

REVISTA
**SALUD MENTAL
Y COMUNIDAD**

Universidad Nacional de Lanús

Año 9 N° 13
Diciembre de 2022
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg

REVISTA

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Año 9 N° 13
Diciembre de 2022
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

Editora Asociada

Milagros L. Oberti



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

Mtro. Daniel Bozzani

**Directora del Departamento
de Salud Comunitaria**

Lic. Elena Boschi

**Coordinador del Centro de Salud Mental
Comunitaria “Mauricio Goldenberg”**

Dr. Mariano Poblet Machado

**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.

Editora Asociada

Lic. y Prof. Milagros L. Oberti
Universidad de Buenos Aires

Comité Editorial

Alejandra Barcala

Universidad Nacional de Lanús.

María Marcela Bottinelli

Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Silvia Faraone

Universidad de Buenos Aires

Ana Cecilia Garzón

Universidad Nacional de Lanús

Leandro Luciani Conde

Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Tomás Pal

Universidad Nacional de Lanús

Mariano Poblet Machado

Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Sergio Remesar

Universidad Nacional de Lanús. Universidad Nacional de

Quilmes

Cecilia Ros

Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Alejandro Wilner

Universidad Nacional de Lanús

Débora Yanco

Universidad Nacional de Lanús

Daniel Fränkel

Universidad Nacional de Lanús

Emilse Moreno Carreño

Universidad Nacional de Lanús

Comité Científico

Víctor Aparicio Basauri

Organización Panamericana de la Salud /OMS.

Paulo Amarante

Fundación Oswaldo Cruz (FiOCRUZ)

Cecilia Ausburger

Universidad Nacional de Rosario

Valentín Barenblit

Centre IPSI, Barcelona, España

Eugenia Bianchi

Universidad de Buenos Aires

María Elena Boschi

Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Nelson de León

Universidad de la República (Uruguay)

Jorgelina Di Iorio

Universidad de Buenos Aires

Rubén Efron

Universidad Nacional de Lanús

Marcela Inés Freytes Frey

Universidad del Chubut

María Graciela Iglesias

Universidad Nacional de Mar del Plata. Universidad Nacional de Lanús

Celia Iriart

Universidad de Nuevo México (EEUU)

Alfredo Kraut

ex Secretario Letrado de la Corte Suprema de Justicia de la Nación

Emerson Elías Merhy

Universidad Federal de Río de Janeiro

Carla Micele

Universidad Nacional de Lanús

Mariela Nabergoi

Universidad de Buenos Aires

Natalia Ortiz Maldonado

Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Gustavo Palmieri

Universidad Nacional de Lanús

María Pía Pawlovicz

Universidad de Buenos Aires

Ana Pitta

Universidad de Sao Paulo (Brasil)

Mario Rovere

Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires

Daniel Russo

Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Alicia Stolkiner

Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Francisco Torres González

Universidad de Granada, España

Flavia Torricelli

Universidad de Buenos Aires

Graciela Touzé

Universidad de Buenos Aires

Miriam Wlosko

Universidad Nacional de Lanús

Roxana Ynoub

Universidad de Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús

Graciela Zaldúa

Universidad de Buenos Aires

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

HOMENAJES

17 **Homenaje a Marité Lodieu**
Marcela Bottinelli y Colectivo Praxis

19 **La partida de un maestro. Homenaje a Vicente Galli**
Silvia Faraone

ARTÍCULOS

21 **Equipo interdisciplinario territorial para el abordaje oportuno de las urgencias en salud mental de jóvenes, desde una perspectiva de derechos: acerca del desafío de inter (venir) en el intersticio de las instituciones**
FERRANDO, María Fernanda - ILARDO, Antonella

32 **La construcción sociohistórica de las demencias y la enfermedad de Alzheimer**
PÉREZ FERNÁNDEZ, Robert - GUEVARA ÁLVAREZ, Alejandro

56 **Más allá de la puerta giratoria. Procesos des/institucionalizadores, tensiones y acuerdos desde la guardia de salud mental de un hospital monovalente**
VALERO, Ana Silvia

- 74 Algunas aproximaciones al diálogo entre antropología y salud mental**
GIL, Mariano - GUIRADO, Carla - LLOVERA, Soledad

- 95 La inclusión sociolaboral, una noción en construcción: abordajes presentes y situados en una organización de la Provincia de Buenos Aires**
DE LA FUENTE GOLDMAN, Julia - GARCÍA, Elena

DEBATES

- 118 Un enfoque necesario e imprescindible: salud mental con perspectiva de género y diversidad**
BROGGI, Diana
- 122 Salud Mental y violencia de género en tiempos pandémicos**
CAPONI, Sandra
- 127 Violencias Institucionales y las redes LGBT. Secretaría de Salud Mental y Consumos Problemáticos. Federación Argentina LGBT (FALGBT)**
NAVARRO CNOBEL, Erik G. - SILVA, Juan M. - Secretaría de Salud Mental y Consumos Problemáticos de la Federación Argentina LGBT (FALGBT).

- 132 Mujeres en el manicomio (las que aún allí viven, las que trabajamos, las del barrio...)**
MARUELLI, M. Belén - AZZERBONI, Camila

- 142 Salud mental, géneros y sexualidades: cis-heteronormatividad y accesibilidad al sistema de salud**
BARZANI, Carlos Alberto

RESEÑA DE LIBROS

- 148 "Sobrevivir y morir en el manicomio. Memorias de un asilo de mujeres" de Carla Pierri, publicado por Editorial Topía**
CASTILLO, Pablo
- 150 "El trabajo: entre lo público, lo privado y lo íntimo. Comparaciones y desafíos internacionales del cuidado" (edición argentina). A. Damamme, H. Hirata, P. Molinier (Coords.). M. Wlosko (Editora), publicado por EDUNLa Cooperativa**
PUJOL BUCH, Valeria
- 156 Reseña de las XIII Jornadas de Salud Mental Comunitaria: 25 años promoviendo transformaciones en Salud Mental y DDHH. Formación, investigación, políticas, gestión y prácticas instituyentes en Salud Mental Comunitaria**
Comité Editorial de la Revista "Salud Mental y Comunidad"



Emiliano Galende

Antes de abordar una reflexión sobre las llamadas “nuevas sexualidades” e identidades de género, es necesario tener en cuenta el hecho de la diferencia y singularidad del cuerpo biológico y la subjetividad para entender la idea de normalidad.

El cuerpo biológico está conformado por diversos órganos (anatómicos) y funcionamientos (fisiología), con sistemas metabólicos que regulan los mecanismos biológicos según sus normas propias. Las normas biológicas que regulan su funcionamiento y actividad son interiores al cuerpo biológico y, como sabemos, son universales. En lo biológico rige un principio de identidad para todos los cuerpos de la especie humana. Esto es, los cuerpos de la totalidad de los humanos responden a una misma estructura y funcionamiento. Esta universalidad es la que nos permite hablar de salud “normal”, adecuación a las normas biológicas, o patológico, anormal, cuando se aparta de las normas biológicas. No es así respecto a la subjetividad. Los modos de pensar, construir significados, valorar, interpretar los fenómenos, la sensibilidad y el acompañamiento emocional y afectivo de los comportamientos, es siempre singular, propio de cada sujeto, situado en una historia (territorio de origen y de vida, familiar, social, cultural, etc.) y en un contexto social y cultural de la época, de los cuales dependen las normas que regulan los comportamientos prácticos. A diferencia del cuerpo

biológico, no existe una norma universal para los procesos subjetivos. Esto implica que, desde el punto de vista de la subjetividad, rige un principio de diferencia, cada sujeto tiene una historia y singularidad propia. No se puede afirmar la idea de una subjetividad “normal” o “anormal”; solo podemos hablar de una mayor o menor adaptación a las normas sociales, culturales o morales, de la sociedad y la cultura que habita el sujeto.

La “disidencia” que caracteriza las posiciones sexuales es justamente esta rebeldía frente a las imposiciones sobre el deseo sexual que impone la sociedad y la cultura.

La sexualidad humana integra tres fuentes que cada sujeto articula según su propio deseo: biológicas, sociales, culturales y psicológicas. A diferencia de otras especies, la sexualidad humana no es enteramente natural, no se puede reducir a la identidad biológica, no se determina por la reproducción de la especie, y, aun cuando está presente, no es gobernada por el instinto. La sexualidad forma parte de la subjetividad, surge junto a los procesos de subjetivación, a la vez que toda experiencia sexual es subjetivante. Nacer varón o mujer es una diferencia biológica, una diferencia genital, pero masculinidad o feminidad es una construcción subjetiva. Nacemos con un cuerpo genitualmente diferente pero el sexo subjetivo (masculino o femenino) se va definir en el encuentro con la diferencia sexual. Es a partir

de esto que hablamos de “género percibido”. Al igual que aprendemos la lengua porque nos la transmiten los adultos que la hablan, también los padres y madres, en sintonía con los valores de la sociedad, transmiten y construyen la masculinidad o la femineidad. Si el niño nació varón tratarán de que el proceso subjetivante sea acorde a la masculinidad: se ocuparán de transmitir el valor de la fuerza, que juegue a la guerra, se vista con ropa y colores masculinos, etc. Se trata de hacer coincidir el sexo biológico con la orientación sexual. Si nació mujer, tratarán de que sea femenina, tenga sensibilidad más que fuerza, juegue con muñecas para su destino de madre, se preocupe por su arreglo y sus vestidos. En gran parte lo logran; cuando no, sufrirán como culpables de un fracaso. Cuando crezcan un poco, harán que si es varón juegue con varones y si es mujer lo haga con mujeres. Un prejuicio cultural engañoso les advierte que si un varón es criado por mujeres será homosexual, o, al revés, si una mujer es criada por varones, será masculina.

Creo que, siendo niños, todos hemos vivido los cuerpos de nuestra madre y nuestro padre con un goce erótico. Disfrutamos de estrechar sus cuerpos, sobre el cual se oponían ciertos límites. Las primeras experiencias de seducción son del padre y la madre, y hacia ambos en proporciones diferentes. Esto es clave para los procesos de subjetivación de la sexualidad y

la identificación. Las seducciones que posteriormente logremos, o las que recibamos, serán marcadas por el nivel de intensidad de estas primeras conquistas. De allí en más, las experiencias de seducción recibidas serán determinantes de la orientación y el posicionamiento sexual. Pasada la pubertad, esta parte del goce sexual encuentra obstáculos y prohibiciones que colaboran para transformar ese goce sexual en ternura y afecto, lo que Freud enseñó como sublimación. **Pero en la vida adulta no desaparece eso que hemos vivido tempranamente: el amor de un varón por un amigo o de una mujer por una amiga, también depende, de un modo un tanto aleatorio, del éxito de la sublimación y de las primeras identificaciones.**

Freud estableció la existencia de un estadio en los primeros años de vida y hasta cerca de la pubertad, que denominó “estadio perverso polimorfo”. Aquí Freud utilizó el término perverso para señalar la desviación de la norma, idea dominante en su época. Pero se trata de que el deseo sexual no tenga en sus comienzos un objeto particular, varón o mujer. Es decir, en los primeros años la posición sexual es transexual, el juego erótico y el placer se buscan en el cuerpo de otro u otra, hoy diríamos no binario, dominado por el goce y su satisfacción. Los encuentros con los otros que llaman al deseo no constituyen identidad. La adolescencia exige (socialmente, familiar, culturalmente) definir la

heterosexualidad, pero lo perverso polimorfo persiste alojado en el deseo no permitido. La sexualidad humana es desde siempre polimorfa. El deseo sexual busca su satisfacción, los mandatos morales tratan de dominarlo pero el goce humano y la satisfacción requieren siempre su repetición. **A todas las sociedades les ha tocado mantener la hegemonía de la heterosexualidad con represión social, censura moral y control de su expresión en la producción cultural. Sabemos cómo todas las culturas han tenido, y tienen, políticas de control de dos pasiones humanas: el sexo y la agresividad.**

La posición sexual tiene distintos pasos: las identificaciones imaginarias, ligadas al narcisismo, y que juegan un papel central en las fantasías eróticas sobre el sexo; las identificaciones simbólicas, aquello con lo cual nos han nombrado (varón, mujer, homosexual) han modelado nuestra conducta y hemos de algún modo aceptado, ser varón y masculino, ser mujer y femenina; la orientación sexual, los objetos del deseo; la sexuación, en términos de Lacan, en el encuentro con la diferencia sexual, en las que se incluyen lo que erróneamente llamamos “nuevas” sexualidades y género percibido.

Si aceptamos que la sexualidad es polimorfa, resulta necesario reconocer a estas llamadas nuevas sexualidades, que han impactado en la sociedad y los Estados, como parte común de la sexualidad humana. Y en ese

sentido su visibilidad y presencia en la vida social es parte de la democracia y los derechos de la igualdad. **La nueva teoría Queer da cuenta de estas diversidades con nombres que de algún modo forman parte del polimorfismo del deseo sexual, por eso no son nuevas sexualidades (lesbianas, gays, transexuales, bisexuales, asexuales), sino posiciones sobre la práctica del sexo y no precisamente identidades.** Creo que reconocer la percepción singular de género no constituye una identidad diferente sino una aceptación de este polimorfismo del deseo y sus objetos. Foucault señalaba en sus últimos escritos que “lo transexual está ligado en la relación deseo-fetichismo a un sexo no determinado que promete los limbos felices de una no identidad”. Queer –no tiene una traducción al castellano, en inglés designa a lo raro, lo desviado, opuesto a lo normal– alude a que si la norma es lo heterosexual, queer designa a quienes han escapado de la imposición de una norma que no respeta la diversidad. Hay que dejar de lado la asociación del deseo sexual con la identidad para poder escuchar y atender al deseo sexual en su potencia polimorfa.

Para los psicoanalistas, este es el modo de escuchar el deseo sin la censura y la represión, caso por caso, en la singularidad de cada sujeto. Si descartamos la norma heterosexual entenderemos que no existe una subjetividad ni una sexualidad “normal”. Hay posicionamientos

sexuales diferentes, prácticas sexuales diversas, como hay épocas, sociedades y culturas igual de diversas. La norma no proviene nunca del deseo ni está presente en la pulsión sexual. **La norma heterosexual es impuesta desde la infancia en la ilusión de atar el deseo a una identidad.** De esta ilusión, reforzada y continuada en la escuela, en la moral religiosa, en la sociedad, deviene la acusación de “desviado”, “amoral”, etc., condenando a muchos y muchas al ocultamiento, al disimulo, al secreto, la inautenticidad. De allí proviene la idea de la liberación de estas posiciones sexuales, liberación de la represión propia, la censura de los otros y otras y la discriminación de la sociedad. **La norma niega la potencialidad y plenitud del goce sexual, la teoría queer se propone un cuerpo erógeno total, el goce del cuerpo entero y el erotismo de la palabra. Vale recordar lo dicho por Guattari “lo único real es el deseo y la sociedad, no hay nada más”.**

La propuesta transexual consiste en que cada cual alcanzará la felicidad según su gusto sexual. El límite es que el gusto es una orientación lábil, no alcanza para conformar una identidad. En *El Antiedipo. Capitalismo y Esquizofrenia*, Deleuze y Guattari señalan: “por todas partes una transexualidad microscópica que hace que la mujer contenga tantos hombres como el hombre mujeres, capaces de entrar unos en otros, unos con otros, en relación de producción de deseo que trastocan el orden

estadístico de los sexos”. La teoría queer es anti-social en el sentido de no aceptar ninguna norma sobre el sexo, y es anti-relación ya que prima la motivación, el impulso del deseo, que no es construir un vínculo sino dar lugar al goce con otro cuerpo. No busca estrictamente construir intimidad, romance o relación, sino un egoísmo del sexo y la satisfacción.

Una mujer masculina y un hombre femenino, ambos pueden cambiar los genitales de su cuerpo con cirugía, o alterarlo con hormonas, pero no se logra abolir totalmente la genitalidad. La mujer masculina tendrá deseo por otra mujer, es homosexual, y el hombre afeminado tendrá deseo por otro hombre, o sea homosexual. Un ejemplo de esto lo muestra el sexo entre tres: dos mujeres y un hombre o dos hombres y una mujer. Este deseo, en su ambivalencia, da muestra de que lo que importa es el goce sexual más allá del objeto, cuerpo hetero u homosexual. **Se trata de liberar el deseo y el goce de toda norma y de toda dependencia o mandato social. No se trata de un sexo nuevo sino de una nueva y libre articulación. Seguramente en muchas de estas prácticas sexuales se trata del anhelo de liberar el deseo de toda norma o condicionamiento: del cuerpo biológico, de la imposición de la identidad binaria, de la represión social y la discriminación.** Un aspecto más de esta ambivalencia es el debate sobre el amor en los colectivos

trans: para algunos el amor es heterosexual y mandato patriarcal, y por eso lo niegan; otros no renuncian al deseo de contar con el amor en pareja, del compañero o compañera homosexual, acceder al matrimonio igualitario, o al anhelo de tener hijos. En la conocida posición sobre el erotismo de Bataille, se trata de quedarse en el solo erotismo del cuerpo, renunciando al erotismo del corazón; de allí el rechazo al amor romántico, o de unir, como está unido en el deseo, el erotismo de la carne y el amor erótico del corazón. Llegado a este punto cabe preguntarnos por qué razones se lograron hacer visibles en la cultura y reconocidas en la vida social estas “nuevas sexualidades”, sabiendo que desde siempre el polimorfismo y la diversidad sexual han caracterizado las prácticas del sexo. ¿Cuáles han sido los cambios centrales del contexto social y cultural en que surgieron a la luz pública y fueron logrando su reconocimiento? Sin duda la organización y potencia del movimiento feminista fue y está siendo decisiva, a pesar de la vigencia del patriarcado en la organización del Estado y la sociedad. Señalaré dos hechos centrales: uno, es un nuevo ciclo social que está cambiando las viejas luchas por la igualdad, tanto en lo central del conflicto de la desigualdad como en las luchas por su reivindicación. Otro, es el cambio al que asistimos en la construcción de las identidades. Con el surgimiento del capitalismo en su etapa industrial, especialmente en el Siglo XIX, la naciente

fábrica produjo una división clara entre quienes se emplearon como mano de obra, constituyendo “el asalariado”, y los dueños de las fábricas y los medios de producción: los patronos. Estas dos nuevas clases sociales dejaron afuera de la integración social a muchedumbres de personas que no pudieron adecuarse a los requisitos de la nueva producción: campesinos pobres, artesanos, vagabundos, discapacitados físicos y mentales, analfabetos, locos y demás desamparados sociales. Este sector de población no integrada a la sociedad de clases, tomó el nombre oficial de “clases peligrosas” para designarlos, ocultando su desamparo en la vida social. Victor Hugo los inmortalizó en su texto *Los Miserables*.

