Personas poli-estigmatizadas por “locas, pobres y solas” que dejan de ser individuos sensibles, para ser números o diagnósticos. Hospicios vacíos donde no hay espacios diferenciados ni la posibilidad de que algo tan íntimo como la ropa les pertenezca. Violencia sobre violencia que arrasa con lo bello humano que nos habita.

Es a partir del encuentro que estos pequeños ritos habitan y habilitan un lugar de pertenencia, una posibilidad de ser visto, escuchado, aprendiendo a ver y también a escuchar a los otros/otras tan distintos, tan iguales. Entonces, el rito **Encuentro** se desglosa en pequeñas acciones individuales y colectivas que permiten al hombre maravillarse del mundo, a entender su complejidad y profundidad. A ponerle palabras, colores y sonidos a los “estares” que dan cuenta del propio estar siendo en el mundo, y poder accionar en concreto sobre él.

Como un hilo que entrelaza convenciones para el encuentro, el re-encontrarse con las dos partes de la tablilla de los recuerdos, para reconocerse y volver a unirse en trama. Junto a los otros anudar hilos sueltos; entra-

mar aquello descosido. Desandar los misterios de aquellos ritos que nos constituyen como lo que fuimos, lo que somos, lo que vamos siendo...

Bibliografía

Alce Negro., Brown, J., (2002). *La Pipa Sagrada. Siete ritos secretos de los indios sioux*. España: Miraguano Ediciones.

Colombres, A. (1981). *Lo sagrado y lo profano*. España: GUADARRAMA/PUNTO OMEGA.

Colombres, A. (2015). *Poética de lo sagrado*. Una introducción a la antropología simbólica. Argentina: Ediciones Colihue.

Eliade, M. (1981). *Lo sagrado y lo profano*. España: Guadarrama. Punto Omega.

Eliade, M. (1992). *Mito y realidad*. España: Colección Labor.

Gadamer, H. (1991). *La actualidad de lo bello*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Han, B-C. (2020). *La desaparición de los rituales*. Argentina: Herder Editorial.

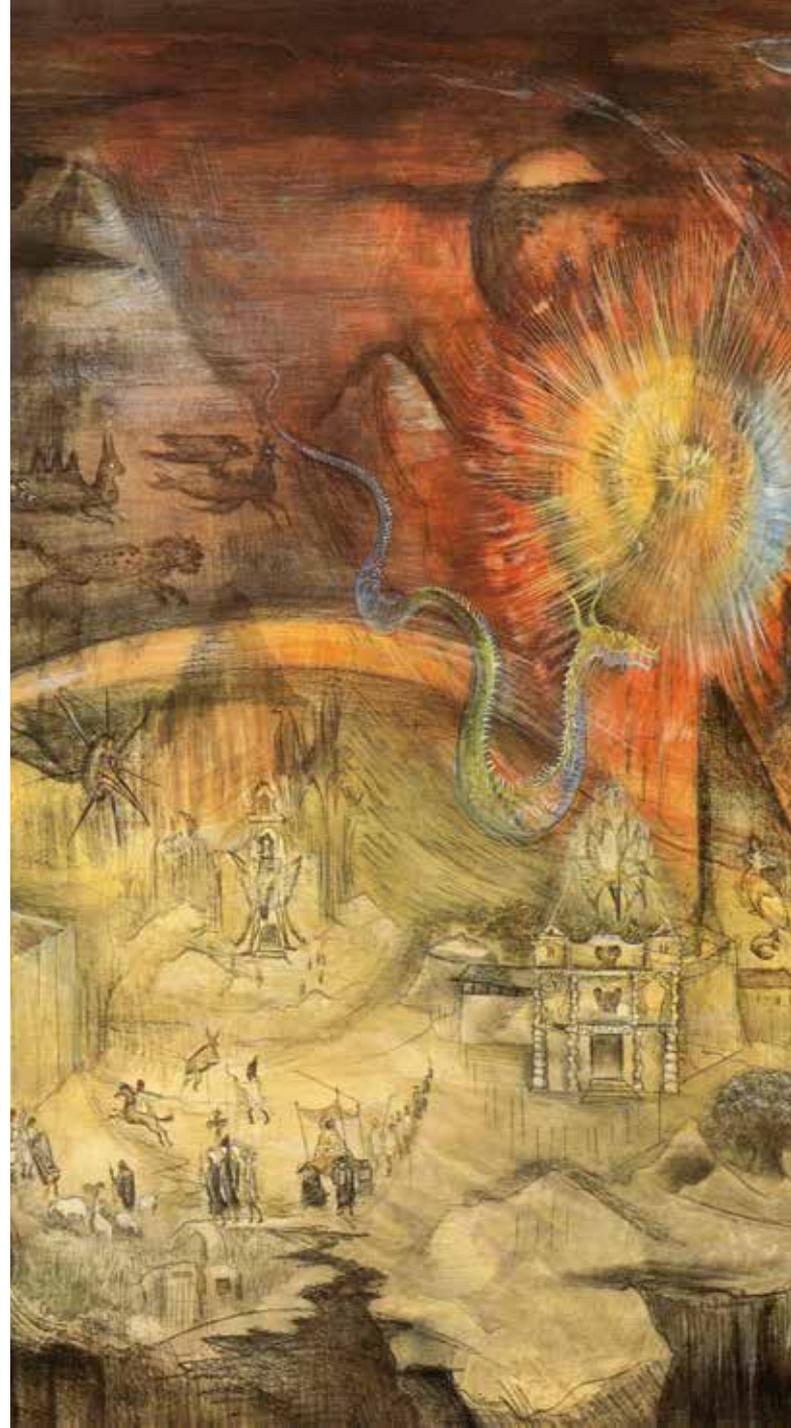
Lame Deer, A. (1998). *El don del poder. Vida y enseñanza de un hombre medicina lakota.* Barcelona: Editorial Hesperus.

Pichon-Rivière, E. (1987). *El proceso creador.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Pisi, R. (2008). *El simbolismo de las figuras circulares. Con un ejemplo del área Andina.* Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo.

Cassirer, E. (1975). *Esencia y efecto del concepto del símbolo.* México: Fondo de Cultura Económica.

WEB: Moffatt, A. (s/a). *Arte y locura.* Recuperado de: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=277>



Arte y salud mental. El arte como intervención, movilización y transformación social.