En la primera mitad de ese siglo surgió lo que llamamos la política social. Los Estados debían encargarse de la sobrevivencia de una franja amplia de su población. Se creó así el asistente social, el manicomio, nuevas cárceles, los hogares para madres solteras, los parvularios, y otras instituciones para alojar y controlar a los incapaces de integrarse a la sociedad. Las luchas por la igualdad eran fundamentalmente por el ingreso económico y los derechos del asalariado. Ya en el Siglo XX, especialmente a partir del año 1917, el surgimiento del comunismo en Rusia produce que la sociedad, la política, el mundo de vida se divide entre comunismo o capitalismo: toma fuerza el conflicto de la igualdad entre obreros y agricultores de un lado, y capitalistas y

dueños de los medios de producción del otro. Los sindicatos obreros y las Asociaciones patronales empresarias de algún modo se hacen cargo de la desigualdad. El conflicto y la lucha por la igualdad atraviesa todo el Siglo XX. Junto con las políticas de protección social surge la represión sobre los reclamos de mayor igualdad social, y junto a la violencia sobre los pobres y excluidos, se persigue y penaliza en todo Occidente a los homosexuales. Avanzada la segunda mitad del Siglo XX, el capitalismo industrial gira hacia un nuevo modelo de acumulación: el capital financiero, la soberanía de los mercados (el mundo de las finanzas se convirtió en el principal mercado), genera un nuevo tipo de trabajador ya no asalariado, se diluye la influencia de los sindicatos para el conflicto por la igualdad y los partidos clasistas, que llevaban la delantera junto a los sindicatos obreros, van debilitando el respaldo a las políticas de igualdad. La consistencia de la clase obrera se diluye por la pertenencia a actividades y oficios que tienen diferentes niveles de ingreso, y la llamada lucha de clases y los partidos y sindicatos dejan paulatinamente de ser los defensores principales de una política de igualdad.

En esta nueva configuración de la cuestión social se favorece la aparición de nuevas minorías que reclaman reconocimiento e igualdad. Al decir de Manuel Castell, son colectivos inicialmente de resistencia, contra la estigmatización,

la discriminación o la represión, pero paulatinamente se convierten en colectivos de proyecto, esto es, reclaman derechos civiles y ciudadanos, y reconocimiento e igualdad a los Estados y a la sociedad toda, esto es, ser integrados a la sociedad. Excepto el movimiento feminista, que está lejos de ser una minoría, colectivos de pueblos originarios, grupos religiosos diferentes, inmigrantes, discapacitados físicos, pacientes psiquiatrizados (es decir, capturados por el dispositivo de los manicomios), diferentes colectivos de disidencias sexuales, etc., pasan a ser luchadores por su reconocimiento y la igualdad de derechos.

Hace tiempo he remarcado que las luchas por una salud mental comunitaria forman parte justamente del conjunto de luchas por la igualdad y el reconocimiento pleno de los derechos de los pacientes. Las luchas por la igualdad y el reconocimiento de derechos se hacen socialmente múltiples y polimorfas. Persiste el reclamo por la igualdad económica y la justicia social, seguramente mayoritaria, pero ya no son los únicos protagonistas por el reclamo de igualdad. Seguramente el surgimiento de estas minorías luchando por su reconocimiento, sus derechos a la igualdad, son los protagonistas mayores en la caída del patriarcado como organizador de la sociedad y los Estados.

Estamos asistiendo a un tiempo de las diferencias, los diferentes, excluidos y discriminados, son

protagonistas de un cambio social que amplía el respeto democrático a la diferencia, los derechos de la igualdad y la protección de los Estados.

La mayoría de los Estados están respondiendo a esta lucha, reconociendo su presencia, protegiendo sus derechos, condenando la discriminación, anulando leyes represivas y estigmatizantes, y generando nueva legislación para otorgar derechos y protección. Estas minorías no responden a diferencias de clase, son personas de diferente situación económica, origen racial, pertenencia partidaria, pertenencia a culturas propias. **Se rigen por una política del rasgo común, en la desigualdad, reclaman la singularidad del deseo (Espinoza las incluiría en lo que llamó “cupiditas”, la potencia del deseo para la vida), y forman colectivos activos para lograr la potencia de sus reclamos: el reconocimiento de sus derechos humanos.** Creo que se trata del avance de una nueva estructura social, la vivencia de la desigualdad es vivida de forma individual, sentida y sufrida en su persona, y necesitan agruparse en colectivos numerosos para lograr sus objetivos ante el Estado y la sociedad. ¿Se está acabando la sociedad de clases? Pregunta pertinente frente a una nueva configuración de la vida social. No creo que las clases desaparezcan, el capitalismo financiero y la digitalización de la vida y el trabajo de muchos han atenuado o abolido la conciencia de integrar una clase social postergada,

pero no se ha resuelto el conflicto de la igualdad, estas nuevas disidencias y minorías sociales creo están engrosando las antiguas luchas por la igualdad, la dignidad personal y la vida democrática. La igualdad ha sido puesta como condición esencial de la integración social.

Lo segundo que quiero señalar es que en este contexto, asistimos en los últimos años a una crisis profunda de las identidades. Para la sociedad moderna la identidad surgía de la historia social de la persona: la filiación marcada por sus apellidos, de qué familia provenía; el oficio, que lugar ocupaba en la economía social; en qué territorio, lengua y cultura había nacido y desarrollaba su vida. Estos datos son los que registraban en su documento de identidad, otorgado por el Estado. Cada persona (todos nosotros) contiene una memoria de sí mismo y articula estos datos de su vida en su proceso singular de individuación. Esto es: su historia. Los rasgos particulares de su experiencia de vida, los goces y los dolores, la alegría y el sufrimiento, lo singularizan y definen también sus deseos y posicionamiento sexual. Todos contamos con una conciencia de sí mismo a partir de lo vivido y la continuidad de las experiencias significativas que hemos atravesado. Por lo habitual, las personas sabemos que hoy somos los mismos que ayer, y esperamos reconocernos mañana siendo los mismos que hoy. La identidad personal no es un sistema rígido y continuo. Contamos con una identidad en la cual se

articulan momentos de la vivencia, épocas, experiencias, territorios de vida, memoria de vínculos significativos. **El Yo no es un bloque sólido, contiene fragmentos del nosotros, es decir de experiencias de alteridad, determinantes de la cultura, elecciones de preferencias. La percepción de género altera pero no anula esa identidad construida, agrega un elemento nuevo y significativo a su identidad: la posición adoptada frente a la sexualidad.** Como otros rasgos de identidad, condicionan conductas prácticas, en este caso con dominio de las conductas afines al género percibido. La persona que ha adoptado esta posición de género cambia su expresión y conducta social respecto a la sexualidad, pero no abandona la memoria de ser el mismo de ayer. Experimenta un giro importante de su historia de vida, pero no anula, y en general tampoco niega, el continuo de su existencia.

En la vida moderna contábamos con que nuestros semejantes de trato y sociedad se comportaban defendiendo su libertad de pensar y ser, a la vez que reconocían en nosotros los mismos derechos (Locke). A la vez que confiábamos en el entendimiento y el apego a la verdad del sujeto racional (Kant) con sus tres facultades: pensar, sentir y juzgar. Libertad y racionalidad, entendimiento y sensibilidad, respeto a la verdad, han sido los principios de la integración social en las sociedades modernas. El neoliberalismo triunfante produce

un nuevo sujeto, emprendedor, que, bajo la ilusión de autonomía se siente dueño absoluto y constructor de su vida y su destino. Ni el sujeto liberal y democrático de la modernidad (Locke), ni el sujeto racional de Kant, tienen ya lugar en estas nuevas sociedades. **Si la experiencia de la especie humana está basada en la aceptación de las diferencias individuales, esta diversidad está creciendo, y obliga a crecer el reconocimiento de los derechos humanos en condiciones universales y de igualdad.**

Ya antes del surgimiento y la visibilidad social de las diferencias sexuales, la extensión y dominancia del llamado “neoliberalismo” (que no es el liberalismo de Locke), fue construyendo un individualismo que se extendió desde la población más rica hacia los sectores de clase media y baja. Este sujeto potenció la ambición (pasión propia y dominante del capitalismo), defiende el mérito personal, destruye la solidaridad, todo con la ilusión de crearse un destino personal independiente de la sociedad en que vive. El narcisismo, que por su extensión a grandes sectores de la sociedad, podemos llamar “narcisismo social”, no solo impide la solidaridad sino que a la vez desafía el poder del Estado y de la sociedad como reguladores de la vida de sus ciudadanos. Este individualismo creó condiciones para el surgimiento de identidades nuevas. Numerosos grupos definen así su identidad no por el nombre o la filiación, sino por su

integración a grupos con rasgos singulares: adhesión a cierta música, apego a un estilo marginal de vida, integración a un deporte, territorio o país de origen en los millones de inmigrantes etc. Muchas de estas identidades son pasajeras como modas, otras, los inmigrantes, deben reconstruir su identidad bajo una nueva cultura, una lengua, una sociedad que le es extraña.

No forman parte de estas nuevas identidades quienes han decidido liberarse de una identidad sexual que han sentido les fue impuesta, que ha unido su identidad biológica a su subjetividad. La aceptación del género percibido, y hacerlo socialmente visible, consiste en el sinceramiento y la reivindicación del reconocimiento de derechos a la igualdad, no reniegan de la conciencia de sí mismo ni de su historia de vida, la ruptura con los rasgos de una identidad impuesta es vivida como gesto de libertad y autenticidad, condición para integrarse a la sociedad en que viven. Como sabemos, la dominancia del deseo es la fuerza de la liberación. La igualdad de derechos debe reconocer y aceptar lo real de las diferencias. Una vez más, como señaló Guattari: “lo único real son el deseo y la sociedad”.

Un nuevo sujeto está surgiendo y sumándose a la teoría queer: un número creciente de personas, mujeres, varones, transexuales, que se definen por no tener deseo sexual. Ya forman grupos en las redes sociales. No reflejan carencia de afecto y sensibilidad, más bien

señalan no tener ninguna esperanza de tener un placer con otro cuerpo. De algún modo se ligan con quienes viven en soledad. Hace dos años una encuesta hecha en Japón revelaba que un 43 % de su población de entre los 20 y 45 años no habían tenido nunca una experiencia de sexo con otro. En el año 2020 Japón creó el Ministerio de la Soledad: 40 % de la población urbana, hombres, mujeres, trans, etc., viven en hogares unipersonales; es decir, viven solos.

Seguramente serán motivo de nuevas investigaciones. Hasta aquí creíamos que el hombre era esencialmente un ser gregario, aun cuando había algunos ermitaños cuyo goce era la soledad.

Emiliano Galende
Septiembre 2022



Marité Lodieu

Homenaje a Marité Lodieu

Es difícil hablar de una persona tan querida, una no sabe por dónde comenzar porque hay tanto para contar. Muchxs de nosotrxs tuvimos la suerte de compartir más de un espacio de trabajo, estudio, militancia y amistad con Marité.

Amorosa madre y orgullosa abuela, era una persona con una alta sensibilidad, siempre atenta a sus compañeros. Amable y generosa con sus saberes y la producción, anticipaba y generaba espacios de articulación con la comunidad, entre colegas formados, y apoyando a quienes estaban en formación.

Referente docente, de investigación y de extensión, en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, formó parte de varias cátedras y del Colectivo Práxis. En la Universidad de Lanús estuvo desde los inicios del Área de Salud Mental, ahora convertida en Centro de Salud Mental “Mauricio Goldenberg”, desde donde impulsó diversos proyectos con la rigurosidad y excelencia que la caracterizaban, como el inicio de la Revista Salud Mental y Comunidad, y la construcción y capacitación para profesionales en el proceso de transformación en Salud Mental Comunitaria en la Provincia de Chubut, conocidos como los “Módulos de Chubut”. Estos módulos, en la actualidad, aún son referenciados y utilizados en diversas clases de grado y

posgrado, y base de las propuestas de actualización por las cuales se comenzó a pensar la Diplomatura en Salud Mental junto al Ministerio de Salud y las Universidades nacionales.

Aprendiz hábida, siguió formándose tanto en su exilio en México, a consecuencia de la Dictadura militar, como en su regreso a Argentina, compartiendo además con algunos de nosotres la primera cohorte del Doctorado en Salud Mental Comunitaria que se abrió en UNLa en articulación con la Red Maristán.

A continuación, comparto las palabras de la reseña que realizamos con el Colectivo Práxis de la Facultad de Psicología de la UBA, quienes amablemente aceptaron que también las transcribiéramos en este homenaje:

Hoy, 11 de octubre de 2022, despedimos a la querida compañera Marité Lodieu. Para todxs nosotrxs una maestra en el camino no solo de la psicología, sino fundamentalmente de la vida y la lucha coherente por la transformación social.

A sus 80 años, tuvo que esperar 46 años para declarar por primera vez en un tribunal oral en el marco de la Megacausa Bahía Blanca el pasado 6 de octubre de 2022 por el secuestro y tortura de Mario Herrera, su marido desaparecido y asesinado en 1976 por el terrorismo de Estado. Su testimonio da cuenta de su compromiso incansable por los derechos humanos y por

la Memoria, Verdad y Justicia. Sus palabras plasmaron el inmenso compromiso de Marité: "(...) Esto significa para mí, la importancia que se conozca, que se divulgue la crueldad de ese grupo militar, y que se haga justicia y que aparezca la verdad, Verdad y Justicia".

Tuvo que exiliarse junto a su pequeña hija en México. Luego, con el retorno de la democracia en nuestro país, Marité siguió militando por los Derechos Humanos y se reincorporó a la Universidad de Buenos Aires, en la que había sido Secretaria de Extensión en 1973 durante el rectorado de Laguzzi, cuyo bebé también fue asesinado por la Triple A.

Marité fue profesora adjunta de la materia de Psicología del CBC y en la Facultad de Psicología, profesora adjunta de la materia Epidemiología y co-directora de proyectos UBACyT del Colectivo Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud de la universidad de Buenos Aires. Contribuyó significativamente en la formación de jóvenes investigadorxs de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. También fue profesora en la Universidad Nacional de Lanús. Fue autora de numerosos escritos que constituyen un insumo indispensable para la construcción de conocimiento y reflexión en el campo de la salud mental.

En todos estos años Marité siempre trabajó por el desarrollo de una psicología crítica, centrada en abordar los problemas de las mayorías populares, de lxs

trabajadorxs, de los movimientos sociales, de las personas manicomializadas y bregando por una salud mental comunitaria que recupere la memoria histórica y las experiencias colectivas de participación y cambio social.

La recordamos por su calidez, por su claridad política, por su rigurosidad académica y por su profunda humanidad.

Querida Marité, continuaremos tu camino.

Te despedimos afectuosamente. Te vamos a extrañar, tus compañerxs del Colectivo Praxis.

Cátedra de Psicología Preventiva, Proyecto de Investigación UBACyT "Salud mental comunitaria: contextos de precarización y políticas del Cuidado", Práctica Profesional Salud Mental y Desinstitucionalización, Programa de Extensión "Observatorio de prevención y promoción de la salud comunitaria" y Proyecto de Desarrollo Estratégico 27_2021.

Marcela Bottinelli y Colectivo Praxis



Vicente Galli

La partida de un maestro Homenaje a Vicente Galli

Despedir a un maestro como lo fue Vicente es triste y difícil. Para muchas generaciones fue, junto a otras/os maestras/os, quienes nos enseñaron a comprender la complejidad del campo de la salud mental desde la mirada de los derechos humanos, las políticas públicas y la salud mental comunitaria.

Vicente, médico psiquiatra y psicoanalista, conformó el primer equipo de salud mental en Argentina que traspasó los muros de los grandes hospitales psiquiátricos, en búsqueda de una salud mental comunitaria. La experiencia del hospital Evita de Lanús se propuso, a principios de la década de 1960, formar equipos interdisciplinarios y prestar una asistencia territorial a partir de un servicio abierto en un hospital general, con todos los recursos terapéuticos disponibles, integrando los aportes de la psiquiatría dinámica, la psicología social y la psiquiatría clínica. Vicente, junto a Mauricio Goldemberg y muchas/os otras/os compañeras/os, construyeron esa experiencia que hizo historia y que puede pensarse como una ruptura disciplinaria, profesional e institucional con la psiquiatría clásica en el país, así como la expresión más innovadora de un modelo alternativo al manicomial. Luego vinieron años sinietros en el país, la dictadura cívico-militar y la impronta

de Vicente siempre junto a la lucha por los derechos humanos incorporándose, ya en el regreso a la democracia, como integrante del Consejo de Presidencia (actualmente, Asamblea Federal) de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH).

En marzo de 1984, Vicente fue nombrado Director Nacional de Salud Mental, en un momento que había que reconstruir profundamente el área. Allí se puso a trabajar incansablemente implementando una política de salud mental que formulaba acciones tendientes a un cambio en este campo, incluso introduciendo los contenidos de la des/institucionalización. Sus propuestas fueron acompañadas por grupos de profesionales de todo el país que intentaban poner en el primer plano del escenario político-sanitario, la discusión acerca de la violencia que implica la institución manicomial y de la violación a los derechos humanos que allí producían.

Quiero destacar la apuesta que realizó Vicente hacia las/os jóvenes profesiones como actores de cambio. Entendiendo la potencia de ellas y ellos, creó la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM). Su institucionalización fue una irrupción en ese momento. Médicas y médicos, trabajadoras y trabajadores sociales, psicólogas y psicólogos, terapisas ocupacionales y enfermeras y enfermeros, constituían los equipos que iniciaban su formación interdisciplinariamente y desde los espacios territoriales, dos

componentes centrales para pensar la salud mental comunitaria. Vicente acompañó las luchas para avanzar en una ley nacional de salud mental en el marco de los derechos humanos, pensando en la protección de la vida de las personas con sufrimiento psíquico. A partir del 2010 trabajó por su reglamentación y siempre por su plena implementación.