Alberto Sava

Artista, Docente y Director Teatral y Psicólogo Social. Creador y Director: Congreso Festival Latinoamericano de Mimo, Festival y Congreso Latinoamericano de Arte Una Puerta a la libertad-No al Manicomio. Participa en Festivales y Congresos de Teatro, Mimo y Arte y Salud Mental de Argentina, Perú, Chile, Cuba, Ecuador, Paraguay, España, Francia y Polonia.

albertosava@hotmail.com

*“No hay nadie que haya jamás
escrito o pintado o esculpido y modelado, construido,
inventando, a no ser para salir del infierno”*
Antonin Artaud

Antes de hablar de ARTE Y SALUD MENTAL es necesario mencionar que tuve una formación y desarrollo artístico con el Teatro, Mimo Contemporáneo y Teatro Participativo.

El TEATRO Y EL ARTE PARTICIPATIVO está basado en la utilización de espacios comunitarios y sociales con la participación permanente de la gente. Trabaja en y con la realidad social para intervenirla, movilizarla y transformarla, creando así nuevas realidades. Utiliza espacios abiertos y cerrados, fijos o móviles (negocios, subterráneos, plazas, calles, shoppings, facultades, hospitales, ómnibus, barrios u otros espacios sociales), y logra experiencias y realizaciones teatrales y sociales, en y desde la realidad, para modificarla.

El Teatro Participativo se caracteriza por sacar el teatro a la calle. Es un teatro de movilización, intervención y participación de **individuos, grupos, instituciones y comunidades**. Transformador de realidades sociales. En el campo de la Salud Mental en Argentina, es un proyecto de intervención, desarrollo y transformación de instituciones; se lleva a cabo en el Hospital Psiquiátrico Borda **en el cual se articulan los espacios sociales con** otras instituciones.

A ese espacio social el hospital psiquiátrico (llamado manicomio, asilo, loquero o depósito de personas) convoca al ARTE para sumarse a un proyecto de desmanicomialización.

En términos teatrales **el espacio** es un Hospital psiquiátrico (**el personaje**), la dramaturgia central es **la locura**, y el desenlace, el objetivo final, es **la desmanicomialización**. Nunca más el manicomio, y ahí el Arte como protagonista creando el Frente de Artistas del Borda.

Las personas están internadas por la medicina, detenidas por la justicia y desaparecidas socialmente.

El Frente de Artistas del Borda surge a fines del año 1984 con el objetivo de producir **arte** como herramienta de denuncia y transformación desde artistas internados, externados y ambulatorios en el Hospital Borda, posibilitando, a través de diferentes formas de presentaciones artísticas, generar un vínculo continuo con la

comunidad. Ir al frente, exponerse a salir, cuestionando de esa manera el imaginario social respecto de la locura. Haciendo circular estas producciones artísticas se producen efectos: subjetivos, grupales, institucionales y sociales.

Subjetivos, porque a las personas internadas el manicomio les ha socavado sus deseos, sus voluntades, sus pasiones, y han perdido sus capacidades de pensar, sentir y hacer. No son más personas, no son sujetos pensantes, sintientes, creadores.

La participación de personas con padecer mental en un colectivo artístico abre el desarrollo de lo más propio y singular de la persona, Recupera la capacidad de pensar, sentir y hacer (que el manicomio se encarga de destruir) posibilidad que habilita el Arte como herramienta creativa; y la recuperación de lazos sociales perdidos por el manicomio. Al mismo tiempo, apunta a revertir los efectos de deshumanización que tanto la institución manicomial como la sociedad generan.

Grupales, porque el arte los convoca a un trabajo grupal dentro de un proceso creador, con pertenencia a un grupo y el compromiso a través de la tarea. La tarea actúa como articuladora y organizadora del grupo que le permite llegar a una producción artística: un espectáculo de música, una obra de teatro, una exposición de plástica u otros, haciendo circular en el ámbito cultural, en el afuera, la producción artística que posea calidad.

Y lo que circula no es sólo la producción, sino el artista. De esta manera, la persona y el grupo puede denunciar los malos tratos físicos y psíquicos, la sobre-medica-ción, la falta de libertad, el electroshock, la mala calidad de vida y otras violaciones a los derechos humanos que se padece en cualquier manicomio, público o privado.

Institucionales: estas denuncias públicas vuelven al hospital y es allí en donde se producen los **efectos ins-titucionales**. En principio, poniendo en evidencia las contradicciones institucionales y abriendo dentro del hospital nuevos espacios que permitan profundizar el debate y propuestas de organización transformadoras.

El cuarto efecto es social. En la medida que los ar-tistas salen, muestran su capacidad creadora y las pro-ducciones artísticas de calidad contribuyen a romper con el imaginario social de la locura, siempre en déficit, posicionándose como actor de un proceso valioso de creación y de construcción, que produce cambios para sí y para los demás.

El “**Frente de Artistas del Borda**” (F.A.B.) surge en el particular momento socio-político de la Argentina en el que se daba fin a una dictadura militar y se iniciaba la democracia. Tal como sucede en otros países en salud mental se asiste al comienzo de “Reformas Psiquiátri-cas” que cuestionan al manicomio, la internación y el trato rígidamente jerarquizado que estos auspiciaban. Los manicomios son campos de concentración de per-

sonas. Son lugares de violaciones de todos derechos humanos. En el F.A.B. funcionan, en la actualidad, los talleres artísticos de Teatro, Circo, Música, Mimo, Plás-tica, Teatro Participativo, Letras, Periodismo, Danza y Expresión Corporal, Mural y Desmanicomialización. Cada taller funciona con un equipo de coordinación integrado por coordinadores artísticos y psicológicos y cuenta, además, con la participación de estudian-tes, técnicos y profesionales de otras disciplinas y está abierto a la comunidad en general.

El dispositivo de funcionamiento montado por el F.A.B. consta también de un modo horizontal de abordar las relaciones de poder, para llevar a cabo una experiencia de transformación en donde estén implicadas todas las personas: usuarios, coordinadores y colaboradores que tengan participación en el proyecto. Este dispositivo consiste en la realización de una asamblea quincenal, en las cuales se tratan cuestiones organizativas, ideoló-gicas y políticas.

Las funciones del Frente de Artistas son presentadas en teatros, hospitales, facultades, barrios, centros cultura-les, sindicatos, congresos y festivales, con un criterio de aporte e integración a proyectos y objetivos de cada espacio social.

El lugar del artista

El artista es un ser sensible e inteligente, organizador de realidades e ilusiones, dominador de espacios y tiempos, hombre de la ficción y de la realidad, conocedor de sentimientos y sensaciones, de gestos, actitudes y pasiones, de alegrías y llantos, provocador de personajes y público, visitante de pueblos. Es él y es otro, es la imagen, el espejo, creativo hasta lo inimaginable, utópico. El del tiempo innovador, el de los delirios, lo distinto, lo nuevo. Socio del silencio y del grito, portador de palabras de los de adentro y los de afuera, la voz de las voces acalladas, de la mayoría silenciosa, el cuerpo de los invisibles y los desaparecidos, el que destruye y construye, el que vive y muere mil veces, el que siempre está...