Cuando escribimos, junto a Alejandra Barcala, el libro “A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible”, invitamos a Vicente a realizar el epílogo, quien aceptó amorosa y comprometidamente la propuesta. Fue un hermoso tiempo de trabajo compartido con él. En ese escrito plasmó ideas y propuestas que nos quedan por siempre. El epílogo finaliza con esta frase: “El campo de la salud mental sigue dinámicamente abierto y continuando en sus luchas”. Y es el posicionamiento ético, político y epistemológico de Vicente el que nos seguirá guiando en esa lucha.

Silvia Faraone

Equipo interdisciplinario territorial para el abordaje oportuno de las urgencias en salud mental de jóvenes, desde una perspectiva de derechos: acerca del desafío de inter (venir) en el intersticio de las instituciones

FERRANDO, María Fernanda

Psicóloga, Especialista en Salud Mental, Magíster en Salud Mental. Integrante del equipo técnico de gestión de la Dirección General de Salud Mental de Entre Ríos, Ministerio de Salud de Entre Ríos.

ferrandomariaf@gmail.com

ILARDO, Antonella

Licenciada en Psicología, Especialista en Salud Mental. Integrante del equipo técnico de gestión de la Dirección General de Salud Mental de Entre Ríos, Ministerio de Salud de Entre Ríos.

antoilardo14@gmail.com

Resumen

El artículo intenta transmitir una experiencia de trabajo vinculada al abordaje de las urgencias en salud mental de jóvenes, mujeres de entre 13 a 18 años, que se encuentran transitando medidas excepcionales (Ley 26.061, Art. N° 39) en una institución perteneciente al organismo de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes. El objetivo de esta publicación se vincula a la elaboración y transmisión de la experiencia de una clínica anclada en un andamiaje ético-político (Ley 26.657), que, lejos de devenir dado, ha sido y sigue siendo una construcción permanente, con el horizonte en una perspectiva integral e interdisciplinaria.

El desarrollo apuesta a circunscribir y poner en debate la complejidad que representan las intervenciones en estas situaciones, y la imposibilidad de reducir las

mismas a abordajes tradicionales de salud/salud mental, apostando a la elaboración de estrategias territoriales e intersectoriales para el cuidado de las juventudes.

Palabras clave: juventudes – urgencias en salud mental – intervenciones intersectoriales.

Territorial interdisciplinary team for the timely approach of mental health emergencies in young people from a rights perspective: about the challenge of inter (coming) in the interstice of institutions.

Abstract

The article attempts to convey a work experience linked to the approach to mental health emergencies of young people, women between 13 and 18 years old, who are undergoing exceptional measures (Law 26,061, Art. No. 39) in an institution belonging to the agency for the protection of the rights of children and adolescents. The objective of this publication is linked to the elaboration and transmission of the experience of a clinic, anchored in an ethical-political scaffolding (Law 26,657), which far from becoming given, has been and continues to be a permanent construction, with the horizon in a comprehensive and interdisciplinary.

The development is committed to circumscribing, and putting into debate, the complexity that interventions

represent in these situations, and the impossibility of reducing them to traditional health/mental health approaches, betting on the construction of territorial and intersectoral strategies for the care of the youths.

Keywords: youth – mental health emergencies – intersectoral interventions.

Contextualización de la intervención

En el marco de un acuerdo interministerial (Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social), se crea un equipo interdisciplinario territorial (en adelante, “el dispositivo”), dependiente del primer ministerio mencionado, para el abordaje oportuno de las urgencias en salud mental de jóvenes, mujeres de entre 13 y 18 años, que se encuentran alojadas en una institución propia del organismo de protección de derechos de las infancias y juventudes de la provincia, dependiente del segundo ministerio nombrado. Los criterios para el ingreso a esta institución particular se vinculan no sólo a situaciones de vulnerabilidad psicosocial, falta de cuidados parentales y disposición de medidas excepcionales según la Ley 26.061, sino principalmente al padecimiento mental agudo de las jóvenes, que requieren alto nivel de apoyo en lo cotidiano, por lo cual se prevé el acompañamiento, las 24 horas, de promotores de salud y acompañantes terapéuticos/as.

El dispositivo de abordaje de las urgencias se ha configurado como una estrategia totalmente novedosa, creado a raíz de una demanda puntual: frente a acontecimientos disruptivos de alto padecimiento y riesgo (presentaciones vinculadas a rotura de objetos y de la vivienda, heteroagresividad, autolesiones, casi a diario), se evidenciaban dificultades en la articulación intersectorial y en el abordaje integral de las urgencias subjetivas (e institucionales) de esta población específica, que se encuentra bajo el resguardo del organismo de protección estatal, provincial.¹

Dentro de las principales dificultades, que se desprenden de un diagnóstico institucional realizado por el equipo interdisciplinario del dispositivo de abordaje de las urgencias, se pueden contar aquellas que tienen que ver con la garantía de acceso oportuno a los efectores de salud, la imposibilidad de reducir las intervenciones en abordajes tradicionales de salud/salud mental, la falta de articulación intersectorial para el diseño de estrategias organizadas y fundadas, la vacancia en la planificación de la vida cotidiana de las jóvenes (incluyendo aquí la posibilidad de previsibilidad de los movimientos y cambios), entre otras. Estos indicadores han sido considerados fundamentales por el equipo mencionado, al momento de pensar modos de operacionalizar políticas públicas para el cuidado integral y

respetuoso de derechos, de las personas jóvenes que se encuentran en contexto de institucionalización.

Lo anteriormente expuesto, a través de una lectura clínico-política, enmarcada en un enfoque de derechos en general, y en particular, en una perspectiva de salud mental basada en abordajes integrales e integrados, comunitarios (Ley 26.657), constituye a esa realidad como un problema, frente a lo cual el Ministerio de Salud proyecta el funcionamiento de un equipo interdisciplinario de salud mental (psicólogas, trabajadora social, enfermera y médica), bajo la modalidad de guardias pasivas, las 24 horas, todos los días. Un dispositivo de intervención territorial que no tiene asiento en una institución en particular, sino en el “entre”: entre sectores, entre instituciones, entre equipos, cuyas funciones se fueron delimitando en el proceso mismo de transitarlo.

Es importante mencionar que las situaciones de urgencias, en particular las que implican a jóvenes en contextos de extrema vulnerabilidad, nos plantean la necesidad de seguir pensando el campo de la salud mental en sus intersecciones interinstitucionales, en las intervenciones “no especializadas” y en la corresponsabilidad en acto. Por lo tanto, frente a tal complejidad, la interdisciplina, la intersectorialidad y el trabajo en red con otras instituciones se erigen como estrategias orde-

nadoras (Szapiro, 2013; Bang, Stolkiner, 2013; Suarez, 1993).

Nudos problemáticos

El primer desafío que tuvimos como equipo fue construir una posición estratégica frente a lo que la institución demandante entendía como una situación problemática (dificultades en la accesibilidad, urgencias/crisis subjetivas de alto riesgo). Una modalidad de abordaje, una praxis que, como condición prioritaria, sea diferente a lo ya existente, al modo en que se venía operando: internación como primera opción, medicalización del sufrimiento psíquico, ausencia de abordaje post crisis/situación de urgencia y de ordenamiento de los espacios de la vida cotidiana. Si de urgencias se trataba, lo que aquí urgía tenía que ver con producir un quiebre en los modos históricos de respuestas, de prácticas instauradas, que ante las demandas mencionadas dejaban al descubierto que el modo de responder habitual, no generaba los efectos buscados (pero producía otros). La pregunta guía que orientó el comienzo, entonces, se encontró vinculada a cómo abordar lo que la institución nombraba como crisis, para lo cual fue necesario primero discriminar de qué característica era ésta.

Uno de los motivos de esta escritura tuvo que ver con sostener una vigilancia epistemológica (Bourdieu,

2004) en relación al desarrollo e implementación de políticas públicas en salud mental, en este caso para el cuidado de las jóvenes alojadas. Cuando la población tiene que ver con niñas, niños y adolescentes, insiste la pregunta por el cuidado de aquellas y aquellos en condiciones de desamparo, que demandan diseños complejos que no generen mayor vulneración y padecimiento. En este sentido, el diseño de nuevos dispositivos, artificios productores de efectos, responde a que estos deben ser lugares de alojamiento de la urgencia y no únicamente eliminación de la misma –o de los fenómenos y síntomas que la representan–, lo cual vendría por añadidura (Sotelo, 2015).

Por lo antes expuesto, y sosteniendo esta filosofía de trabajo, con el devenir de las intervenciones, y como efecto del tránsito del equipo por la institución que aloja a estas jóvenes, fueron surgiendo los siguientes interrogantes, que intentaremos bordear a lo largo del escrito:

¿Cómo posibilitar que las intervenciones produzcan efectos más allá de la eliminación de la urgencia? ¿Cómo promover y articular una red de cuidados que prevenga la repetición continua de actos –acting out y pasajes al acto–, que implican alto riesgo para la vida de las jóvenes? Teniendo en consideración, y como marco teórico para la definición de estas nociones, lo postulado por J. Lacan en el Seminario X (1962-1963). ¿De qué

modo intervenir cuando las urgencias/ crisis institucionales generan padecimientos en quienes deberían alojar/contener? ¿Cómo ampliar los horizontes y repensar nuestros modos de responder al padecimiento que supone la urgencia subjetiva?

Como intento de ensayar algunas respuestas en torno a estos interrogantes, proponemos delimitar y/o definir dos dimensiones que consideramos fundamentales, estrechamente vinculadas a nuestra praxis como equipo de salud: la delimitación de un posicionamiento ético y las intervenciones en el tiempo.

1. La delimitación de un posicionamiento ético

El marco normativo que le da legalidad a las intervenciones de este equipo, y como consecuencia, el sostén a nuestro posicionamiento/función, es la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10 y la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes 26.061/05, ubicando como horizonte-guía el principio de autonomía progresiva (Ley 26.061/05, Art. N° 26), incluido asimismo en el Código Civil y Comercial del país.

En estos plexos jurídicos fuimos encontrando y/o delimitando una estructura, un reparo, así como también modos de abordajes basados en la garantía de derechos de estas jóvenes. No resultó suficiente sino complementario, al arduo y no poco movilizador acto de

conmover lo instituido; aquello que es enunciado como inconvencible por las personas trabajadoras del lugar de alojamiento objeto de la intervención: “esto siempre funcionó así”, “rompen todo”, “no van a su espacios terapéuticos porque no quieren”, “es capricho, no una urgencia”, “necesita una medicación”, “ya le adelantamos su medicación”.

Interponer una pregunta a la certeza de medicalizar las urgencias/ meter bajo el tapete lo que acontece/ excluirlo, vehiculizada por los actores de las diversas instituciones dedicadas al abordaje de jóvenes, ha sido uno de los mayores retos de este equipo. Como posicionamiento ético y clínico resulta fundamental construir intervenciones en las intersecciones de lo instituido – de las instituciones, de los sectores, de los actores –, lo que no ocurre de manera lineal y/o armónica, sino que genera ruido, molestia, efectos singulares y también colectivos.

Las estrategias y/o acciones se comenzaron a orientar, no sólo al abordaje particular de las situaciones de urgencia subjetiva de las jóvenes, sino además y en gran medida al trabajo colectivo sobre las/os propias/os integrantes de los equipos (promotores de salud/ cuidadores, equipos de coordinación, equipos tratantes de efectores de salud), con la finalidad de promover la “desalienación en situaciones institucionales que producen extremas fragilidades”, tal como expresa De

la Sovera (2019, p.1) cuando destaca la relevancia de intervenir desde una clínica ampliada. Allí, la mencionada autora, sostiene que:

La ampliación de la clínica implica incluir en el tratamiento del sufrimiento psíquico, las fragilidades subjetivas o de redes sociales; desplazar el eje de las prácticas: de la enfermedad al sujeto; y también cuestionar la práctica médica centrada en las patologías individuales. (De la Sovera, 2019, p. 1)

Desde esta perspectiva, la de una praxis basada en una clínica ampliada, resulta fundamental desarrollar estrategias de intervención que incluyan al contexto de las personas con padecimiento psíquico, a sus referentes, a su comunidad y a los equipos profesionales involucrados en su abordaje. Respecto de la población específica que comprende el objeto de intervención del equipo que se está presentando, la función se fue delineando en sentido inverso a las históricas “prácticas de minorización” (Frigerio, 2013, p. 15), ligadas a un paradigma tutelar de las infancias. Siguiendo a Graciela Frigerio, las prácticas de minorización son aquellas que:

[...] niegan la inscripción de los sujetos en el tejido social, las que constituyen en las infancias

un resto y las que ofrecen a las vidas no el trabajo estructurante de la institucionalización (filiación simbólica), sino la institucionalización de las vidas dañadas. (2013, p. 15)

En el sentido de lo anteriormente citado, la autora manifiesta que se produce un clivaje, una profunda grieta entre aquellas/os a las/os que se identifica como niña/o y aquellas/os a los que se identifica como menores. Es decir, a los que se ha aplicado prácticas de minorización.

Insistimos, por lo tanto, en construir intervenciones que se sustenten del lado de la función vital de las instituciones, necesarias en su cara de cuidado y alojamiento, teniendo en cuenta que en su dinámica siempre está el riesgo de la institucionalización en su faz de castigo, encierro y estigma. Este movimiento que intentamos generar, lo leemos en clave de transformación, que incluye prácticas sustitutivas en el marco de los procesos de adecuación a paradigmas con perspectiva de derechos.²

En esta misma línea sostenemos la importancia de no responder a la demanda unilateral (de la institución afectada, de los equipos, de las usuarias) que se presenta muchas veces disfrazada de urgencia, y que exige en su generalidad el acallamiento del síntoma/signo de manera inmediata, por medio del fármaco, ubicando toda

la responsabilidad en la individualidad de una conducta. Hacemos una pausa y generamos una pregunta que agujeree esa certeza, para cuestionarnos si de lo que se trata allí no es de la crisis de una institución frente a lo que se sale de la norma.

2. Las intervenciones en el tiempo

Para el eje de las intervenciones vamos a utilizar la categoría “Sala de Situación” (Rovere, 2006). Cuando suena el teléfono, el equipo interviniente constituye una “Sala de Situación”, absteniéndose en principio de responder indiscriminadamente a la demanda vehiculizada por la institución. Armamos este sistema de soporte que nos permite tomar decisiones en escenarios donde hay poco tiempo para pensar y existe una alta tensión situacional (autolesión, heteroagresión, intento de suicidio, ideación suicida, ideas de muerte, excitación psicomotriz, “fugas” del lugar). En ese entramado, la primera línea de intervención siempre tiene que ver con realizar una evaluación del riesgo, intentando aproximarnos a un diagnóstico de la situación (etiología de la crisis, actores en juego, factores de riesgo y de protección existentes en ese contexto), para luego diseñar un modo de proceder singularizado, respetuoso de las personas allí implicadas; estrategias que involucren un amplio abanico de acciones, que van desde la articulación específica con otras institu-

ciones a las intervenciones en el territorio/situadas.

Estas intervenciones han sido proyectadas en dos dimensiones: longitudinales y transversales, puesto que comprendemos a las urgencias subjetivas como un proceso y no como un fenómeno aislado y desarticulado del contexto (un estado), que necesariamente deben ser abordadas desde diversas aristas, que comprenden la prevención y la asistencia de las mismas, en el momento en que acontecen y posteriormente a su aparición. Ambas dimensiones se entrecruzan, incidiendo una sobre la otra.

En el devenir de las prácticas, uno de los emergentes más notorios ha sido la marcada desarticulación: por un lado, de las prácticas entre las instituciones, y por el otro lado, de las crisis y sus acontecimientos con las historias singulares de las jóvenes, evidenciando como consecuencia una marcada desafectivización y/o repetición de actos que las ponen en situación de riesgo; actuaciones que, tal como lo define Szapiro (2013), tienden a repetirse de manera compulsiva cuando no poseen un Otro (encarnado en un equipo, referente, institución) que aloje el acontecimiento, quedando desamarradas de todo discurso.

Y es justamente en esos intersticios que ambas dimensiones del tiempo nos permiten armar tejidos posibles que sostengan: una clínica, por un lado, y una historia de vida por otro. De este modo, el tiempo de

intervención en urgencias no se agota en la resolución de la espectacularidad de la crisis, sino que trasciende a otro tiempo, para generar redes de contención para la continuidad de cuidados, desde una perspectiva clínica, ampliada y comunitaria.

Pensamos que otras intervenciones que apuesten al advenimiento de un sujeto son posibles, y que como agentes del Estado es nuestra responsabilidad ensayar viabilidades. Si el psiquismo es un continuo reordenamiento de marcas históricas, que conjuga repetición y creación, el abanico de respuestas que cada persona encuentra ante experiencias significativas posibilitan un devenir que incluye lo novedoso (Rother Hornstein, 2015). La apuesta es a anudar algo de lo sucedido con la historia de esa joven, en el intento de construir un tejido que haga de suplencia, que sostenga, que contenga una historia.

Szapiro (2013), en su libro, en el que recupera una experiencia de trabajo con jóvenes que se encuentran en contexto de vulnerabilidad, sostiene que cuando el alojamiento en el deseo del Otro, aquel fundamental en la estructuración subjetiva/psiquismo, tiene lugar de una manera muy precaria, las consecuencias son fallas en la constitución simbólica, lo que se expresa a través de niños/as y jóvenes que actúan en lugar de hablar, en el sentido de acting-out, pasajes al acto, como modos fallidos de arreglárselas con la aparición de la angustia.

Tomando los aportes de la autora, como equipo de salud trabajamos para construir intervenciones que apuestan, en ese mismo movimiento, a ser subjetivantes. La palabra no siempre habilita. Lo promisorio es la posibilidad de creación de un espacio-tiempo donde la palabra habilite ese proceso de subjetivación (y hasta de reparación), a aquellas jóvenes que sucesivamente han sido acalladas, violentadas y desafiadas.

Para finalizar, si tenemos que mencionar algunos de los efectos materiales que empiezan a percibirse a posteriori de las intervenciones del equipo de salud, más allá de los efectos singulares en las vidas de las jóvenes, podría decirse que hubo cambios a nivel cuantitativo y cualitativo.³ A saber:

- una merma de las consultas en los Servicios de Guardia de hospitales;
- una merma en las internaciones por motivos de salud mental (y el fenómeno de puerta giratoria);
- un aumento de la articulación interinstitucionales;
- y, en los contados casos en los que fue necesaria una internación, esa utilización del recurso excepcional ha sido respetuoso y articulado.

Por lo tanto, estas transformaciones, en el primer año de intervención, instalan la indispensable necesi-

dad de potenciar y explotar los intersticios interinstitucionales, a través de los cuales crear condiciones de posibilidad de vidas dignas de ser vividas. En este punto nos resuena la pregunta de Mannoni : “¿por qué para poder vivir siempre hay que encerrar a alguien?” (1982, p. 62). Desde un paradigma respetuoso de derechos, las instituciones no deberían ser un lugar para vivir, pero en caso de necesitar las personas un acompañamiento estatal en estas instancias, consideramos oportuno rescatar la noción que la misma autora propone, de *institución estallada*. Esta caracterización no deja de percibir, en primera instancia, que una institución se nutre de la gente que le es confiada, lo cual de cierto modo la determina. Luego, una institución que pretenda ser distinta es la que, para producir un cierto contrapeso, asume el estallido y permite al sujeto situarse al nivel de la palabra, con posibilidad de separarse de la institución, sin que por eso la institución tambalee. Un corte simbólico que permita el advenimiento de un sujeto. Y además, que la institución no deje de ser un lugar transitorio, lo cual supone un arduo trabajo porque, por defecto, las instituciones habitadas por personas con sufrimiento psíquico, por lo general, o expulsan o engullen.

Consideraciones finales

De nuestra experiencia de trabajo como equipo interdisciplinario territorial, creado para el abordaje de

las urgencias subjetivas de las jóvenes alojadas en una institución de protección de derechos, surge la siguiente consideración: la medicación, la internación, las evaluaciones en servicios de guardia, son recursos –excepcionales– necesarios cuando se cumplen criterios precisos, que ameritan su inclusión en el abordaje de las urgencias subjetivas. Pero que, como condición *sine qua non*, se deben inscribir como herramientas dentro de una estrategia en particular; nunca pueden ser la estrategia en sí misma. Es decir, será fundamental incluir como componentes y/o dimensiones de las intervenciones sanitarias los contextos singulares y colectivos, con ello, las condiciones de vida, los procesos filiatorios en juego, los atravesamientos institucionales, para que desde allí se construyan estrategias respetuosas de las singularidades; un más allá de lo que urge resolver cuando se presentan situaciones de riesgo subjetivo y físico. De las evaluaciones integrales realizadas se ha obtenido que las presentaciones/situaciones a las que éramos convocadas a intervenir, como equipo de abordaje de las urgencias, se vinculaban, en su mayoría, a dinámicas institucionales que no contemplaban las dimensiones antes señaladas, obteniendo como efecto de ello manifestaciones de las jóvenes al modo de acting-out. Por lo tanto, sostenemos la importancia de construir espacios/dispositivos que no institucionalicen las vidas dañadas, sino que ofrezcan lugares de reparo.

Si hablamos de jóvenes que se encuentran atravesando una medida de excepción (es decir, que son alojadas en instituciones estatales), nos preguntamos: en esos casos, ¿qué institución crear para que funcione de acogida? ¿Es posible pensarlas también como lugar de reparación?

Referencias bibliográficas

Abramovich, V. y Courtis, C. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta Ediciones, 2002

Abramovich, V. y Pautassi, L. (2008). "El derecho a la salud en los tribunales: algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina". *Salud Colectiva*. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n3/v4n3a02.pdf>

Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). "Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes". *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 46, 123-143. Disponible en <http://www.revistacdyt.uner.edu.ar>

Bourdieu, P.; Chamboredon, J.C.; Passeron, J.C. *El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2004.

Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. (2014). Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/235000-239999/235975/norma.htm>

De la Sovera, S. "Clínica Ampliada: quebrando aislamientos". *Topía*, abril, 2019. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/clinica-ampliada-quebrando-aislamientos>

Frigerio, F. *La división de las infancias: Ensayo sobre la enigmática pulsión antiarcontica*. Buenos Aires: Del estante, 2013.

Garro, C. *De la Urgencia a la Emergencia de un Sujeto*. Buenos Aires: Letra Viva, 2015.

Lacan, J. (1962-63). *Seminario X: La Angustia*. Buenos Aires: Paidós, 2007.

Ley Nacional de Protección Integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes N° 26.061/2005. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/110000-114999/110778/norma.htm>

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm>

Mannoni, M. *Un lugar para vivir*. PAIS: Crítica Ediciones, 1982.

Rother Hornstein, M. C. (comp.). *Adolescencias contemporáneas. Un desafío para el Psicoanálisis*. Buenos Aires: Psicolibro Ediciones, Colección Fundep, 2015.

Rovere, M. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Segunda edición ampliada y corregida. Organización Panamericana de la Salud, 2006. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51595>

Sotelo, I. *Dispositivo Analítico para el tratamiento de las urgencias subjetivas*. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2015.

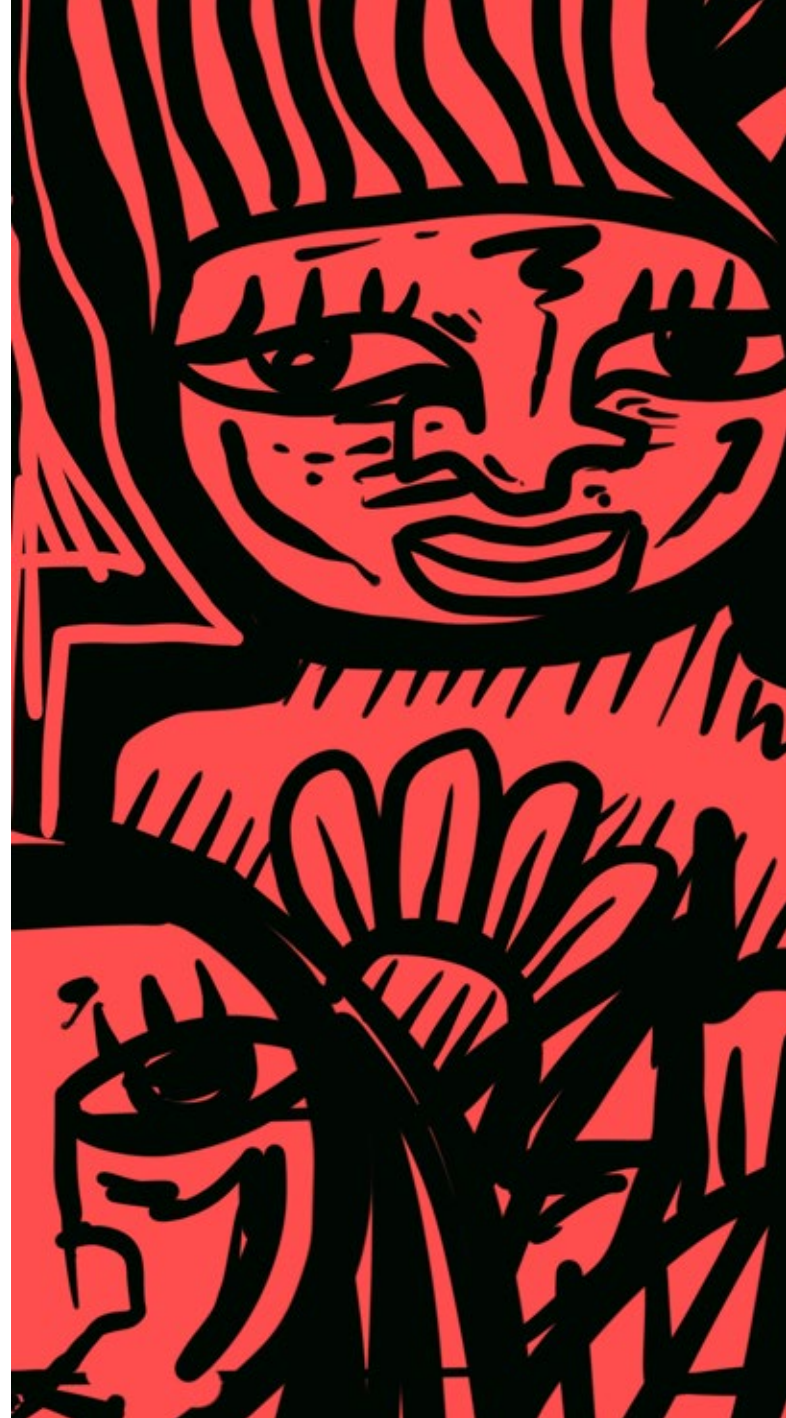
Szapiro, L. (comp.). *De una lábil inscripción en el Otro*. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2013.

Notas

1. Por tratarse de una institución única y particular en la provincia, se omite la mención de la misma, como medida de resguardo e intimidad para las personas usuarias y trabajadoras.

2. El enfoque de derechos constituye un marco interpretativo del alcance de los derechos humanos que deben estar necesaria y obligatoriamente incorporados en las políticas públicas y sociales, que en virtud de la adhesión a los Pactos y Tratados de derechos realizados con la reforma de 1994, adquirieron jerarquía constitucional (Abramovich, Courtis, 2002; Abramovich, Pautassi, 2008).

3. Análisis derivado de datos relevados a partir de un instrumento de registro de prácticas e intervenciones sanitarias, elaborado por el equipo interviniente.



La construcción sociohistórica de las demencias y la enfermedad de Alzheimer

PÉREZ FERNÁNDEZ, Robert

Psicólogo y Magíster en Salud Mental (Udelar, Uruguay). Doctor en Salud Mental Comunitaria (UNLA, Argentina). Trabaja en psicoterapia y en prácticas comunitarias de salud mental con personas mayores, con personas con afecciones neurocognitivas y con sus familias.

rperezf@montevideo.com.uy

GUEVARA ÁLVAREZ, Alejandro

Médico (UVM, México), diploma internacional en gerontología y geriatría (UM, Malta), maestría en filosofía aplicada (UAQ, México) y doctorando en trabajo social (Udelar, Uruguay). Coordina equipos interdisciplinarios de intervención gerontológica y acompaña experiencias de cuidados colectivos en el territorio.

guevara.alvarez@gmail.com

Resumen

A lo largo de la historia las concepciones de las demencias han estado entrelazadas con los estigmas de vejez como senilidad y enfermedad mental como deterioro. Una perspectiva biomédica sobre estos tópicos los ha reducido a su dimensión biológica, lo que ha facilitado una neurocultura de prácticas de cuidados y atención deshumanizante, centrada en la enfermedad y no en las personas y sus modalidades de sufrir. El presente trabajo analiza cómo se ha ido construyendo históricamente esta concepción biomédica de las demencias como una entidad objetivo-natural, señalando la necesidad de marcos teóricos y prácticos alternativos para la comprensión, el cuidado y la atención de las personas con demencia. En esta línea se presentan tres modalidades alternativas de abordaje para producir prácticas humanizadas.

Palabras clave: demencia – alzheimer – vejez – enfermedad mental – modelo biomédico.

The sociohistorical construction of dementia and Alzheimer's disease

Summary

Throughout history dementia conceptions have been intertwined among the stigma of old age as senility & mental illness as decay. A biomedical perspective has reduced these topics to their biological aspects, opening the way for a neuro-culture of dehumanizing care practices which are disease centred and distant from people and their suffering. The present work analyses how this biomedical conception of dementia has been constructed as a natural-objective entity, pointing out the need for alternative theoretical and practice frameworks for understanding & care of people with dementia. With the aim to produce humanized practices three alternative perspectives are presented.

Keywords: dementia – alzheimer – old age – mental illness – biomedical model.

Introducción

En un mundo cuya población es paulatinamente más envejecida, las demencias constituyen una de las principales afecciones que intersectan el campo de la salud mental. Si bien no involucran exclusivamente a las personas mayores, tienen mayor incidencia y preva-

lencia en este grupo etario y se las considera un síndrome dependiente de la edad,¹ estimándose que alcanzan al 8.5% de la población de 60 años y más (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013; Alzheimer's Disease International [ADI], 2013a y 2013b). Se calcula en 47 millones las personas con demencia en el mundo; cifra que se duplicaría cada 20 años, llegando a más de 131 millones en el 2050. A su vez, se estima que ese incremento no será equitativo entre las diferentes regiones y países del mundo, previéndose un aumento muy importante en los países de renta baja y media en proceso de transición demográfica, como la mayoría de los países de América Latina (ADI, 2015).

La OMS define las demencias como un síndrome producido por una enfermedad cerebral, en general de carácter crónico o progresivo, que afecta las funciones corticales superiores, como la memoria, lenguaje, atención, juicio crítico, y que repercute generalmente en el control emocional y en el comportamiento social. La Enfermedad de Alzheimer (EA) es considerada como representativa patológica y clínica de las demencias en general, ya que sus rasgos histopatológicos están presentes en la mayoría de las personas con demencia (OMS, 2013).

Con el conocimiento actual, la EA es considerada una enfermedad degenerativa primaria, o sea, una patología que no tiene una causa conocida, por lo que se

la considera multicausal, interviniendo diferentes factores de riesgo que se van potenciando a lo largo de la vida: cardiovasculares (tabaquismo, sedentarismo, hipertensión, diabetes), emocionales, educativos, de estimulación cognitiva y de soporte social (ADI, 2014). A pesar de esto, al ser conceptualizadas formalmente desde un enfoque biomédico, se pone el énfasis en la patología y en los aspectos biológicos de estos fenómenos, subordinando al mismo las demás dimensiones (sociales, económicas, políticas, afectivas, etc.) que operan en la constitución y desarrollo del propio síndrome (Kitwood, 1990; Martorell-Poveda, 2009; OMS, 2013). Uno de los primeros efectos que tiene esta concepción biomédica es la de asimilar el síndrome a la enfermedad, universalizando y homogeneizando las múltiples modalidades de vivir la misma, por lo que la patología queda disociada de la persona que la padece y de los procesos por los que puede atravesar (Kitwood, 1993, 1997).

Por su parte, cuando se analiza el tema desde un enfoque social e histórico (Castoriadis, 1987), las significaciones de las demencias se entrelazan fácilmente con los imaginarios sociales prejuiciosos sobre la vejez como sinónimo de deterioro –“viejismo”, al decir de Salvarezza (1988)– y de enfermedad mental, tales como la pérdida de la razón, de las capacidades intelectuales y de la humanidad (Martorell-Poveda, 2009). Se poten-

cian así las discriminaciones sociales que llevan a que las personas con demencia soporten un doble estigma: el de la vejez deficitaria y el de la enfermedad mental como algo deshumanizante.

Parte de estos significados sociales estigmatizante, están sostenidos en determinadas prácticas profesionales, como la de no comunicar el diagnóstico a la propia persona afectada (Acosta, 2014; Lishman, Cheston y Smithson, 2014; Pinner y Bouman, 2003; Robinson, Gemski, Abley, et. al., 2011; Robles, Cucurella, Formiga, et. al, 2011; Smithson, 2014), negándoles a las personas con EA la posibilidad de poder gestionar su situación y comprender su propio sufrir. De esta forma se van construyendo mecanismos y prácticas discursivas y fácticas, que Alicia Stolkiner (2013) ha nombrado como desubjetivantes, en las que las personas con demencia comienzan a ser cada vez más objetivadas como enfermos, construyendo un camino progresivo hacia lo que varios autores han señalado como la pérdida de la cualidad de ser persona (Behuniak, 2011; Kitwood, 1993 y 1997; Martorell-Poveda, 2009; Sabat, 1994).

Pero estos significados estigmatizantes también se sostienen y reproducen en algunas concepciones populares y familiares que atraviesan el mundo occidental, donde las personas con demencia habitualmente son consideradas como una especie de cáscara vacía, con una pérdida de su ser (Behuniak, 2011; Martorell-Po-

veda, 2009), similar a una muerte en vida (Dewing, 2008).

Ahora bien: ¿cómo se han instalado estas prácticas profesionales y sociales? ¿Cómo se constituyen y reproducen las redes de significados y creencias que las sostienen, generando un efecto de naturalización? ¿Es por el trastorno en sí? ¿Por la neuropatología? ¿Qué sería entonces el trastorno? Para pensar estos temas, Germán Berrios (1990) aporta dos metáforas que nos permiten analizar dos posicionamientos históricos en el mundo occidental sobre la concepción de la salud y la enfermedad mental. La primera es la de un botánico que describe y clasifica las plantas que encuentra, y que “descubriendo” eventualmente una nueva –no clasificada–, la incorpora inmediatamente al catálogo. La otra refiere a un escultor que va tallando y dando forma a su obra en el proceso de construcción de la misma. En el campo de la salud mental, la primera metáfora nos enfrenta a una concepción de enfermedades como entidades “objetivas y naturales” (Stolkiner, 2013), entes que estarían en el mundo humano y que el clínico sólo debe “descubrir las” según los manuales clasificatorios más modernos, definiendo prácticas universales, sin mayores interrogantes sobre la entidad clínica y su manifestación en una persona específica. En este campo de la salud y enfermedad mental, las demencias, por lo que implican etimológica y metafóricamente respecto

a la “ausencia de mente”, posiblemente sean una de las entidades en las que más claramente se puede apreciar esta construcción. Debe tenerse presente que esta forma de concebir las enfermedades mentales responde a un modelo biomédico integrado a un sistema mundial de producción capitalista. De producción económica y política, pero por sobre todo, de producción de formaciones subjetivas (Guattari y Rolnik, 2006).

La segunda metáfora nos pone en la línea de la producción de las enfermedades, ya no como una entidad que esté por fuera de las personas, sino que irá tomando forma en estrecho contacto con quién la está describiendo. Estamos aquí en la dimensión histórica y social, donde no existe una descripción final de la enfermedad, sino que se jerarquiza la construcción de significados y sentidos que le dan las y los profesionales en sus prácticas, así como las propias personas afectadas. En esta perspectiva, el contenido de los síntomas y las descripciones neurobiológicas y anatomopatológicas serán siempre una especie de esquema temporal incorporado al discurso científico del momento, teniendo en cuenta que el mismo está constituido por operaciones sociales, como los modelos de ciencia imperantes y las relaciones de poder establecidas. En la medida que el lenguaje de descripción de una enfermedad refleja las creencias y convicciones de sus creadores y difusores, y que a su vez se transmite por influencia a los propios

afectados, la definición de una enfermedad es principalmente un fenómeno social que construye realidad (Berrios, 1990).