El lugar del arte

El arte debe estar en una relación permanente con el crecimiento de cada persona y de la sociedad toda. El arte debe desplegarse en todas las etapas de la formación del individuo, en todos los espacios posibles de la sociedad: los hospitales, en lugares de estudio, en el barrio, en el trabajo, entre otros; con el criterio de aporte e integración a proyectos y objetivos de cada lugar, de cada espacio social. El arte mezclado permanentemente con la vida cotidiana para hacerla más sensible, más inteligente, más creativa, más humana, mejor vida.

Festival y Congreso Latinoamericano de artistas internados en hospitales psiquiátricos

Creado y Organizado por el Frente de Artistas del Borda, es la primera y hasta ahora única experiencia a nivel mundial de un festival de estas características. Es un festival de “artistas locos” donde participaron por primera vez personas internadas y ambulatorias en hospitales psiquiátricos públicos que realizan actividades artísticas, y no sólo para mostrar sus producciones sino también que sea un lugar de encuentro para debatir sobre la desmanicomialización.

Los festivales contaron con la participación de usuarios-artistas, coordinadores y técnicos. Siempre desde sus comienzos, en 1989, hasta el último realizado en Mar del Plata en el 2018, se contó con la presencia de 700 participantes en cada Festival con delegaciones de Argentina, Uruguay, Chile, Brasil, Costa Rica, Bolivia, Paraguay, Indonesia, Holanda y Ecuador entre otras. El festival, que provoca:

- En el marco de una estrategia de desinstitucionalización hacia la abolición de los manicomios, ponen en funcionamiento las contradicciones de las instituciones psiquiátricas y de la sociedad.
- Posibilita pensar la transformación de los circuitos organizativos de la institución, rom-

piendo el predominio cultural del modelo segregativo del manicomio.

- Provoca repercusiones sociales, de modo que organismos de derechos humanos, sindicatos, partidos políticos, medios de difusión, asociaciones de profesionales y artísticas, centros culturales, teatros, cooperativas, facultades, entre muchas otras instituciones, se involucran activamente.
- Por esto, vale historiar los festivales que son el lugar de encuentro, intercambio y elaboración que permitió al **Frente de Artistas del Borda** crear la **Red Argentina de Arte y Salud Mental**.

La Red Argentina de Arte y Salud está integrada por personas internadas y ambulatorias, coordinadores y colaboradores de los Talleres Artísticos de los hospitales psiquiátricos y centros de salud mental oficiales y comunitarios del país.

Objetivos:

- Convocar y reunir a todas las instituciones, grupos e individuos que tengan al arte como sostén ineludible de su práctica, entendiéndolos como instrumentos válidos en el abordaje de las problemáticas en salud mental.

- Promover y organizar eventos, jornadas y festivales y toda aquella actividad artística y/o científica que permita la extensión, reflexión y presentación de las implicancias sociales, institucionales y subjetivas de estas prácticas.
- Organizar y apoyar en el país todo tipo de actividades que tengan como principal tarea el ARTE y la SALUD MENTAL, a través de espectáculos, recitales, debates, talleres, seminarios, asistencias técnicas, grupos de estudio, encuentros, festivales y otros, a nivel nacional como internacional.

Toda esta propuesta organizativa e ideológica, bajo principios éticos y de respeto por los derechos humanos, entendiendo a la atención de la salud mental como un derecho básico, con criterios democráticos y participativos, con principios políticos de libertad y con actitud creadora permanente, y la participación **del arte y de los artistas** como agentes de cambio, de transformación.

El **Frente de Artistas del Borda, los Festivales Latinoamericanos, la Red Argentina de Arte y Salud Mental** y la concreción de la Red Latinoamericana de Arte y Salud Mental ayudan a la transformación en el campo de la Salud Mental hasta lograr la definitiva DESMANICOMIALIZACION. **Desde y con el arte.**

Expresión artística: una forma de transformar el padecimiento mental

Mirta Elvira

Psicóloga (Universidad de Buenos Aires). Doctora en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Fundadora del Centro Cultural Camino Abierto. Asesora de la Legislatura de Río Negro. Docente e investigadora.

melvira@unrn.edu.ar

“El arte no reproduce aquello que es visible sino que hace visible aquello que no siempre lo es”

Paul Klee

En muchas ocasiones los/las trabajadores/as de la salud estamos muy abocados a ocuparnos del daño, del síntoma, del dolor, de la enfermedad y el sufrimiento. ¿Somos trabajadores/as de la salud o de la enfermedad? Creo que de ambas cosas, pero la salud siempre queda en otras manos, como que llegamos al punto de la urgencia de tener que ocuparnos sólo del padecimiento. En parte porque debe ser así, porque nuestra formación nos da herramientas para ayudar a salir del padecimiento por el que las personas consultan, pero también se debe a que en esa formación se tiene muy poco en cuenta la salud como idea integral. Es aquí donde nos interesa anidar, en la relación entre la salud, en este caso de la mental, y el arte.

Desde tiempos remotos las actividades artísticas han sido una herramienta muy valiosa en lo que respecta a la posibilidad de creación y expresión. Quizás por ello haya cuantiosas definiciones y debates sobre qué se considera arte y qué no. Al hablar de arte como herramienta de salud lo consideramos en el sentido más am-

plio, que incluye las experiencias artísticas que todo ser humano puede vivenciar, tanto desde la creación como desde la interpretación y el disfrute. Esas experiencias artísticas están ligadas a la idea de libertad, de elección, de deseo y de participación.

El problema se plantea cuando se banalizan las actividades ligadas al arte para convertirlas en una forma de llenar espacios de manera un tanto inquisitiva. Es así como encontramos talleres de laborterapia en un marco de obligatoriedad para las personas, como una forma de ocupar ese tiempo vacío de contenido. Me pregunto dónde queda el sujeto en estas prácticas. ¿Acaso no pasa a ser objeto de quien conduce esa práctica? ¿Es una verdadera experiencia artística para una persona que tiene un padecimiento mental ir obligada a un taller? O quizás, porque un/a profesional, con buenas intenciones, la derivó para que esa persona conecte con algo de su salud.

En resumidas cuentas, tenemos por un lado la derivación casi automática, y por otro, la persona con padecimiento mental participando como zombie en un taller que no eligió y una porción de la sociedad se queda tranquila porque esa persona deja de ser un/a enfermo/a y pasa a ser un/a artista; más si se piensa que una persona que tiene padecimiento mental por el sólo hecho de ir a un taller de arte ya es un artista. Cada uno/a de los/as que lee este escrito tendrá argumentos para

defender estas derivaciones, porque en definitiva dejan más tranquilo/a al/a la profesional y la familia, que en los casos en que la persona con padecimiento mental es abandonado a su suerte.

A esta altura la pregunta obligada es: ¿qué podemos hacer?

Escuchar. Lo más importante en nuestro trabajo es escuchar, tener en cuenta el deseo y la palabra del otro. Parece una obviedad, sin embargo, no lo es, porque solemos echar mano a lo que se ofrece como actividades artísticas en vez de escuchar a la persona en todas sus facetas. Ese es el camino que nos lleva a encontrar en el arte una herramienta válida para cada persona. Es el camino marcado por la práctica de la salud mental comunitaria. Valoramos en todos los sentidos posibles las relaciones interpersonales que el sujeto conserva, y sabemos que seguramente allí se dará el primer cimbronazo en el que resuene el “síntoma”. Atender solamente los síntomas, expresados a través del delirio, alucinaciones, excitaciones, intentos de suicidio, depresiones, etc., no resuelve el problema. Es necesario escuchar, sostener y cuidar con todas las herramientas que estén a nuestro alcance, y por sobre todas las cosas, trabajar el contexto, el entorno donde esa persona con padecimiento mental vive.

El modelo de atención comunitario

Al hablar de modelos de atención nos referimos a las formas de organizar recursos para enfrentar determinados problemas. Como sabemos, en salud mental hay dos modelos en pugna: el clínico asistencial y el comunitario. El primero, el tradicional, sostiene una modalidad basada en el hospital psiquiátrico, donde en general las personas con padecimiento mental aparecen representadas con conceptos sociales negativos como “el paciente es peligroso, incapaz, irrecuperable”, lo que deriva en que puedan ser aisladas o motivo de prácticas restrictivas. Este modelo clínico además responsabiliza muchas veces a la persona con padecimiento por la falta de evolución positiva, en vez de ver qué nos faltó recorrer. Todo esto no es casualidad. Es un modelo que visualiza a la persona como incapaz de evolucionar. Le pone un techo en lugar de pensar que es justamente el modelo de atención el que se tiene que modificar. El modelo comunitario conlleva una mayor accesibilidad a la atención y la no vulneración de los derechos de las personas con padecimiento mental. Es un sistema que no contempla solamente el cierre del hospital monovalente sino que implica cambios en sus componentes: la política, la organización de los servicios, los modelos de atención, los recursos presupuestarios y la formación de los recursos humanos, la sensibilización de la comunidad y, por supuesto, las leyes. En

la provincia de Río Negro de la República Argentina contamos desde 1991 con la Ley de Salud Mental Nº 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas con Sufrimiento Mental, conocida como ley de desmanicomialización¹, y desde 2010 con la ley Nacional Nº 26.657 de Salud Mental y Adicciones.

Un componente para tener en cuenta en el modelo comunitario es la organización de los servicios; cada lugar tiene que tener su propio sistema: un hospital general en el que se puedan internar los casos agudos, un centro de atención primaria, una empresa social, un alojamiento en caso que la persona carezca de vivienda, un centro recreativo cultural y todos los dispositivos con base territorial necesarios para una mejor inclusión social. Los recursos sanitarios mencionados son una parte de las ofertas que nosotros podemos gestionar, pero no son los únicos. Es necesario el trabajo intersectorial para que la persona retome su vida habitual anterior a la crisis.

Nuestro primer objetivo es no sanitizar a la persona con padecimiento mental sino valorar la fortaleza de su vida e identificar la riqueza de la comunidad a la que pertenece. Es decir, trabajar el contexto, conocer con qué familia, amigos, amores y lazos sociales puede contar. Además, apuntar a que cada persona viva como desea vivir, sola o con su familia. Otro componente clave en el modelo comunitario son

los recursos humanos, que deben estar formados bajo el imperativo categórico de nuestra época: la inclusión social. Creemos que hay un déficit al respecto en la formación universitaria y en la generalidad de las prácticas de grado, que están más orientadas a suprimir el síntoma y a la descripción sintomática. No alcanzan estos elementos para acompañar la vida de una persona que necesita volver a su vida habitual. Muchas veces, con el modelo clínico asistencial se produce un corte con aquellos lazos sociales a los que nos referíamos, que son indispensables para su recuperación. Ofrece un dispositivo en donde a la persona con padecimiento se le brinda casa, comida y medicación a costa de su libertad, sus derechos, su elección de vida. Hay que cambiar también las expectativas de todos nosotros. La evolución, en un sentido amplio, de quien presenta un padecimiento mental, no está dada por la variable psicopatológica sino por todas las estrategias de abordaje que somos capaces de ofrecerle a esa persona: estrategias sanitarias, sociales, culturales, laborales, educativas. “Cuando los actores tienen esperanzas positivas, cuando no le ponemos un techo a esa persona con algún padecimiento mental, esa persona va a evolucionar favorablemente” (Natella, 2017).

En la provincia de Río Negro contamos con muchas experiencias al respecto, y en todas es muy importante lo que llamamos el “trabajo en red”. Descubrir esos lazos,

en algunos casos construirlos, es el sostén, el apoyo, no sólo cuando la persona atraviesa una crisis sino en la comunidad, en su vida cotidiana. Si bien desde el primer momento en que una persona toma contacto con el área de salud mental del hospital visualizamos la trama de todas las estrategias posibles, los dispositivos son los que están más cercanos a la comunidad y pueden generar el trabajo en red.

Un camino abierto al arte

En la ciudad rionegrina de San Carlos de Bariloche funciona desde 2008 el Centro Cultural Comunitario Camino Abierto, dependiente del Hospital Zonal. Destinado a personas con padecimiento mental y la comunidad, tiene actividades culturales, deportivas y laborales gratuitas. En un lugar donde no hay más manicomios desde el año 1988, Camino Abierto se ha constituido en un dispositivo que reproduce la vida en comunidad, donde lo importante es el crecimiento que aporta a la persona el hecho de compartir un espacio con otros. Se valorizan los grupos informales como las mateadas, compartir el almuerzo, cumpleaños, salidas y excursiones, por considerarlos sostenedores, generadores de pertenencia e identidad.