Teniendo en cuenta que las prácticas sociales y profesionales de abordaje de las demencias habitualmente se organizan desde una concepción de enfermedad objetiva-natural, generando una serie de efectos desubjetivantes (Berriel y Pérez, 2007), en el presente artículo nos proponemos analizar, desde una perspectiva social e histórica, algunos de los hitos centrales en los que estas modalidades se han forjado históricamente, a los efectos de entenderlos y poder discutir su propia dimensión “objetiva-natural”. Para ello realizamos una revisión histórica de la literatura, buscando identificar momentos clave de cómo fue surgiendo la construcción de las demencias como una enfermedad biomédica, y sus puntos de contacto con los imaginarios sociales de la vejez como etapa deficitaria, y el estigma sobre la enfermedad mental.

Para obtener las fuentes bibliográficas utilizamos los buscadores Google, Google Scholar, PubPsych y EBSCOhost, así como la búsqueda directa en las bases de datos de Sage, PubMed, Latindex, Scopus ScienceDirect, Springer, JSTOR y Cochrane. Luego de una búsqueda inicial por palabras clave generales en español e inglés (por ejemplo: Alzheimer, demencia y modelo biomédico, o EA y enfermedad mental, o historia

de la EA), efectuamos una segunda búsqueda, orientada teóricamente a partir de las referencias encontradas en los textos seleccionados como significativos. Por tanto, se trata de una estrategia de búsqueda teórica, no sistemática, en el que se utilizaron textos científicos y otros considerados literatura gris.

De esta forma, el presente trabajo pretende aportar al conocimiento de cómo se han ido construyendo históricamente las principales narrativas y prácticas científicas que han llevado a la hegemonía de una concepción biomédica de las demencias como una entidad objetivo-natural, entrelazada con las significaciones sociales de la vejez como una etapa deficitaria de la vida y las de enfermedad mental. Nos interesa especialmente identificar los aspectos sociales y políticos que han permitido estos cruzamientos, a la vez que poder visibilizar construcciones teóricas alternativas. Para ello, el artículo se encuentra organizado en torno a esta introducción y cinco apartados. En el primero de ellos buscamos ilustrar cómo las concepciones sociales y las construcciones científicas de occidente ubican históricamente a las demencias entrelazadas con los imaginarios sociales negativos de vejez y locura, reduciéndolas progresivamente a una ontologización biológica. En el segundo apartado, conectamos la evolución de estos hallazgos con los desarrollos clasificatorios en la ciencia del cerebro y la psiquiatría para entender cómo es construi-

do el nuevo paradigma bio-cognitivo-mnemónico de la EA. A continuación, en el apartado tres, analizamos cómo estas conceptualizaciones que han predominado históricamente, en la medida que se han constituido en hegemónicas, han generado una especie de vacío epistemológico que dificulta el surgimiento de nuevas perspectivas. En el cuarto apartado presentamos algunas perspectivas alternativas para pensar y construir las demencias desde prácticas subjetivantes. Finalizamos el trabajo señalando las principales conclusiones.

El histórico entramado biomédico de las demencias con vejez y enfermedad mental, y la construcción de una nueva enfermedad

Es en los papiros médicos de Egipto del año 1550 antes de Cristo (AC), donde se encuentran los registros más antiguos de una afección similar al actual síndrome demencial, que implicaba la pérdida de memoria y de inteligencia como uno de sus factores. En esos papiros se señala también la debilidad física propia de la vejez (García-Albea, 1999). Desde esa época, a lo largo de la historia del mundo occidental, es común encontrar concepciones de demencia estrechamente ligadas a los significados sociales del envejecimiento como desgaste o deterioro, y de locura como pérdida de razón o conducta diferente a lo común. Son de este estilo los trabajos de Solón en el año 600 AC en Grecia (Boller y

Forbes, 1998, Catullo Goldfarb, 2004), los de Cicerón en el año 44 AC en Roma (Martínez, Martínez y Moya, 2001), los de Galeno de Pérgamo en el imperio romano del siglo I (Catullo Goldfarb, 2004; Derouesné, 2008; Kurz y Lautenschlager, 2010), o la literatura de Erasmo de Róterdam, en el año 1511, al inicio de la época moderna (Berrios, 1987).

En el siglo XVIII, en Europa se da la primera revolución industrial, que implicó un cambio radical en la organización económica y social, con un fuerte avance de la tecnología y la utilización de mano de obra individual, para sostener las nuevas modalidades de producción. En ese contexto cambia el modo en que la medicina occidental concibe las enfermedades mentales, ya que las mismas pasan a ser pensadas como una alteración del estado físico. Se deja así definitivamente de lado concepciones mágicas y religiosas propias de la edad media, resaltándose la importancia del sistema nervioso en la organización corporal. Es en este período que se da una consolidación de la medicina clasificatoria, donde las enfermedades pasan a ser realidades naturales e ideales que pueden ser agrupadas, al igual que las especies botánicas. Como plantea Foucault, se piensan como “naturales porque las enfermedades enuncian sus verdades esenciales; ideales, en la medida en que no se dan nunca en la experiencia sin modificación ni desorden” (1953, p. 23). En estos cambios

conceptuales comienza a tomar forma la noción de la demencia como una enfermedad médica de orden “objetivo-natural”, vinculada a la senilidad, paradigma que seguirá vigente hasta la actualidad.

Con relación a la noción de enfermedad mental, a principios del siglo XIX, la medicina pasará a hacerse cargo de su abordaje, a partir del trabajo de Philippe Pinel en Francia. Este médico diferenciará por primera vez la locura como enfermedad (*l'aliénation mentale*), de la locura ordinaria (*folie*). Esta distinción comenzará una reforma en el tratamiento hospitalario, clasificando y agrupando a los internados en diferentes pabellones según sus trastornos. Se crea una noción global de enfermedad, surgiendo una nueva profesión para tratarla: la psiquiatría alienista (Castel, 1980). Pinel incluirá las demencias dentro de las enfermedades mentales, caracterizándolas por la pérdida del juicio, el trastorno de la memoria y la alteración en la percepción de los objetos (Kurz y Lautenschlager, 2010). Algunos años después, su discípulo Jean Étienne Esquirol diferenciará las demencias agudas, vinculadas a un estado confusional, de las crónicas y de las seniles, que, según él, implican una “falta de entendimiento” atribuida a la edad (Catullo Goldfarb, 2004; Derouesné, 2008). El término demencia y el concepto de deterioro cognitivo se irán asociando cada vez más a lo largo de ese siglo, vinculados a la noción de vejez como deterioro orgánico y senilidad

(Berrios, 1987, 2011 y 2013), y a la noción imperante de enfermedad mental o locura como pérdida de las funciones intelectuales (Brion y Masse, 2009; Derouesné, 2008). La medicina instala en esa época una noción biológica, deficitaria y universal del envejecimiento, que presenta como una descomposición y degradación del cuerpo y de la mente, que va afectando varios sistemas y órganos (Berrios, 2011). Se va consolidando, entonces, una línea de pensamiento que sostiene una subordinación de los procesos mentales y sociales del ser humano, a la dimensión biológica del envejecer; línea de pensamiento que se puede rastrear hasta nuestros días, tanto en algunos sectores de la academia como en el saber popular.

Estas líneas de pensamiento deben ubicarse en el marco de un profundo cambio que tuvo la neurología y la psiquiatría europea en la primera mitad del siglo XIX. Es el período en que cristalizan las concepciones de medicina que ya se venían desarrollando desde el siglo anterior respecto a la espacialización de la enfermedad, en la que se da una “superposición exacta del cuerpo de la enfermedad y del cuerpo del hombre enfermo”, al decir de Foucault (1953, p. 16). El método anatomopatológico pasa a ser la referencia de la investigación y va a comenzar a orientar las clasificaciones de las enfermedades (Belin et. al., 2013; Foucault, 1953; Martorell-Poveda, 2009), instalándose un discurso mé-

dico sobre la enfermedad mental. En el caso del envejecimiento, la psiquiatría y la neurología de esa época consolidan las teorías sobre el deterioro cerebral.

En la segunda mitad del siglo XIX, a la vez que se da un avance en conocer algunos aspectos neuropatológicos, se observa que existen algunas afecciones –tales como la histeria– en las que sus síntomas y signos no podían correlacionarse directamente con lesiones cerebrales o físicas (Kaplan y Solms, 2005). En la búsqueda de marcos explicativos diferentes, se comienzan a desarrollar nuevos horizontes teóricos (Rojo, 2006). Es esa la época en que Breuer y Freud (1895/1991) publican sus estudios sobre la histeria, en los que se señalan aspectos inconscientes de la mente, comenzando a abrir así un nuevo punto de partida para entender las enfermedades mentales desde una perspectiva psicológica, dando inicio al Psicoanálisis.

En simultáneo a estos movimientos teóricos, en 1898 Emil Kraepelin unifica toda una gama de trastornos mentales bajo el concepto de *dementia praecox*, incluyendo los trastornos delimitados en una anterior categoría de “procesos psíquicos degenerativos” –hebefrenia, catatonía y demencia paranoide– más las formas alucinatorias de la paranoia (Álvarez Fernández, 2004; Consejo de Redacción, 1996). El planteo central de Kraepelin era que las enfermedades mentales son entidades naturales y universales, por lo que eran in-

dependientes de la cultura o la historia de las personas, debiendo clasificarse por separado de acuerdo a la afección orgánica que la determinara. Se reconoce aquí una línea clásica de la psiquiatría que se ha mantenido y desarrollado en el tiempo hasta nuestros días (Bermejo-Pareja, Llamas-Velasco y Villarejo-Galendec, 2016).

En este contexto, en el año 1910 Kraepelin crea una nueva entidad patológica: la enfermedad de Alzheimer. Para él, las demencias seniles forman parte de la locura involutiva por la edad, definiendo a la EA como una modalidad grave de demencia senil que sugiere un envejecimiento prematuro o una enfermedad específica, independiente de la edad (Berrios, 1990; Derouesné, 2008). Reconoce con esta nominación el trabajo desarrollado por el neurólogo Alois Alzheimer en 1906, cuando presenta el caso de una mujer que, a la edad de 51 años, tenía síntomas cognitivos y comportamentales similares a los descritos para las demencias seniles, y que al fallecer se constata que tenía una neuropatología propia de la demencia senil, con ovillos neurofibrilares y placas extracelulares (Berrios, 1990; Derouesné, 2008; Pérez Trullen, 2007).

Los mecanismos neurobiológicos descritos por Alzheimer no eran originales, pues los ovillos neurofibrilares ya habían sido descritos por Beljahow en 1887 en Rusia (Berrios, 1990; Delacourte, 2006; Goedert,

2009), y las placas extracelulares por Blocq y Marinesco en el año 1892 (Derouesné, 2008). Incluso en el mismo año 1906, unos meses antes que Alzheimer presentara su caso, Pick había difundido un estudio sobre seis pacientes con demencia cuyos cerebros presentaban atrofia cortical focalizada en algunas áreas (Belin et al., 2013; Catullo Goldfarb, 2004), y Salomón Fuller había descrito la alteración de ovillos neurofibrilares en varios tipos de patologías, entre ellas, la demencia senil (Fuller, 1907). Por lo tanto, tal vez la única novedad que plantea Alzheimer era la relativamente joven edad de la persona en que aparecen las características histopatológicas propias de las demencias seniles, no la neuropatología descrita. Esto llevó a diferentes autores a sugerir que Alzheimer estaba describiendo un caso de *praecox senium* (vejez prematura) y no una enfermedad nueva; planteo que parece ser sostenido por el propio Alzheimer (Berrios, 1990; Delacourte, 2006).

Varios autores se han preguntado por qué Kraepelin nombró esta entidad patológica con el apellido Alzheimer y no como enfermedad de Beljahow, Blocq, Fischer, Fuller o de otros que habían encontrado estos mismos componentes neuropatológicos antes. Por un lado, parece haber razones científicas vinculadas a la intuición de Kraepelin de que se encontrarían en presencia de una enfermedad diferente de la demencia senil. También parecen haber jugado razones extra

científicas, como la intención de ganar prestigio para su departamento de Munich, ante la competencia con otras universidades, y favorecer a su amigo y colega Alzheimer (Bermejo-Pareja et. al., 2016; Berrios, 1990; Martínez et. al., 2001; Mendoza, 2015). Más allá de las razones que motivaron esto, interesa resaltar que la entidad EA no surge como un hecho objetivo-natural, sino que es construido en función de una serie de aspectos sociales, entre los que se cuentan los científicos y otros no científicos. En los hechos, el nombre de EA no fue totalmente integrado ni utilizado en la primera mitad del siglo XX, durante el cual varios autores refieren por ejemplo a las placas de Fischer o placas de Redlich. El propio Alois Alzheimer habla de placas de Fischer en un artículo publicado en 1911 (Derouesné, 2008).

En cuanto a la explicación científica de la EA, el adjudicar a las placas extracelulares y ovillos neurofibrilares la causa directa de la demencia, será cuestionado en el año 1933, con los estudios realizados por el profesor sueco Nils Gellerstedt, quien presentó una serie de trabajos que daban cuenta de que la neuropatología típica de las demencias seniles se podía encontrar presente en los cerebros de personas mayores que no presentaban síntomas clínicos (Blessed, Tomlinson y Roth, 1968). Estos resultados son compatibles con los que casi 70 años después encontraría David Snowdon (2003). Se sostiene así en el tiempo la pregunta respecto a si existe

una neuropatología específica de la demencia senil, y qué hace que algunas personas desarrollen un síndrome demencial y otras no, a pesar de tener rasgos neuropatológicos similares.

Nuevas orientaciones sobre las enfermedades mentales y las demencias

En los primeros años de la segunda mitad del siglo XX, aún se pueden visualizar los enfoques de las diferentes escuelas de neurología. La propuesta de estudiar la neuropatología, junto a una perspectiva clínica con base en una orientación cognitiva y conductual, fue la orientación que imperó en los siguientes años como línea principal de estudio. Estas perspectivas buscaron operativizar algunos conceptos cognitivos –como el de memoria–, o algunos aspectos vinculares y sociales desde una perspectiva conductual –los llamados trastornos psiquiátricos o conductuales de las demencias–, que pasarán a ser secundarios al cuadro principal definido en lo cognitivo. A su vez, estas líneas de pensamiento comienzan a vincularse cada vez más con el mundo industrial que se desarrolla alrededor de medicina y que transfiere los principales recursos económicos que financian la investigación (Ioannidis, 2005), definiendo la perspectiva central de estudio. Se va así fortificando un modelo biomédico que rápidamente instituye una perspectiva hegemónica de las demencias, no sólo en

el ámbito académico y científico, sino también en el saber popular (Martorell-Poveda, Montes-Muñoz, Jiménez-Herrera et. al., 2010).

La década de 1960 será un tiempo importante en esta construcción. En el año 1968, Blessed, Tomlinson y Roth aportan evidencia de que el proceso de las placas y la degeneración neurofibrilar es el mismo en las demencias seniles y en las preseniles, consolidando la propuesta de la EA como un proceso específico (Bermejo-Pareja et. al., 2016; Derouesné, 2008; Goedert, 2009). Este grupo de investigación también señala que no encontraron diferencias en el grado de aterosclerosis entre personas con demencia y ancianos sanos (Bermejo-Pareja, 2004). Algún tiempo después, el propio Blessed y colaboradores presentarán una escala para evaluar la gravedad de la demencia, basándose en una serie de indicadores cognitivos, funcionales y emocionales. Esta escala será “pionera en la utilización de medios instrumentales de tipo test y escalas como ayuda en el proceso de valoración y diagnóstico de la demencia” (Bermejo-Pareja, 2004, p. 97).

Estos cambios en la concepción de las demencias se van dando en el marco de una transformación que se produce en la psiquiatría de EEUU y en su forma de concebir las enfermedades mentales. Se da allí, en la década de 1970, un fuerte debate respecto al estatus de los diagnósticos, el modo de entender la psicopatología

y la organización de la profesión. Como señala Allan Horwitz (2011), los diagnósticos psiquiátricos tienen una fuerte influencia en la organización y legitimidad de la práctica profesional, ya que delimitan lo normal y lo patológico, construyen un relato sobre la experiencia de enfermedad y delimitan los tipos de tratamientos. En definitiva, construyen realidad, que va cambiando con el tiempo en función de las transformaciones que se dan en las comunidades científicas. En este caso, el debate se polarizó dentro de la propia asociación de psiquiatría norteamericana, entre los psiquiatras de orientación psicodinámica que habían dominado hasta entonces las formas de entender la psicopatología, y otro grupo importante de psiquiatras que buscaba una validación científica y de la profesión, basada en perspectivas médicas que permitieran lograr criterios diagnósticos operacionales, así como definiciones de trastornos que pudieran aplicarse en investigación, más allá de la complejidad de cada persona (Horwitz, 2011). En 1980, esta controversia se resolvió en favor de los segundos, que dominaron los grupos de tarea de la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y crearon un sistema de categorías diagnósticas de acuerdo a su perspectiva y sus fines (Horwitz, 2011; Kawa y Giordano, 2012; Mayes y Horwitz, 2005). Esto implicó un momento de inflexión en las formas de concebir las enfermedades mentales y la psicopatología

en el mundo occidental, las cuales pasaron a ser conceptualizadas desde síntomas empíricos, disociando los mismos de los componentes teóricos interpretativos.

Es necesario resaltar que estos cambios no surgen como resultado de un programa de investigación que presenta evidencia empírica de los trastornos, sino de la necesidad corporativa de la mayoría de los integrantes de la psiquiatría norteamericana, que buscaban reafirmar su identidad médica y ser parte de la medicina científica (Mayes y Horwitz, 2005; Horwitz, 2011). A partir de este momento, en las comunidades médicas y científicas de la psiquiatría y la neurología, se instala una perspectiva objetiva-natural de lo percible². En el caso de las demencias, la investigación y conceptualización empiezan a orientarse a partir de un modelo teórico neurobiológico y cognitivo-conductual. En el campo clínico, la estandarización de instrumentos e índices de codificación comienzan a guiar las prácticas diagnósticas, sustituyendo la práctica clínica (Bermejo-Pareja, 2004).

Así, en el DSM III (American Psychiatric Association [APA], 1980), se presenta la categoría “*trastornos y síndromes mentales orgánicos*”, donde se consolida el paradigma cognitivo y la memoria como la característica central de la demencia. Si bien algunos autores consideran que estos son los primeros criterios operativos sobre el tema (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015),

otros señalan las importantes consecuencias que sufre el concepto de demencia cuando se define desde un *paradigma cognitivo* de la memoria, quedando el síndrome demencia reducido a la EA, lo que no permite entender otros cuadros demenciales que no necesariamente cursan con un trastorno de memoria inicial (Kurz y Lautenschlager, 2010).

También debe señalarse que lo que en realidad se consolida no es el *paradigma cognitivo* como habitualmente plantea la literatura, sino *un tipo de paradigma cognitivo específico*, orientado desde una perspectiva cognitivo-conductual. El mismo busca ser operativo para diagnosticar, por lo que se basa en la hipótesis de las funciones cognitivas como un sistema que, a grandes trazos, se podría simplificar en un dispositivo cerebral de registro, codificación, almacenamiento y recuperación de la información, en respuesta a los estímulos internos y externos. Esta perspectiva de lo cognitivo, que tiene tras de sí una noción de sujeto y subjetividad de tipo mecanicista, operativizable en categorías de laboratorio tipo causa y efecto, queda instalada en estos manuales operativos con un estatuto de verdad única. Construye de esta forma su relato de “verdad objetiva” universal sobre los procesos mentales, que pasan a ser asimilados a sus aspectos neurobiológicos, diluyendo la noción de “mente” en la de “cerebro”.

Congruente con esta tendencia, en el año 1984, el grupo de trabajo del *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke* y de la *Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* de EE.UU. (NINCDS-ADRDA), define los criterios que orientarán el diagnóstico de la EA hasta la primera década del siglo XXI, poniendo el foco en el déficit de la memoria y concibiendo a la EA como una demencia en sí misma (McKhann, Drachman, Folstein et. al., 1984). Se consolida así una orientación donde el paradigma cognitivo que comienza a imperar en las demencias se convierte de hecho en un “paradigma mnemónico” (Bermejo-Pareja, 2004), quedando como secundaria la psicopatología psicológica (Berrios, 1990) y los aspectos sociales. La IV versión del DSM (APA, 1995) publicada en pleno desarrollo neurocientífico de la llamada “década del cerebro”, mantendrá esta tendencia de reducción del síndrome a lo mnemónico.

A partir de acá, la historia de las demencias, su clasificación y neuropatología ya está más documentada, pues hasta la actualidad, se desarrolla dentro de este paradigma cognitivo-mnemónico. Este paradigma es solidario con una tendencia a la medicalización que se ha incrementado en los últimos 30 años, como resultado de los recursos económicos de la industria farmacéutica³, que pasará a ser la principal fuente de financiación

de la investigación, orientando su agenda y la conceptualización del tema (Kawa y Giordano, 2012).

En lo que va del siglo XXI, la inversión dedicada a conocer los mecanismos neurobiológicos de la EA ha permitido desarrollar tecnologías informáticas y de neuroimagen cada vez más precisas. Así, hoy se conoce que, los fenómenos observados hace más de 100 años en los microscopios de esa época, son el resultado de cambios en proteínas en la membrana celular de las neuronas, liberando fragmentos de beta amiloide o de modificaciones de la proteína TAU en el espacio intracelular (Dubois, Feldman, Jacov et. al., 2010; Wood, Winslow y Strasser, 2015). Esto ha abierto a nuevas hipótesis biológicas respecto al papel de los aspectos genéticos (Bekris, Yu, Bird and Tsuang, 2010), así como a la posibilidad de prevención, a partir del desarrollo de hábitos saludables a lo largo de la vida (ADI, 2014; Bermejo-Pareja et. al., 2016).

En el 2007 se revisan los criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la EA, a los efectos de actualizarlos y poder aplicarlos a la investigación (Dubois, Feldman, Jacova et. al., 2007). Estos criterios son adaptados tres años después para la investigación farmacológica de la EA, diferenciando dos categorías: personas con “riesgo asintomático de EA” y personas con “EA presintomática” (Dubois et. al., 2010). En el año 2013, congruentes con estos criterios de investigación, la

quinta versión del DSM conceptualiza estas afecciones como trastornos neurocognitivos menores y mayores (APA, 2013).

El vacío epistemológico creado en la comprensión de las demencias y la EA

Según lo desarrollado hasta aquí, la actual concepción hegemónica de las demencias las describe como una enfermedad objetiva-natural, de etiología orgánica, que progresa a través de etapas y que es diagnosticable mediante evaluaciones médicas. Desde este enfoque, la atención se centra en la enfermedad, no en la persona, tomando a los componentes bioquímicos y neuroanatómicos como principal línea de acción. Este enfoque biomédico presenta la ventaja de permitir el conocer diversos aspectos biológicos de la enfermedad, siendo clave a la hora de diagnosticar diferencialmente el cuadro. Sin embargo, en la medida que estas perspectivas se presentan como hegemónicas para la comprensión de la enfermedad, se erigen con un estatuto de verdad que ha generado una especie de “vacío epistemológico” (Kuljis, 2009; Méndez, 2015), obstaculizando la producción de formas alternativas de conceptualizar las demencias. Esto, a su vez, limita significativamente las formas de intervención.

Por su parte, cuando pasamos del plano neurobiológico y molecular de la enfermedad al campo social de

la salud mental comunitaria de las personas –donde, al decir de Emiliano Galende, “el sufrimiento mental es indisoluble de la situación social y cultural de quien lo padece” (2017, p. 14)–, llama la atención lo poco preciso de ese modelo biomédico para comprender e intervenir en los múltiples niveles de afección que se generan por estos trastornos. En este campo social ya no es tan sencillo delimitar lo llamado “normal” de lo construido como “patológico” (Rose, 2009). Surge entonces la pregunta: ¿qué condiciones hacen que esta perspectiva biomédica, aún tan acotada y reduccionista, sea considerada como modelo y guía normativa de la forma en que transcurre la afección en las personas? En nuestra opinión se deben resaltar tres aspectos.

En primer lugar se debe señalar que en un mundo regido por sistemas de producción capitalista, el complejo industrial desarrollado alrededor de la medicina y sus ramas, se ha constituido en una enorme maquinaria de producción de sentido (Galende, 2008; Stolkiner, 2013 y 2015), organizando formaciones subjetivas y deseo (Guattari y Rolnik, 2006), que guían las formas racionales y afectivas de la experiencia de salud y enfermedad, de la familia y los vínculos de cuidados, así como de la comprensión de la persona. En definitiva, construyen verdades, que algunos autores nombran como una “neurocultura”, que se ha instalado con mucha fuerza en los últimos años (Higgs and Gilleard,

2017; Williams, Higgs y Katz, 2012). La misma implica una *ideología de la cerebralidad (ideology of brainhood)* que solidifica en el imaginario social una noción de lo que Vidal (2009) llama un “sujeto cerebral”. Varios autores (por ej. Rose, 2009 y 2016; Galende, 2008 y 2017) han alertado sobre la actual reducción neurobiológica de la salud y enfermedad mental. Tal vez sólo desde esta simplificación se pueda entender que hoy, los tratamientos habituales de la demencia en nuestros países, en general, reproduzcan lo que se prescribía para la locura hasta el siglo XX: encierro y aislamiento social, con la única diferencia que esto, en lugar de manicomios, se ejecuta en los llamados geriátricos con nefastos efectos sobre las personas (OMS, 2020; Velayudhan, Aarsland y Ballard, 2020).

En segundo lugar, no se puede obviar que esta maquinaria de producción de significados es alimentada por una noción positivista de ciencia que construye esta realidad y la valida. En el campo de la salud, los ensayos clínicos y los meta-análisis son las metodologías de investigación más legitimadas (Ioannidis, 2005 y 2016). Este tipo de investigación opera desde una concepción fragmentada de un sujeto biológico, al que hay que reducir en diferentes átomos, moléculas, genes, biomarcadores, etc. Desde este enfoque, la agenda de investigación en salud mental solo puede avanzar en constatar correlaciones neuroquímicas y genéticas de

determinadas conductas delimitadas como trastornos mentales. Sin embargo, el planteo que se realiza es el de “encontrar” las “bases” neuroquímicas de los mismos. Ejemplos claros de esto son los trabajos de Insel (2013), Insel y Quirion (2005) y Kapur, Phillips e Insel (2012).

Como tercer punto, es importante señalar que las actuales agendas de investigación en estos temas han sido fuertemente influenciadas por la propia industria química de medicamentos. Esto implica que cada vez se publiquen menos ensayos clínicos independientes, mientras la industria farmacéutica patrocina y publica los ensayos clínicos más influyentes, que son presentados como verdades objetivas y universales, a pesar que muchas veces los mismos presenten errores metodológicos. Como plantea John Ioannidis, es común que estos estudios patrocinados por la industria, “preguntan las cuestiones equivocadas, utilizan las peores variables subrogadas, hacen los análisis más erróneos, usan los criterios de efectividad menos adecuados y realizan las inferencias más inexactas” (2016, pp. 2-3, en inglés en el original, traducción propia). A su vez, y contrariamente a lo que se cree popularmente, la mayor inversión que la industria farmacéutica realiza actualmente no es en la investigación de nuevas moléculas, sino en publicidad (Novoa, Gervas y Ponte, 2014).

De esta forma, entendemos el actual modelo normativo de las demencias como parte de un dispositivo

biopolítico que despliega tensiones entre saberes y poderes que condicionan las prácticas discursivas y extra discursivas, produciendo subjetivación y, por lo tanto, construyendo verdad (Foucault, 1996). Dispositivo que captura un conjunto de síntomas y signos para transformarlos en una enfermedad biomédica, monopolizando desde ahí las prácticas de atención y cuidado. A medida que estas prácticas profesionales y científicas se transforman fácilmente en discurso social, van produciendo una realidad deshumanizada alrededor de la atención y los cuidados de las demencias. Claramente, el nivel de sufrimiento psíquico que estas afecciones generan no se encuentra en la proteína Tau o en el amiloide aislados, sino en los significados otorgados a estos déficits. Estas formaciones discursivas vinculan el envejecimiento y la demencia a un fuerte estigma social, convirtiendo a la demencia en el principal miedo asociado a la vejez de las propias personas mayores (Cutler, 2015). Por lo tanto, ni la EA ni la demencia deberían analizarse como un ente universal que afecta a las personas por igual e independiente de las condiciones de vida y socioculturales (Martorell-Poveda et. al., 2010).

Algunas perspectivas alternativas para comprender las demencias y la intervención

Hasta el momento hemos realizado un recorrido histórico sobre la forma de conceptualizar las demen-

cias y la EA desde Europa y EEUU, la que se ha generalizado en el mundo occidental. Este enfoque biomédico, uno de los más habituales en el mundo científico y académico, al centrarse en la patología, deja de lado a las personas, que en general pasan a ser un cuerpo que hay que gestionar (Behuniak, 2011). A pesar de que esa visión es la mayor productora de realidad desde su posicionamiento hegemónico y dominante, afortunadamente no es única. En nuestra búsqueda bibliográfica hemos encontrado tres posibles enfoques y modos de abordar las demencias, que habilitan la posibilidad de construir otras realidades más humanizadas y subjetivantes.

El primero de ellos, y el que más difusión ha tenido, es el modelo de atención centrada en la persona, que se presenta de manera alternativa y complementaria al modelo biomédico (Kitwood, 1990, 1993 y 1997; Sabat, 1994 y 2006). Si bien toma los componentes centrales del mismo sobre la neuropatología, los trasciende al incluir otros aspectos sociales y de entorno para comprender el cuadro psicopatológico, produciendo prácticas de cuidado más humanizadas. El planteo central es que en estos trastornos la neuropatología no alcanza para explicar la discapacidad que se da en las personas, por lo que existe un exceso de discapacidad (Sabat, 1994) producido por las actitudes del entorno sobre las personas con demencia. Este enfoque –que

Susan Behuniak (2010) ubica dentro del paradigma del socioconstruccionismo– se basa en el supuesto que la condición de persona (personhood) no está limitada a lo cognitivo, sino que es un estatus que los demás otorgan al ser humano, en el contexto de relación social. Para mantener esa condición debe haber otras personas que reconozcan este estatus, permitiendo mantener la identidad y el valor de ser humano a través de sus comunicaciones y vínculos (Kitwood, 1990, 1993 y 1997; Sabat, 2006). Cuando esto no sucede –como en el caso de las perspectivas clásicas de abordaje– se instala un paulatino proceso de desubjetivación, que lleva a que la persona con demencia vaya perdiendo la categoría de persona y asumiendo la de enfermo o demente, que queda fuera de las posibilidades de decisión. Este proceso de desubjetivación, ya había sido señalado por Goffman (1961/2001) en relación con las instituciones totales como carrera moral del paciente mental.

Este enfoque resalta la importancia de conocer las perspectivas y vivencias subjetivas de las propias personas implicadas respecto a lo que significa vivir con demencia. Ha realizado interesantes aportes a la intervención, construyendo una herramienta técnica para evaluar los efectos malignos del entorno en la calidad de persona: el dementia care mapping (mapa de cuidados en demencia). El mismo estudia si se cumplen o no una serie de pautas de acción tendientes a mante-

ner los vínculos y la vida anímica de las personas con demencia, buscando disminuir el impacto negativo del entorno en ellas. Este instrumento es utilizado principalmente en las instituciones de larga estadía (Bradford Dementia Group, 2005).

La segunda propuesta a presentar es el modelo multidimensional de la demencia y su mapa de ruta de la intervención (Berriel y Pérez, 2007). Organizada desde un enfoque epistemológico socioconstruccionista y de salud mental comunitaria, retoma los aportes teóricos y técnicos de la Psicología Social del Río de la Plata y de los grupos operativos (Pichón Riviére, 1985; Fernández, 1989). Partiendo de la noción de que la unidad mínima de análisis de los procesos de salud-enfermedad mental es el grupo, no el individuo (Bauleo, Monserrat y Suárez, 2005), se plantea que una situación de demencia nunca afecta a una sola persona, sino al menos a un grupo familiar. Así, quién emerge como paciente nominado a partir de la neuropatología, fácilmente quedará en la posición de depositario de las ansiedades de ese grupo. Desde este enfoque, también se acepta la propuesta del modelo biomédico para entender los procesos somáticos, pero pone a jugar los mismos en relación de igualdad con otros cuatro procesos que se dan simultáneamente a la hora de producir procesos de enfermar: cognitivo, psicoafectivo, psicosocial y socio-cultural e histórico. Cada uno de estos planos tendrá

múltiples zonas de impacto en cada integrante del grupo afectado, apareciendo uno de los sujetos como “depositario” de esta situación.

Operativamente, esta propuesta multidimensional ha aportado dos herramientas psicoterapéuticas de intervención. Una de ellas es el mapa de ruta, que busca identificar los diferentes impactos de la patología en el grupo afectado y en cada uno de los planos señalados, lo que habilita a llevar adelante distintas estrategias psicoterapéuticas de abordaje de estos trastornos (Berriel y Pérez, 2007 y 2009). La otra son los *Talleres de Promoción de Salud Mental para familiares cuidadores de personas con demencia*. Los mismos trabajan con técnicas de grupo operativo, tendientes a generar un espacio grupal de reflexión y apoyo afectivo, así como a facilitar la elaboración de los procesos de duelo en familiares de personas con demencia (Pérez, Acosta y Valdez, 2015 y 2016).

Finalmente, el tercer enfoque que queremos señalar, se ubica en el campo de la cultura y lo aporta la nación Aymara en su relación con las demencias. Este enfoque es radicalmente diferente a los del mundo occidental, pues implica una perspectiva social, cultural y epistemológica organizada sobre bases muy distintas. A diferencia del mundo occidental, en la cosmovisión Aymara, la vejez es muy valorada y en general goza de varios privilegios sociales. En esta perspectiva, la de-

mencia no significa un problema social o familiar, ni siquiera una enfermedad, pues a nadie molesta que las personas mayores se olviden de cosas o tengan algún déficit cognitivo. En esta cultura, para que un fenómeno sea considerado una enfermedad, debe cumplir una serie de requisitos. Como se pregunta Javier Mendoza desde esta cosmovisión: “¿qué es entonces lo que hace que una condición de salud cuyo origen se desconoce, que no duele, no es contagioso, no tiene cura, pero no es estrictamente la causa de la muerte, sea considerada una enfermedad?” (2015, p. 89).

Para la cosmovisión occidental no deja de ser sorprendente cómo en la cultura Aymara, los fenómenos propios de la demencia se incorporan a su visión del mundo, en la que claramente nunca queda en duda la identidad o la cualidad de persona del anciano o anciana con estas características. En estas comunidades, en los casos de demencia, seguramente la neuropatología sea igual a la que se da en las personas con demencia del mundo occidental. Sin embargo, en la medida que los cambios cognitivos no son problema para nadie del entorno, no sería justo hablar aquí de una patología mental en un sentido estricto. Al respecto, queda resonando la pregunta de Post (2000) cuando plantea que si en el mundo occidental no viviéramos en una sociedad de la hipercognición, ¿la demencia sería una enfermedad? (citado en Williams, Higgs y Katz, 2012).

Conclusiones

En el mundo occidental, los términos demencia, vejez como senilidad y enfermedad mental, han estado históricamente ligados, siendo parte de un marco social y cultural de producción de sentidos. Las concepciones sobre las demencias que se han dado en las comunidades científicas y médicas, han contribuido a instalar un modelo biomédico de enfermedad objetiva-natural, focalizado en los aspectos neurobiológicos y cognitivos del cuadro, y generando prácticas desubjetivantes que se centran en la enfermedad y no en las personas. Esto ha aportado a la construcción de una neurocultura de los trastornos mentales.