Dentro de las acciones que llevan adelante los/as trabajadores/as de la salud mental, con el objetivo de promover una mejor calidad de vida para las personas con

padecimiento mental, están las de mantener reuniones con la familia, gestionar pensiones, apoyar el trabajo temporario e incluir el trabajo productivo de diferentes emprendimientos. Todas las actividades están orientadas a acompañar, apoyar y promover las capacidades de las personas, ampliando lo máximo posible el abanico de posibilidades de inclusión social.

Si bien hubo resistencia por parte de la comunidad en la apertura del Centro, podemos decir que hoy la inclusión de los/as usuarios/as con vecinos/as, familias y trabajadores/as ha sido exitosa. Creemos que cuidar no es dejar sola a la persona que presenta un padecimiento mental sino brindarle herramientas que nos permitan entre todos armar una red de contención y lograr así una mayor participación en todas las dimensiones de su vida social.

Sin duda el afecto y la confianza son indicadores que se destacan en el entramado. Es gracias a la participación comunitaria² de los talleristas, familiares y trabajadores de Camino Abierto que esos sentimientos de cooperación, confianza y solidaridad fueron creciendo y entretejiendo historias y vínculos saludables.

En este entramado las herramientas artísticas fueron el eje del trabajo porque favorecen la comunicación, la expresión, el encuentro, el descubrimiento interior y la posibilidad de modular un cambio. Es central en este sentido lo interdisciplinario y la incorporación al

equipo de salud de otros saberes, sobre todo del ámbito de la cultura.

Es importante destacar en el contexto de la pandemia de COVID-19 fueron los talleres de expresión artística los que sostuvieron un lazo amoroso y una intensa participación de las personas que concurren a Camino Abierto. Podemos hablar así de “La Mariposa”, un programa semanal de dos horas que se emite por la radio los Coihues Bariloche, del que participan las personas que van al centro con diferentes consignas, talleres, experiencias, reportajes, radios teatros, músicas, y de “Mala Praxis”, la compañía de teatro del Centro. Mención especial merece “Chau bicho”, el grupo de WhatsApp instrumentado desde el comienzo de la pandemia como espacio que aloja y construye una trama grupal sobre la ya existente. Partió del grupo que ya existía, que tiene mutua representación interna de sus miembros, que se sabe y se siente grupo. Hay un encuadre y una modalidad de trabajo en los talleres de Camino Abierto que los integrantes de “Chau bicho” conocen y practican desde hace años. Eso permitió que la iniciativa fluyera rápidamente y los talleristas pudieron mandar las respectivas consignas de trabajo, que fueron seguidas por los/as integrantes de cada taller. “Chau bicho” es un modo actual de tratamiento en la vida cotidiana, el grupo actúa como sostén de identidad y reforzando la pertenencia.

Bibliografía

Basauri, V. (2005). *Desarrollo y consolidación de la red de servicios de salud mental, en atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos.* Washington: OPS.

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la reforma de salud mental en Río Negro.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Elvira, M. (2019). La batalla contra el estigma. En J. Schiappa Pietra et al. *La Brancaleone II.* Río Negro: Kuruf.

Fubini, E. (1988). *La estética musical desde la Antigüedad hasta al siglo XX.* Madrid: Alianza.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Por una crítica de la razón psiquiátrica.* Buenos Aires: Paidós.

Levav, I. (1992). *Temas de salud mental en la comunidad.* Washington: Paltex.

Natella, G. (2017). Salud mental comunitaria en acción: el problema de la formación profesional. En *Salud mental, comunidad y derechos humanos.* Grupo de trabajo en Salud Mental Comunitaria Universidad de la República, Uruguay. Montevideo: Psicolibros Universitario.

OMS/OPS-UNICEF (1978). *Declaración de Alma-Ata,* Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 6 al 12 de septiembre. Disponible en <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaracion-dealmaata.html> [consulta, marzo de 2020].

Notas:

¹ En 2018 se promulgó la Ley N° 5.349, de adecuación de la Ley N° 2440, que respetando los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, conserva el espíritu de la reforma rionegrina.

² Proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario” (Declaración de Alma-Ata).

Historia de un encuentro. Acerca de “Cuidar a la fuerza. Sobre la intervención policial con personas intoxicadas por uso de drogas”, de Daniel Russo*

Karina Celeste Álvarez

Psicoanalista. Doctoranda en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Especialista en Investigación Educativa (UNLa), docente (UNLa-UBA), cofundadora y codirectora de Otra Escena, Equipo de Salud Mental.

karina.alvarez99@yahoo.com.ar

Cuidar a la *fuerza*, el libro de Daniel Russo que aquí presento, es a la vez un hallazgo y la historia de un encuentro, o de varios.

Lo relata el libro a poco de empezar. Es la historia de lo que Daniel encontró sin buscar, o buscando otra cosa, de lo que fue perfilándose en el borde de años y años de prácticas, y labores dispersas y disímiles que terminaron resonando juntas en lo que leemos. Es la historia de lo que parece que encontró a Daniel a cada paso, con esa intermitencia insistente que convierte lo azaroso en regularidad, en ritmo y en forma.

Todas esas vueltas, redundancias, encuentros y desencuentros, tienen un denominador común, un tema: droga, policía y análisis institucional.

El libro también es, en primer plano, en la superficie, la historia de otro encuentro: de lo que acontece cuando un policía y un intoxicado por uso de drogas cruzan caminos en ese espacio tan inespecífico y fácilmente des-bordable como es la calle, la vía pública. La historia rebosa en casuística, el relato abunda en anécdotas. Y

entonces el libro se escribe dando vueltas, orbitando en torno a la escena de ese encuentro y todas sus variantes posibles.

Pero también se encuentran otras cosas en la lectura del libro. Porque de toda la florida y basta tarea policial Daniel elige justo esa escena, la que constituye una paradoja, la que se inscribe en un limbo práctico, la que por soportarse en una intervención requerida sobre una conducta no punible y más propia del campo de la salud, se inscribe fuera del régimen de signos que traman la acción policial en su carácter formal. Es cierto que esa escena siempre amenaza con devenir alteración del orden público, pero mientras eso no sucede el encuentro es desencuentro. Un policía no sabe mucho qué hacer cuando se encuentra con un intoxicado en la calle, pero sí sabe que es muy posible que su intervención empeore las cosas.

Hace falta leer solo un par de páginas para ver cómo esa escena, el relato de ese encuentro, va convirtiéndose en texto y pretexto a la vez. Y así se va corriendo el borde y el foco de atención se abre. Inevitable.