En la medida que estas perspectivas y sus significaciones pasan a ser hegemónicas, catalizan fácilmente los principales temores sociales sobre el envejecimiento y la vejez. Como toda concepción hegemónica, este modelo de enfermedad dominante quita visibilidad y desestima otras perspectivas de estos fenómenos, tales como los aspectos psicológicos y sociales vinculados al estigma y a la cualidad de ser persona. Ante esta situación, parece necesario comenzar a generar estrategias que permitan alternativas teóricas para conceptualizar las demencias. Para ello, un aspecto central sería comenzar a cambiar el vacío epistemológico que deja la propuesta hegemónica, para estudiar las demencias en sus diferentes niveles de complejidad. Será entonces

necesario dejar de subordinar al paradigma teórico de investigación molecular y celular, los constructos teóricos de estos trastornos en los niveles más complejos del sistema, tales como la conciencia o la conducta humana. Los tres enfoques alternativos presentados pueden ser un ejemplo de por dónde se podría avanzar para trascender la perspectiva etiológica o de cura de una enfermedad neurodegenerativa. Esto permitiría construir intervenciones orientadas en torno a las formas en que las personas viven y significan estas situaciones vitales.

Referencias bibliográficas

Acosta, L. (2014). "Aportes para pensar la intervención diagnóstica en demencias desde una perspectiva de Salud Mental". Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República. Trabajo Final de Grado, inédito.

Alzheimer's Disease International – ADI (2015). World Alzheimer Report: The Global Impact of Dementia. Londres: ADI. <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

Alzheimer's Disease International – ADI (2014). World Alzheimer Report 2014. Dementia and Risk Reduction. An analysis of protective and modifiable factors. London: ADI: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2014>

Alzheimer's Disease International – ADI (2013a). World Alzheimer Report 2013. Journey of Caring. An analysis of long-term care for dementia. London: ADI.

Alzheimer's Disease International – ADI (2013b). La demencia en América: el coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia. <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/dementia-in-the-americas-SPANISH.pdf>

Álvarez Fernández, B. (2004). Aspectos históricos de las demencias. *Revista Electrónica de Geriátrica y Gerontología*; 6 (2), pp. 1 – 9.

American Psychiatric Association – APA. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association – APA (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales / DSM IV. Barcelona: Masson.

DAPA – American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington, DC: APA.

Bauleo, A., Monserrat, A. y Suárez, F. (2005). *Psicoanálisis operativo. A propósito de la grupalidad*. Buenos Aires: Atuel.

Behuniak, SM. (2011). "The living dead? The construction of people with Alzheimer's disease as zombies". *Ageing and Society*, 31, pp. 70-92.

Belin, C., Ergis, A. M. y Moreaud, O. (2013). *Actualités sur les démences: aspects cliniques et neuropsychologiques*. Belgique: De Boeck.

Beljahow, S. (1887). "Pathological changes in the brain in dementia senilis". *Journal of Mental Science*, 1889; 35, pp. 261–262.

Bekris, L., Yu, C., Bird, T., & Tsuang, D. (2010). "Review Article: Genetics of Alzheimer Disease". *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 23(4), pp. 213–227.

Bermejo-Pareja, F. (Director) (2004). *Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia*. Madrid: Díaz de Santos.

Bermejo-Pareja, F., Llamas-Velasco, S., y Villarejo-Galendec, A. (2016). "Prevención de la enfermedad de Alzheimer: un camino a seguir". *Revista Clínica Española*. En: Prensa <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2016.05.010>

Berriell, F. y Pérez, R. (2007). *Alzheimer y Psicoterapia*. Clínica e investigación. Montevideo: Psicolibros.

Berriell, F. y Pérez, R. (2009). "Psicoterapia en pacientes con demencia y sus familias". En: Desafíos y logros frente al bien-estar en el envejecimiento. VII Jornadas de Psicología de la Tercera Edad y la Vejez. (pp. 93-117). Buenos Aires.: Eudeba.

Berrios, G. (1987). "Dementia during the seventeenth and eighteenth centuries: a conceptual history". *Psychological Medicine*; 17: 829-837.

Berrios, G. (1990). "Alzheimer's disease: a conceptual history". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5: 355-365.

Berrios, G. (2011). "A conceptual history in the nineteenth century". En: Abou-Saleh, M., Katona, C., & Kumar, A. (Edits). *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry (3rd ed.)*. Uk: John Wiley & Sons.

Berrios, G. (2013). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.

Blessed, G., Tomlinson, B., & Roth, M. (1968). "The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects". *British Journal of Psychiatry*, (114), pp. 797-811.

Boller, F., & Forbes, M. (1998). "History of dementia and dementia in history: An overview". *Journal of the Neurological Sciences*, 158, pp. 125-133

Bradford Dementia Group (2005). *Dementia Care Mapping*. DCM 8th. Bradford: University of Bradford.

Breuer, J. y Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria. *Obras Completas*. Vol. II. Bs. As.: Amorrortu, 1991.

Brion, S. y Masse, G. (2009). "Historique des démences séniles et préséniles". *Annales Médico-Psychologiques*, 167, pp. 224-229.

Catullo Goldfarb, D. (2004). *Demências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico*. Madrid: De la piqueta.

Castoriadis, C. (1987). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.

Consejo de redacción (1996). "Dos visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 16 (60), pp. 655-662.

Cutler, S.J. (2015). "Worries about getting Alzheimer's: Who's concerned?". *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(6), pp. 591-8.

Delacourte, A. (2006). "Comments. Collective Thought at Its Best: Let's Contemplate the Centennial". *Alzforum*. Disponible en: <http://www.alzforum.org/webinars/collective-thought-its-best-lets-contemplate-centennial>

Derouesné, C. (2008). "La maladie d'Alzheimer: regards sur le présent à la lumière du passé. Une approche historique". *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*; 6(2): 115-28.

Dubois, B., Feldman, H., Jacova, C. et al. (2007). "Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria". *Lancet Neurol*; 6, pp. 734-746.

Dubois, B., Feldman, H., Jacova, C. et al. (2010). "Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon". *Lancet Neurol*, 9, pp. 1118-1127.

Erasmus de Róterdam (1511). *Elogio de la locura* (traducción de Pedro Voltes Bou). Biblioteca virtual Miguel de Cervantes. Disponible en: http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/elogio-de-la-locura--0/html/ff08f70e-82b1-11df-acc7-002185ce6064_2.htm#3

Fernández, A. M. (1989). *El campo grupal: notas para una genealogía*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires.: Altamira.

Foucault, M. ([1953] 2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. (XX edición en español). México: Siglo XXI.

Fuller, S. (1907). "A study of the neurofibrils in dementia paralytica, dementia senilis, chronic alcoholism, cerebral lues and microcephalic idiocy". *American Journal of Insanity*. LXIII (4), pp. 415-468.

Galende, E. (2017). Editorial. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 4 (4), pp. 8-16.

Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

García-Albea, E. (1999). "La neurología en los papiros médicos faraónicos". *Neurología*, 28(4), pp. 430-433.

Goedert, M. (2009). "Oskar Fischer and the study of dementia". *Brain*, 132, pp. 1102-1111.

Goffman, E. (1961/2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Guattari, F. y Rolnik, S. (2006). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de sueños.

Higgs, P. & Gilleard, Ch. (2017). "Ageing, dementia and the social mind: past, present and future perspectives". *Sociology of Health & Illness*, 39 (2), pp. 175-181.

Horwitz, A. (2011). "Creating an Age of Depression: The Social Construction and Consequences of the Major Depression Diagnosis". *Society and Mental Health* 1(1), pp. 41-54.

Insel, T. (2013). "Director's Blog: Transforming Diagnosis". Publicación editorial realizada en el blog del NIMH, el 23 de abril de 2013.

Insel, T., & Quirion, R. (2005). "Psychiatry as a Clinical Neuroscience Discipline". *JAMA*, 294(17), pp. 2221-2224.

Ioannidis, JPA (2005). "Why most published research findings are false". *PLoS Med*, 2(8), pp. 696-701.

Ioannidis, JPA. (2016). "Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett". *Journal of Clinical Epidemiology*, 73, pp. 82-6. doi: 10.1016/j.jclinepi.2016.02.012

Kaplan, K. & Solms, M. (2005). *Estudios Clínicos en Neuropsicoanálisis. Introducción a la neuropsicología profunda*. (1ra. Edición en castellano. D. Jaramillo Traduc.). Bogotá: Fondo de Cultura Económica.

Kapur, S., Phillips, A.G., & Insel, TR. (2012). "Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it?". *Mol Psychiatry*. 17(12), pp. 1174-9.

Kawa, Sh., & Giordano, J. (2012). "A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice". *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 7(2), pp. 1-9.

Kitwood, T. (1990). "The Dialectics of Dementia: With Particular Reference to Alzheimer's Disease". *Ageing and Society*, 10, pp 177-196.

Kitwood, T. (1993). "Towards a Theory of Dementia Care: The Interpersonal Process". *Ageing and Society*. 13(01), pp. 51-67.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press.

Kuljis, R. (2009). "Toward a multi-dimensional formulation of the pathogenesis and pathophysiology of the Alzheimer dementia-like syndrome applicable to a variety of degenerative disorders and normal cognition". *Medical Hypotheses* 73(3), pp. 315-8.

Kurz, A., & Lautenschlager, N. (2010). "The concept of dementia: retain, reframe, rename or replace?". *International Psychogeriatrics*, 22 (1), pp. 37-42.

Lishman, E., Cheston, R. & Smithson, J. (2014). "The paradox of dementia: Changes in assimilation after receiving a diagnosis of dementia". *Dementia*, 13(3), pp. 289-305. doi: 10.1177/1471301213497080

López-Álvarez, J. y Agüera-Ortiz, L. (2015). "Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría". *Psicogeriatría*; 5(1), pp. 3-14.

Martínez, L.M., Martínez, P., y Moya, M. A. (2001). "Historia de las demencias degenerativas y de la enfermedad de Alzheimer". En: Fernández Ballesteros, R., y Díez Nicolás, J. (Coord.). *Libro Blanco Sobre la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Afines. Volumen I* (pp. 35-57). Madrid: Caja de Madrid.

Martorell-Poveda, M. A. (2009). "Los recuerdos del corazón. Vivencias, prácticas y representaciones sociales de cuidadores familiares de personas con Alzheimer" (Tesis de doctorado). Universidad Rovira I Virgili, Tarragona. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8432/MARTORELL.pdf?sequence>

Martorell-Poveda, M., Paz, C., Montes-Muñoz, M., Jiménez-Herrera, M. F. et. al. (2010). "Alzheimer: sentidos, significados y cuidados desde una perspectiva transcultural". *Index Enferm* 19(2-3), pp. 106-110.

Mayes, R. & Horwitz, A. (2005). "DSM-III and the revolution in the classification of mental illness". *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), pp. 249-267.

McKhann, G.; Drachman, D.; Folstein, M. et. al. (1984). "Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease". *Neurology*; 34, pp. 939-44.

Méndez, A. (2015.). "Estudio de la activación funcional durante la tarea de Wisconsin en adultos mayores y su posible uso en estudios longitudinales de la enfermedad de Alzheimer". Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/5117>

Mendoza Pizarro, J. (2015). "Demencias y enfermedad de Alzheimer: revisión histórica y transcultural". En: VI Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. Conectando la ciencia con la sabiduría de nuestros viejos pueblos. (pp. 83-94). La Paz, Boli-

via. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/391977675/VI-Congreso-Iberoamericano-Psicogerontologia-2015>

Novoa, A. J., Gervas, J., y Ponte, C. (2014). "Salvuardas, deriva institucional e industrias farmacéuticas". *Actualización en Medicina de Familia*, 10 (7), pp. 373-382.

Organización Mundial de la Salud – OMS (2020). Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración. Reseña normativa del 24 de julio de 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1290624/retrieve>

Organización Mundial de la Salud – OMS (2013). Demencia: Una prioridad de salud pública. United Kingdom: OMS.

Pérez, R., Acosta, L., y Valdez, C. (2016). "La construcción de una herramienta promoción de salud mental para familiares". *Revista de ALMA*. Vol. VII. Disponible en: <https://www.alma-alzheimer.org.ar/es/alzheimer-y-demencia/articulos-cientificos/la-construccion-de-una-herramienta-promoci%C3%B3n-de-salud-mental-para-familiares-el-taller-de-apoyo-psicoafectivo>

Pérez, R., Acosta, L., y Valdez, C. (2015). "El Taller de promoción de salud mental para familiares-cuidadoras de personas con demencia". En: Berrutti, L., y Cabo, M. *Apuntes para la acción IV. Sistematización de experiencias de extensión universitaria*. (pp: 63-80). Montevideo: Universidad de la República. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/296198396_EL_Taller_de_promocion_de_salud_mental_para_familiares_-_cuidadoras_de_personas_con_demencia

Pérez Trullen, J. M. (2007). "La descripción de los ovillos neurofibrilares en la enfermedad de Alzheimer". *Revista Española de Patología*, 40 (1), pp. 60-65.

Pichón Rivière, E. (1985). *El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Bs. As.: Nueva Visión.

Pinner, G. & Bouman, W. P. (2003). "What should we tell people about dementia?". *Advances in Psychiatric Treatment*, 9 (5), pp. 335-341.

Rikkert, M., Rigaud, A., Van Hoeyweghen, R. & De Graaf, J. (2003). "Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics?". *Neth J Med*, 61(3), pp. 83-87.

Robinson, L., Gemski, A., Abley, C., Bond, J., Keady, J., Campbell, S. et. al., (2011). "The transition to dementia – individual and family experiences of receiving a diagnosis: a review". *International Psychogeriatrics*, 23 (07), pp. 1026–1043.

Robles, M., Cucurella, E., Formiga, F., Fort, I. et. al (2011). "La información del diagnóstico en la demencia". *Revista Española Geriatría y Gerontología*: 46 (3), pp. 163–169.

Rojo, A (2006). "El concepto "disociación" en el fin-desiècle: P. Janet y S. Freud". Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/7439/>

Rose, N. (2009). "Normality and pathology in a biomedical age". *The Sociological Review*, 57, pp. 66-83.

Rose, N. (2016). "Neuroscience and the future for mental health? Epidemiology and Psychiatric". *Sciences*, 25 (2), pp. 95-100.

Sabat, S. (1994). "Excess disability and malignant social psychology: A case study of Alzheimer's disease". *Journal of community & applied social psychology*, 4(3), pp. 157-166, doi: 10.1002/casp.2450040303

Sabat, S. (2006). "Mind, meaning and personhood in dementia: The effect of positioning". In: Hughes, J., Louw, S. and Sabat, S. (editors). *Dementia: Mind, meaning and the person*. (pp. 287-302). New York: Oxford University Press.

Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Bs. As.: Paidós.

Snowdon, D. (2003). "Healthy Aging and Dementia: Findings from the Nun Study". *Ann Intern Med*, 139, pp. 450-454.

Stolkiner, A. (2015). "Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano". En: Llambías, J. (editor). *La enfermedad de los sistemas de salud. Miradas críticas y alternativas*. Santiago de Chile: RIL. Disponible en: http://sistemas.ms.gba.gov.ar/moodle/pluginfile.php/126173/mod_resource/content/2/Capitulo%20Alicia%20Stolkiner%20con%20referencia%20bibl.pdf

Stolkiner, A. (2013) Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacion_de_la_vida___sufrimiento_subjetiv_2014.pdf

Velayudhan, L., Aarsland, D. y Ballard, C. (2020). "Salud mental de las personas que viven con demencia en hogares de ancianos durante la pandemia de COVID-19". *Psicogeriatría internacional*, 32(10), pp. 1253-1254. doi: 10.1017 / S1041610220001088

Vidal, F. (2009). "Brainhood, anthropological figure of modernity". *History of the Human Sciences*, 22 (1), pp. 5-36.

Williams, S., Higgs, P., & Katz, S. (2012). "Neuroculture, active ageing and the 'older brain': problems, promises and prospects". *Sociology of Health & Illness*, 34 (1), pp. 64-78.

Wood, L., Winslow, A., & Strasser, S. (2015). "Systems biology of neurodegenerative diseases". *Integr. Biol.*, 7; pp. 758-775.

Notas

1. Si bien es posible caracterizar la etiología de algunos tipos de demencia –como las vasculares–, esto ha dado lugar a discusiones en el abordaje desde una lógica de síndrome donde la multifactorialidad y el incremento de comorbilidades asociado a la edad, dificultan la identificación patológica precisa, dando preponderancia a una presentación clínica común que clasifica y pauta las acciones clínicas (Rikkert, Rigaud, Van Hoeyweghen & De Graaf, 2003).

2. Se salda así provisoriamente, este capítulo del debate histórico dado en las comunidades médico-científicas, que hunde sus raíces en la profesionalización e institucionalización de la medicina a lo largo del siglo XIX.

3. Vinculado a procesos de desarrollo del capital financiero y de reforma en el sector salud (Stolkiner, 2013 y 2015).



Más allá de la puerta giratoria. Procesos des/institucionalizadores, tensiones y acuerdos desde la guardia de salud mental de un hospital monovalente

VALERO, Ana Silvia

Antropóloga, Docente en UBA y en UNLP.
Investigadora integrante del Grupo de Estudios
sobre Salud Mental y Derechos Humanos –
GESMyDH (IIGG, Facultad de Ciencias Sociales,
UBA) y del Laboratorio de Investigaciones en
Etnografía Aplicada – LINEA (Facultad de Ciencias
Naturales y Museo, UNLP – CIC, PBA).

anasilviavalero@gmail.com

Resumen

Este artículo se inscribe dentro de una problematización de los procesos transformadores en el campo de la salud mental en Argentina, en un marco de tensión entre las políticas públicas, las prácticas y la implementación de la Ley 26.657. Desde un enfoque sustentado en las ciencias sociales, analizo las tensiones, disputas y acuerdos desarrollados en los procesos des/institucionalizadores en una guardia de salud mental de un hospital monovalente. En este sentido, indago particularmente las perspectivas disciplinares de las/os profesionales pertenecientes al sistema de residencias, que se desempeñan en los equipos de guardia de salud mental de un hospital monovalente de la Provincia de Buenos Aires, con especial referencia a la interdisciplina y los circuitos institucionales en torno a la internación.

Con base en una aproximación etnográfica, este trabajo combina observación participante con entrevistas semiestructuradas, a un conjunto de 6 residentes integrantes de equipos de guardia de salud mental de un hospital monovalente de la Provincia de Buenos Aires (2015-2016).

Los discursos analizados de los residentes de guardia de salud mental de un hospital monovalente configuran una matriz de articulaciones y paradojas entre políticas públicas, saberes y prácticas profesionales, que limitan la ampliación y consolidación del proceso des/institucionalizador.

Palabras claves: salud mental – guardia – des/institucionalización – interdisciplina – circuitos institucionales.