Porque, ¿qué filamentos tejen una escena y la organizan?, ¿de qué orden son?, ¿de qué materia están hechos? Me gusta decir que toda institución, toda escena que se compone es el intento de organizar, estabilizar, algo que no cesa de desorganizarse, desestabilizarse: cuerpos, afectos, saberes y prácticas. Un intento de dar for-

ma aquí y ahora a lo que se deforma. Además de eso, que ya es mucho, resuenan también en toda escena, en toda institución, en todo encuentro, elementos pasados (y/o futuros) que se actualizan en planos diferentes y a velocidades diversas.

Como dice Deleuze, toda escena, toda multiplicidad, pone en juego elementos actuales y virtuales, de manera tal que ningún objeto es nunca exclusivamente actual y se encuentra siempre rodeado de una niebla, de un vapor inconsistente, de imágenes virtuales. Dicho de otro modo “una partícula crea efímeros, una percepción evoca recuerdos” (Deleuze, 1996).

Todo encuentro, toda escena, toda institución, es entonces una aleación impura que se cierra y se muestra como totalidad uniforme, escondiendo a la mirada descuidada su naturaleza múltiple, polimorfa (y perversa, diríamos). Y sin intención ni maldad, es solo una ilusión óptica instantánea. Una primera mirada sobre la escena del encuentro entre un policía y un intoxicado por consumo de drogas en la vía pública produce el mismo efecto: obvedades.

Hay elementos significantes que funcionan como prismas, como analizadores que deshacen el hechizo y desarmar ese efecto de unidad, ese cierre de sentido, dando a ver los distintos niveles y las distintas materias que componen una escena, una institución, un encuentro. Dicho mejor, funcionan como una mirilla-prisma para

quien se detenga a mirar por ahí. Repetimos con Loureau y Lapassade, casi de memoria: un analizador es un acontecimiento o elemento material o simbólico que sirve como vía de enunciación para que la estructura de una institución y sus contradicciones se expresen.

El libro de Daniel nos hace mirar por la mirilla-prisma. Pone nuestro ojo ahí. Se despliega en torno a esa escena del encuentro entre un policía y un intoxicado por consumo de drogas en la vía pública, haciendo de ésta un analizador de la función policial. El resultado es el esperado y la tarea policial se abre a la mirada descomponiéndose en los elementos que la constituyen: ¿qué hace acaso un policía o cuál es su función?, ¿está formado acaso para hacer eso que debe hacer?, ¿cómo lo hace y qué sucede cuando lo hace? Y además: ¿cómo relata un policía lo que hace a quién se interesa por saber y le pregunta?

Todo esto sucede en el libro a fuerza de sostener una pregunta: ¿cuáles son los criterios que utilizan los policías cuando intervienen con personas afectadas por el consumo de sustancias psicotóxicas?

Entonces, ese encuentro es el pretexto que Daniel elige para desplegar esas otras preguntas y volver a pensar acerca del estatuto informe y desbordado de la función policial en acto, y el carácter inevitablemente carente e insuficiente de la formación que reciben; y cómo esa formación se complementa y reconfigura en el saber

hacer, en lo que se aprende en la calle, mirando hacer a compañeros con más experiencia. Cuestión que lleva a Daniel a formular una vez más esa vieja pregunta: ¿qué pesa más en la formación de un policía, lo que aprendió en la escuela de formación policial, en el liceo, o lo que aprende en la calle, en la comisaría? Y ensaya respuestas, una vez más.

Es justamente por su carácter de limbo práctico que esa escena del encuentro entre un policía y un intoxicado por consumo de drogas en la vía pública deviene en terreno fértil para volver a mirar ese modo particular de intervenir que es la policial. Una acción que se configura en torno al “olfato policial” como su elemento central, que Goyo Kaminsky vinculó tan lúcidamente con el modo inductivo de producción de saber.

Esa escena, ese encuentro, es también una superficie esquivada en contacto con la cual se revela la acción policial, que en su carácter discrecional legisla en acto, hace (cumplir) la ley. Esos limbos prácticos tan propios del hacer policial en su desborde conllevan como efecto que la discrecionalidad en la función tome el relevo y el olfato policial se convierta en el medio por el cual organizar la multiplicidad de estímulos presentes en cada situación. El arte de la inducción, al decir de Kaminsky: olfato policial imposible de configurar mediante una transmisión sistemática, que se modela en la reproducción del saber hacer diario.

Luego de una variada excursión, exhaustiva en fuentes y casuística, el libro cierra con una serie de murmuraciones finales como deseos de futuros encuentros: las problemáticas de consumo y los modos de abordaje policiales y no policiales, la legalización del consumo de sustancias psicoactivas y la consecuente reconfiguración del mercado, las prácticas y los territorios, los posibles efectos de esta legalización, y si quitar del medio la carga de prejuicios morales que devienen de la prohibición podría contribuir a centrar la intervención policial en el cuidado.

Finalmente: ¿qué sucede cuándo un tema cualquiera se encuentra con alguien apasionadamente interesado en él y con ganas de escribir?

Sí, el autor es mi amigo, pero ese dato es la historia de otro encuentro.

***Daniel Russo**

Doctor en Salud Mental Comunitaria (UNLa), psicólogo especialista en educación. Docente e investigador en la Universidad Nacional de Lanús y en la UBA.
danielrusso@unla.edu.ar

Bibliografía

Deleuze, G. (1996). Actual y virtual. En *Dialogues*. París: Editorial Flammarion.

Kaminsky, G. (2011). Policía, política y filosofía. Apuntes para una crítica de la razón policial. En Galeano, D. y G. Kaminsky (coords.) *Mirada (de) uniforme. Historia y crítica de la razón policial*. Buenos Aires: Editorial Teseo.

Lapassade, G. (1979). *El analizador y el analista*. Barcelona: Gedisa Editores.

Lourau, R. (1975). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.



Inclusión Mental. Hacia la democratización de saberes.

Volumen II. Tomos I y II. Yago Di Nella (Editor)

Mercedes Rattagan

Lic. en Psicología. Premio Bleger. Doctoranda del Doctorado de Salud Mental Comunitaria (UNLa). Especialista en Gestión en Salud (UNLa). Diplomada en Salud Colectiva (I. Gabardon-CLACSO). Docente a nivel nacional e internacional. Miembro del ATAMDOS (Provincia de Bs. As.).

rattagamer@hotmail.com

Esta obra contiene dos tomos del Volumen II como continuidad del Volumen I editado hace 10 años; el mismo tiempo que transcurrió nuestra Ley de Salud Mental 26.657. Refuerza la idea de la construcción de otro paradigma, al que denomina “lo mental como componente de la salud pública”, partiendo de una fuerte crítica del dualismo cartesiano. Señala como eje central de toda estrategia en la política sanitaria la inclusión de lo mental, y acentúa la necesidad de democratizar todos los saberes para hacerlos accesibles e igualitarios. Para lograrlo insiste en el concepto de interdisciplina como la reunión de todos los saberes, en diálogo permanente, para producir nuevos conocimientos colectivos al servicio de la comunidad, insistiendo en la figura del Estado como su principal garante.

Es destacable la crítica del editor respecto del concepto de salud mental en el que invita a deconstruirlo, dándole mayor amplitud que la mera ausencia de problemas psíquicos, rompiendo así la idea tan arraigada de lo mental reducida a lo psíquico, revelando una lectura

profunda sobre la concepción de salud mental adecuada a la que hace referencia la ley nacional en su Capítulo II, artículo 3º, donde incluye tanto los determinantes sociales, las construcciones colectivas, el enfoque de derechos y la atención primaria como estrategia sanitaria. Estos nuevos lentes epistémicos convocados por la ley ponen distancia a todas las concepciones lineales, alejándose de esta manera del criterio causalista de la realidad, para configurarla de modo discontinuo, cuestionando los destinos ciertos y posibilitando la aparición de lo nuevo a partir de lo ya existente.

Debe señalarse que solo es posible visibilizar el alcance de lo aquí planteado si se está provisto de las categorías y conceptos para lograrlo; de lo contrario quedará ciego ante aquello que desconoce, y al decir de Matus: “no sabe que no sabe”, y mucho de lo cual lo estamos vivenciando en nuestra práctica y docencia actual.

Como el editor aclara en la presentación del libro, algunos de los textos de este Volumen dieron el soporte legislativo sancionado en la Ley 26.657, que otros autores lo pre-historizan. Finalmente, su última parte va mostrando diversas y ricas experiencias que se llevaron a cabo teniendo como marco esa normativa. También nos dejan ver todos los inconvenientes con los que se fueron encontrando sus autores, en muchos casos como resistencias propias del choque de paradigmas, donde el manicomio es el exponente de uno de ellos.

En la primera parte del Tomo I, la Pre-historia de la norma, nos presenta a todos los padres ideológicos de la Ley, tanto nacionales como internacionales, y aquellos que lucharon en nuestro país entre finales de los 60 y mediados de los 70, por instalar otras prácticas desde la perspectiva de los derechos humanos, estructurando movimientos y prácticas de desmanicomialización y deshospitalización. Muchos de ellos fueron desaparecidos y exiliados, como Mimi Langer, Bauleo, Goldemberg, Valentín Barenblit, Marta Brea, entre otros, durante la sangrienta dictadura cívico militar del 76 que interrumpió este y otros procesos, desarticulando el tejido social con sistemática violación de los derechos humanos de la comunidad. Pero no solo se reprimió a las personas, sino a las ideas y concepciones que llevaban a cabo con dispositivos cuestionadores del modelo imperante. Esto dejó una profunda huella en el pensamiento argentino en salud mental, ya que como movimientos instituyentes fueron molestos y ruidosos para lo instituido, pero también develaron lo invisibilizado, mostrando que era posible otra salud mental. Dejaron marcas con sus experiencias, que fueron insumos para crear nuevas condiciones precursoras de la sanción de la nueva Ley de Salud Mental.

Por otro lado, sería de interés dejar abiertas preguntas en lo referido a las representaciones sociales y el inconsciente colectivo en relación a estas prácticas co-

munitarias, y la respuesta que se le dio en aquellos momentos a través del aparato represor del Estado, matando y haciendo desaparecer (como parte de sus necropolíticas) a quienes llevaban adelante dichas prácticas. Los diferentes autores de diferentes campos del saber que concurren en estos dos tomos/documentos, todos ellos desde una práctica ética y de gran compromiso, coinciden en plantear una salud mental con un enfoque integral desde la perspectiva de la complejidad, rompiendo con el pensamiento clásico, tradicional determinista, ahistórico, desvestido del individualismo propio del sistema capitalista neoliberal. Plantean un sujeto activo, ejerciendo sus derechos como toda acción salutogénica, alejada de la objetualización, asistencia y tutelaje. Un apartado interesante y para problematizar es el referido a la necesidad de capacitación de nuestros profesionales, acordes a las necesidades de nuestra comunidad y sujetándose a la legislación vigente, desde una cosmovisión centrada en el paradigma de la complejidad con el marco de los derechos humanos. Sabemos que la ciencia no es nunca neutral, como tampoco los profesionales. Si queremos construir nuevas subjetividades profesionales deberemos incorporar nuevos saberes, para lo cual necesitamos -como bien señala Edgar Morin- lograr reformar el pensamiento para repensar la reforma. Por lo tanto, nuestras universidades deberán estar abiertas a la comunidad, en una continua

comunidad con sus necesidades, enriqueciéndose y enriqueciendo la realidad lo que conlleva una profunda modificación de sus currículas tal como lo plantea nuestra Ley 26.657. Debemos tener claro y no dejar de insistir que para crear cambios tenemos que producir el sujeto del cambio.

Lectura amena, intensa, donde el compilador riega el texto con concepciones teóricas, políticas, ideológicas, de la mano de vivencias personales, dejando ver las marcas en su ser y profesión, que trasluce su posicionamiento ético político. Es así como arriba a la gestión por su incansable militancia en el campo de los derechos humanos, con una historia marcada por el compromiso de familiares víctimas de la dictadura cívico militar más cruenta que padeció nuestro país.

En varias oportunidades, con exquisita familiaridad y hasta complicidad, nos abre la puerta de su “cocina” de la gestión, con la generosidad tan poco vista en nuestro mundo donde se privatizan los pensamientos, sentimientos, acciones, etc., reconociendo a quienes estuvieron cerca, lo ayudaron, acompañaron y enseñaron en ese arte de la gestión política. Nos muestra una y otra vez, desde su práctica y discurso, que no hay construcciones individuales, sino que siempre está presente el colectivo.

Así como Yago Di Nella narra aquel encuentro con Alfredo Kraut, quien lo convoca a realizar la mesa in-

terinstitucional y “poner primera” con la Ley, en estos dos tomos llenos de anécdotas, teorías, concepciones novedosas y paradigmas instituyentes, lo podemos observar poner final a ese “retiro” voluntario que le señaló Hugo Cohen al visitarlo en el 2019, dando un nuevo impulso a su largo viaje de compromiso, docencia y gestión.

Llegamos al 2020 sin cumplirse con aquello establecido por la Ley, ni se logró el cierre de las instituciones totales ni los enfoques que lo sostienen. El manicomio es el final del recorrido de prácticas manicomializadoras. Es el final de una larga trayectoria de derechos privados y violados. Recorrer la lectura de estos dos tomos nos adentra en una profunda reflexión sobre una Ley que fue fruto de una militancia social y política, que debemos recuperar exigiendo su aplicación.

El autor nos da cuenta, en estos dos tomos, cómo una gestión realizada en un trayecto corto, pero con voluntad política, un equipo, compromiso y claridad en su proyecto, pudo avanzar y mostrar en acto tanto la letra de la Ley, así como su implementación.

Esta obra nos lleva todo el tiempo a interrogarnos respecto a cómo leeremos esta coyuntura, porque la única manera que nos puede alojar claridad es si la abrimos a todos sus tiempos, pensando qué tipo de memoria se está haciendo actualidad en la lucha del presente, cuál es la densidad histórica que acontece hoy día,

cuáles son los conceptos, ideología, categorías que horizontalizan esta realidad, a 10 años de la sanción de nuestra Ley, considerada entre las mejores del mundo. Un presente que se nos aparece como un tejido complejo de nudos, al decir de Rafael Bautista, filósofo y docente boliviano, refiriéndose a la complejidad de la realidad, que será necesario ir desatando para poder comprenderlo. Por eso se requiere de la confluencia transdisciplinaria de saberes. Para lograr dar cuenta de estos fenómenos complejos, como bien lo refiere Yago Di Nella.

Es necesaria una fuerte interpelación sobre las concepciones imperantes, fruto de luchas de poderes, para hegemonizar las narrativas y construir sentidos. Sociedad atrapada en una historia viciada de prejuicios, estereotipos, preconceptos, producida y productora de concepciones colonizantes, invisibilizadas y naturalizadas. Toda objetividad, en tanto producción humana, es subjetiva. Se necesita introducir lo no evidente, lo que no se ve, lo ausente. Éste es nuestro desafío.

Si bien la Ley fue un paso muy importante para cumplir con los estándares internacionales en materia de salud mental y derechos humanos, la realidad nos muestra que no alcanza. Nos quedará como deuda realizar esos cambios culturales que son los que sostienen las viejas concepciones, cómplices de sistemas liberales, que promueven saberes de corte positivista con la connivencia

de profesionales domesticados, funcionales, que avalen con sus teorías y prácticas una sociedad y modelo de lo humano que se adapte a un sistema productivista, individualista, y consumidor regulado por el mercado, destroncándonos del nosotros como productores de salud y del buen vivir.

Al respecto, Di Nella considera que pasara mucho tiempo hasta que se dé el cambio cultural necesario para que se logre comprender lo mental en su aspecto multidimensional, no solo en los profesionales sino en todo el arco de la sociedad, incluyendo a los decisores políticos, para lo cual convoca a militar ese cambio.

El compromiso es de todos. Es necesario abandonar las meras declamaciones para que se concreten en la realidad. En esta dirección, Alfredo Kraut y Nicolás Diana, en el texto, hacen referencia a que el derecho, para que lo sea, deberá realizarse.

Toda práctica cosificante que impulsemos nos cosifica a nosotros como sujetos de intervención. Al respecto, Silvia Bleichmar comentaba que el abandono del semejante es siempre la muerte de una parte de uno mismo. Por cada sujeto privado de su libertad y cosificado, lo estaremos también nosotros en tanto parte de la comunidad. Dejemos de pensar como individuos aislados para ir recuperando nuestro ser comunitario. Venimos de otro y no somos sin ese otro. Las prácticas están en diálogo, son relacionales y nos exigen poner

en juego nuestra ética; pero la ética de la preservación de la vida, tal como la teoriza claramente Enrique Dussel. La ética desde el lugar de las víctimas, del que sufre. Esta profundo y movilizante viaje que nos invita el editor y todos los autores presentes en estos dos tomos/documentos nos convoca a un NUNCA MAS en este campo sostenido por la tríada Memoria Verdad y Justicia.

En un momento de gran retroceso y confusión en el campo de la salud mental, con propuestas “reformistas, humanizantes”, herido profundamente por políticas neoliberales, con subjetividades captadas por el neoliberalismo, epistemológicamente colonizadas, estos dos tomos pueden servir como insumos necesarios para volver a encender el fuego de la mística necesaria para la transformación de saberes y prácticas, y centralmente, de la sociedad en su conjunto.

Bibliografía

Bautista, R. (2021). Pensamiento crítico ¿Qué es un pueblo en tanto que Pueblo? Resumen Latinoamericano. Disponible en: <https://www.boltxe.eus/2021/04/25/pensamiento-critico-que-es-un-pueblo-en-tanto-que-pueblo-rafael-bautista-s-video>

Bleichmar, S. (2002). *Dolor País*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

de Sousa Santos, B. (2012). “De las dualidades a las ecologías”. Serie: Cuaderno de Trabajo N.º 18. Bolivia: Ed. Red Boliviana de Mujeres Transformando la Economía.

Dussel, E. (2007). *20 tesis de política*. México: Siglo XXI: Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y el Caribe.

Morin, E. (2002). *La cabeza bien puesta. Repensar la reforma. Reformar el pensamiento*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Notas

Autoras y autores de Inclusión Mental. Hacia la democratización de saberes: Yago Di Nella, (Comp.) Benedetto Sarceno, Daniel Navarro, Roxana Amendolaro, Virginia Buscaglia, Virginia Lopez Casariego, Alfredo Kraut, Nicolas Diana, Mariana Sabina Baresi, Ana Cecilia Garzón, Celeste Romero, Javier Ignacio Frias, Silvio Oscar Angelini, Anahi Larrieu, Soledad Abella, Lucrecia Cabrera, Gabriela Franco, Sergio Sosa, Romina Urios, Dulce Maria Pallero, Daniela Alvarez, Valeria Dimitroff, García Elena, Alejandra Parisse, Mariana Figueiras Gamarra, Mercedes Rattagan.





El mundo mágico de los mayas

Año: 1964

Autor: Leonora Carrington

Técnica: Temple sobre paneles de madera cóncavos

Estilo: Surrealismo

Localización: Museo Nacional de Antropología - Ciudad de México.

El Centro de Salud Mental Comunitaria "Mauricio Goldenberg" de la Universidad Nacional de Lanús agradece a la Fundación Leonora Carrington A.C. por autorizar la publicación de la obra que acompaña esta edición.

Diseño de publicación

Dirección de Diseño y Comunicación Visual | UNLa

Director Claudio Loiseau

Coordinadora Andrea Michel

Equipo Iñaki Bolón García | Fátima Murphy Pupparo | Luciana Schiavi

Edición de este número - Germán Falke

Correspondencia

saludmentalycomunidad@unla.edu.ar