Beyond the revolving door. De/institutionalizing processes, tensions and agreements from the mental health guard of a monovalent hospital

Abstract

This article is part of a problematization of the transformative processes in the field of mental health in Argentina, in a framework of tension between public policies, practices and the implementation of Law 26,657. From an approach based on the social sciences, I analyze the tensions, disputes and agreements developed in the de/institutionalizing processes in a mental health ward of a monovalent hospital. In this sense, I particularly investigate the disciplinary perspectives of the professionals belonging to the residence system, who work in the mental health guard teams of a monovalent hospital in the Province of Buenos Aires, with special reference to interdisciplinary

and circuits. institutions around hospitalization. Based on an ethnographic approach, this work combines participant observation with semi-structured interviews with a group of 6 residents who are members of mental health guard teams of a monovalent hospital in the Province of Buenos Aires (2015-2016).

The analyzed speeches of the mental health duty residents of a monovalent hospital configure a matrix of articulations and paradoxes between public policies, knowledge and professional practices that limit the expansion and consolidation of the de/institutionalizing process.

Key words: mental health – guard – de/institutionalization – interdisciplinary – institutional circuits.

Introducción

El tema de este artículo se inscribe dentro de una problematización de los procesos transformadores en el campo de la salud mental en Argentina, en un marco de tensión entre las políticas públicas, las prácticas y la implementación de la Ley 26.657¹.

Este trabajo² tiene por finalidad analizar las perspectivas de las/os profesionales que se desempeñan como residentes en el ámbito de los equipos de guardia de salud mental, de un hospital monovalente de la provincia de

Buenos Aires, con respecto a los sentidos asociados a la interdisciplina y los circuitos institucionales, en torno a la internación de personas con padecimientos psíquicos.

Las transformaciones normativas introducidas, especialmente a partir de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657) y del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (Ley 26.994), constituyeron una bisagra en un escenario de disputa paradigmática entre modelos de atención. Por un lado, un modelo manicomial-asilar, en favor de la atención centrada en el hospital psiquiátrico y en la internación como dispositivo y práctica centrales respectivamente, y por otro, un modelo de salud mental comunitaria que reconduce los procesos terapéuticos hacia dispositivos de atención alternativos basados en la comunidad y el respeto de los derechos de las personas con padecimientos psíquicos.

En línea con un modelo de salud mental comunitaria, y sobre la base de las transformaciones normativas enunciadas, el cambio de encuadre con referencia a la interdisciplina y la internación constituyen dos pilares fundantes e instituyentes del modelo comunitario, en confrontación con el modelo manicomial-asilar. Transcurridos doce años de su inicio, el proceso de transformación iniciado continúa desafiando la formulación de las políticas públicas, como así también los saberes y prácticas del campo de la salud mental. En el caso de la interdisciplina, la introducción de un equipo interdisciplinario

como componente decisorio con relevancia terapéutica³, implicó una revisión y puesta en crisis de las relaciones de poder construidas tanto al interior de las instituciones como entre las disciplinas involucradas en el proceso de atención⁴. En paralelo, la reconceptualización de la internación como recurso restrictivo, reconducida al contexto del hospital general, y considerada dentro de un repertorio más amplio de dispositivos alternativos de base comunitaria⁵, ubicó en una coyuntura crítica la persistencia y reproducción de circuitos que sostienen la internación en el hospital psiquiátrico monovalente. Sobre la base de este recorrido, este artículo se enfoca en el análisis de las tensiones, disputas y consonancias que se producen en el punto de cruce de dos planos entre, por un lado, las perspectivas y trayectorias formativas diversas de las/os residentes que componen los equipos de guardia y, por otro, entre los discursos y el marco normativo vigente. En esta línea, la argumentación a desarrollar procurará reflexionar acerca de las relaciones entre los procesos de producción y reformulación de sentidos de un conjunto de profesionales con respecto a sus prácticas, y su ensamblaje con la transformación de los modelos de abordaje en salud mental a mayor escala.

Un paso ineludible en el recorrido propuesto es la revisión y el cuestionamiento de la composición de los equipos, la construcción de roles y jerarquías al interior de la guardia de salud mental, con atención especial al

ámbito de las residencias. Partiendo de que la complejidad de la problemática considerada no se agota en las transformaciones de orden normativo, las prácticas profesionales que conducen los procesos de atención en las guardias de salud mental de hospitales monovalentes deben ubicarse, dentro del entramado de jerarquías y roles disciplinares configurados, en un campo en tensión y conquistas históricas articuladas con el repertorio de valores, saberes y prácticas construidas en el entorno institucional.

A partir de los distintos aspectos enunciados, la confrontación paradigmática, el plexo normativo vigente y las transformaciones conceptuales y ético-políticas, postulo que la guardia de salud mental de un hospital monovalente constituye un nodo clave para la problematización de los procesos en consideración.

En referencia al encuadre metodológico, este trabajo se funda en una aproximación etnográfica cualitativa con base en el análisis de una serie de instancias de observación participante y 6 entrevistas semiestructuradas a residentes de las tres disciplinas (psicología, trabajo social y medicina en la especialización en psiquiatría) y un ex residente, integrantes de diversos equipos de guardia de salud mental de un hospital monovalente de la Provincia de Buenos Aires. Las entrevistas, realizadas en el transcurso de 2015-2016⁶, fueron grabadas, transcritas y acompañadas por toma de notas. De manera

complementaria a las entrevistas, se desarrollaron diversas instancias de observación participante, realizadas dentro del ámbito del área pública de pasillos y en espacios reservados del ámbito de la Guardia. En todas las oportunidades este trabajo fue conducido bajo un encuadre ético que implicó la construcción de acuerdos de consentimiento informado para el resguardo de los datos personales, tanto de las/os profesionales participantes, como de terceras personas que pudieran ser referenciadas en el marco de las entrevistas.

El texto se organiza en torno a tres apartados que abordan una caracterización breve del marco normativo vigente, perspectivas y aportes conceptuales desde las ciencias sociales, en referencia a los procesos de reforma en salud mental, con especial atención al concepto de des/institucionalización, y por último, una caracterización de los procesos de formación profesional en salud mental en el marco del sistema de residencias. Tomando como base estos aportes, el trabajo se enfoca luego en la presentación, análisis y discusión de los resultados que culminan en las reflexiones finales.

El camino argumentativo que aquí propongo se sustenta en que los saberes y discursos de las/os residentes de salud mental pertenecientes a instituciones en transformación como los hospitales monovalentes, constituyen un componente ineludible para conocer los desplazamientos de sentido, las contradicciones y las posibles

tensiones susceptibles de orientar, ampliar y profundizar los procesos des/institucionalizadores en el campo de la salud mental.

Plexo normativo en salud mental y su implementación pendiente

La incorporación en 2010 de la Ley 26.657 implicó una profunda ruptura, epistémica, conceptual y ético política, en las formas de concebir a los sujetos, los padecimientos y las estrategias de atención en salud mental. Estos cambios fueron ampliados y consolidados por la reforma en octubre de 2014 del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, en particular en sus artículos 31 a 61. La ruptura mencionada implicó la sustitución de un enfoque tutelar centrado en la internación, el manicomio y los psicofármacos como única respuesta, en favor de un abordaje en salud mental centrado, como piso de toda discusión, en un enfoque comunitario y en la noción de la persona con padecimiento psíquico como sujeto de derecho. Así, además de implicar cambios de orden epistemológico y conceptual, la ley inauguró una transformación ético-política capaz de proyectar sus efectos en la esfera práctica, para la reformulación de los circuitos terapéuticos y los dispositivos de base comunitaria.

Desde el articulado de la Ley 26.657, sobre una base de igualdad de condiciones de las disciplinas al interior del equipo interdisciplinario de salud mental para el

ejercicio de cargos (art. 13, LNSM), se establece su exclusiva incumbencia para la definición de las modalidades de abordaje (arts. 8 y 9, LNSM), incluida la definición del criterio terapéutico en el caso de la internación, entendida como recurso restrictivo (arts. 14 y 15, LNSM). Al ubicar las decisiones terapéuticas como resultado del trabajo interdisciplinario y generar los organismos de control, garantía y asesoramiento para el cumplimiento de la Ley 26.657⁷, se consolida una perspectiva atenta a concebir la salud mental, no ya como un fenómeno exclusivamente biomédico, sino como un proceso en el que se entrelazan componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos (art. 3, LNSM). A partir de esta concepción se establece una relación que promueve la concreción de derechos humanos y sociales de toda persona, como condición para la preservación y mejoramiento de la salud mental.

Aunque no sin dificultades, las experiencias transformadoras en curso en el país presentan recorridos múltiples que, basadas en el modelo de salud mental comunitaria y en consonancia con el bloque normativo en vigencia⁸, confluyen en una matriz histórica propia. Junto con estos avances, aún resta un largo camino en construcción de políticas públicas que posibiliten la consolidación de los procesos transformadores de la atención en salud mental.

Por otra parte, sobre la base de su comprensión como proceso sociohistórico complejo, el período posterior a la promulgación de la LNSM debe analizarse, siguiendo la premisa de Faraone y Barcala (2021), atendiendo a la distinción de gestiones de gubernamentales y a las políticas públicas diferencialmente impulsadas para la implementación de la normativa en cada momento.

Procesos des/institucionalizadores: interdisciplina y circuitos institucionales

El campo de la salud mental se configura como campo complejo, foco de interés y producción creciente desde las ciencias sociales, a partir de su reconocimiento como espacio en tensión y contradicción conformado por instituciones, tecnologías, dispositivos, saberes y prácticas, encarnadas por actores sociales con perspectivas históricamente diferenciadas con respecto a los padecimientos psíquicos (Bianchi, 2019). Los avances en este campo han dado curso a múltiples líneas de investigación desde las ciencias sociales orientadas a la problematización de los procesos de atención y cuidado en salud mental, entre las cuales se destacan: los procesos de estigmatización, las perspectivas enfocadas en el control social, los procesos de medicalización de la vida y los procesos de reforma. La enunciación de estas líneas de investigación, que no pretende ser exhaustiva, remite a la relevancia central de las perspectivas de las personas con padecimiento

psíquico y a las perspectivas de los profesionales responsables de los procesos de atención, como un umbral de base necesario y transversal a toda discusión en materia de ciencias sociales y salud mental.

Un estudio realizado en pequeños centros de salud mental de Estados Unidos, y desde un análisis micropolítico institucional, sostuvo que las prácticas profesionales desarrolladas en el contexto de las urgencias en las guardias de salud mental se constituían en base a intereses múltiples ligados al entramado institucional. Se planteó entonces que tales intereses, como el gesto de emptying beds (vacando camas)⁹, podían contraponerse y tensionar los fundamentos terapéuticos de las decisiones profesionales, constituyendo también un límite a toda perspectiva interdisciplinar (Rhodes, 1993).

Los diversos conceptos, como la antipsiquiatría, la despsiquiatrización, la desmanicomialización y desinstitucionalización cada uno de ellos con una historicidad y alcances específicos, se revelan insuficientes para dar cuenta de los procesos transformadores en salud mental en su complejidad. En particular, el concepto de desinstitucionalización resulta problemático porque remite a un doble significado de sentidos contrapuestos en sus principios fundantes, incluyendo aproximaciones orientadas a la construcción de estrategias de atención sustitutivas al paradigma manicomial, como también deshospitalizadoras, y alineadas con instancias de reducción de costos

(Rotelli, De Leonardis y Mauri, 1987). Siguiendo esta línea, este trabajo asume una perspectiva reformadora, en oposición a una acepción económica entendida como mera disminución de camas. Profundizando en este punto, retomo la definición de des/institucionalización propuesta por Faraone (2015) como noción que remite a la tensión permanente que enlaza los procesos de institucionalización y desinstitucionalización, y conduce a profundizar en la complejidad y la multirreferencialidad del mandato disciplinador de la instancia manicomial en todas sus dimensiones. Por esta vía, el alcance del concepto se extiende más allá del desmantelamiento del dispositivo existente dentro de los muros y problematiza las dimensiones del control social, tanto en sus formas más duras hacia el interior de los dispositivos, como sus expresiones en sus formas más blandas y extramuros. En consecuencia, este concepto constituye una salvaguarda epistemológica que profundiza el alcance de la expresión sin barra, para enfocarse en las lógicas de producción de relaciones sociales que atraviesan los procesos de cuidado y atención en salud mental.

Procesos formativos en las residencias de salud mental

El sistema de residencias de salud mental en Argentina constituye una instancia formativa fundamental para la capacitación en servicio de las/os profesionales en este

campo, luego del tránsito por carreras de grado académico. En el país, la formación en el marco de residencias en el campo de la salud mental se inicia con la creación en 1984 de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM), por Vicente Galli, en ese entonces Director Nacional de Salud Mental. En esta iniciativa la interdisciplina constituyó la columna vertebral de la propuesta formativa, en contraste con los enfoques hasta ese entonces vigentes bajo el dominio disciplinar médico psiquiátrico (Faraone, 2015; Faraone y Barcala, 2021). El diseño e implementación de un sistema de formación de postgrado destinado a profesionales de las disciplinas de Medicina, Enfermería, Terapia Ocupacional, Psicología, Trabajo Social y Musicoterapia, con inserción en centros de salud y hospitales generales, constituyó un aporte sustantivo que permitió conjugar por primera vez en el país, el campo de la salud mental con la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud.

En años posteriores, luego de esta instancia inaugural, las propuestas formativas de las residencias de salud mental se diversifican de acuerdo a enfoques epistémicos, conceptuales, alcances jurisdiccionales, y su ejecución en marcos institucionales específicos, resultando en múltiples coordenadas orientadoras de saberes, prácticas y subjetividades de las/os profesionales, en su paso por la residencia de salud mental. En la Provincia de Buenos Aires, la formación de las/os residentes de salud

mental se inscribe dentro del sistema de Residencias para Profesionales de Salud, dependiente de la Dirección Provincial de Capacitación para la Salud del Ministerio de Salud provincial¹⁰; ámbito desde el cual se establece la propuesta curricular.

En el contexto previo a la sanción de la Ley 26.657, algunos estudios se enfocaron en la problematización de los procesos formativos en salud mental en Argentina en diversas jurisdicciones, considerando especialmente el papel de las residencias en tanto sistema de capacitación en servicio, remunerado y con dedicación a tiempo completo. El estudio de Torricelli y Leibovich de Duarte (2005), focalizado en el área metropolitana de Buenos Aires, señaló que las representaciones profesionales de los residentes de Psiquiatría y de Psicología Clínica daban más cuenta de un proceso formativo de configuración disciplinar que de una instancia de asistencia. En el mismo sentido, este estudio identificó escasas referencias al hospital público, al trabajo en equipo y al abordaje interdisciplinario.

En otro trabajo previo a la introducción del cambio normativo, orientado al análisis de los procesos de formación profesional en un hospital monovalente de la Provincia de Buenos Aires, destacábamos que las lógicas institucionales propias de los hospitales monovalentes y el ensamble estrecho del poder judicial al interior del campo de la salud mental, contribuían a reforzar de

una jerarquía disciplinar que tenía por efecto blindar la hegemonía del saber médico psiquiátrico, subsumiendo otros campos disciplinares como el trabajo social y la psicología (Valero, 2006). Junto con ello, propusimos que no era posible analizar tales procesos formativos en salud mental por fuera de la violencia institucional, las jerarquías, las contradicciones y los imperativos propios de la lógica manicomial que atraviesa estas instituciones (Valero, 2006).

Paralelamente, la incorporación de la interdisciplinariedad como principio de organización de los equipos de salud, a partir del cambio en el marco normativo y como fuera anteriormente expuesto, impulsó una redistribución de las relaciones de poder entre las disciplinas con ineludibles consecuencias epistemológicas, conceptuales y prácticas, no exentas de nuevas tensiones y disputas. Recuperando la definición que la asume como intercambios disciplinarios que producen enriquecimientos recíprocos y transformación entre disciplinas sobre la base de la reciprocidad entre ellas (Elichiry, 1987), su incorporación al campo de la salud mental en Argentina subvirtió relaciones disciplinares desiguales, jerarquizadas y construidas en base a la psiquiatría como saber dominante.

Ya promulgada la LNSM, Benítez, Chemez y Rodríguez (2015), en referencia específica al trabajo social y a las limitaciones encontradas para el ejercicio

profesional en el campo de la salud mental, señalaron el predominio de una concepción causal lineal de las problemáticas, estrategias de abordaje basadas en la fragmentación de saberes y la intervención del profesional médico como primera disciplina que define la situación y el abordaje terapéutico.

El estudio más reciente realizado por Torricelli y Faraone (2019) acerca de la formación de profesionales del campo de la salud mental, vinculado a las infancias en el ámbito de hospitales públicos especializados en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, avanzó en una caracterización de las perspectivas de los diversos actores diferenciados según roles y jerarquías al interior de las residencias de salud mental dependientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires¹¹. Las autoras señalan que, más allá de la especificidad de cada una de las profesiones en juego y de los rasgos de cada efector en particular, el ejercicio de la práctica profesional en el marco de estas residencias se centra en lo asistencial, lo hospitalocéntrico y particularmente en las intervenciones individuales (Torricelli y Faraone, 2019). Otro estudio desarrollado en establecimientos de salud mental públicos y privados de CABA, destacó como obstáculos fundamentales a la interdisciplina en los servicios de salud mental: concepciones que refuerzan la subalternidad disciplinar, la sectorización, jerarquía administrativa y asimetría decisional entre las/os profesionales que conforman

los equipos, la ambigüedad en el reconocimiento de las prácticas interdisciplinarias por parte de las/os mismas/os profesionales de salud y, por último, la disparidad entre teoría y práctica en servicio (De Lellis y Fotia, 2019).

De la puerta giratoria y de otros itinerarios posibles

Para el año 2019, el Informe Anual de la Comisión Provincial por la Memoria estableció que la atención de los padecimientos de salud mental en la Provincia de Buenos Aires se realizaba casi exclusivamente en dispositivos monovalentes, especializados en discapacidad y Centros de Prevención de las Adicciones (CPA)¹². El informe señaló que todas las instituciones monovalentes presentaban prácticas y discursos manicomializantes, y que la forma de atención era fragmentada y desarticulada con respecto a la comunidad (CPM, 2019). Según los datos relevados para 2018, dado que la provincia disponía de escasos dispositivos sustitutivos para la atención de la salud mental en el territorio, de un total de 2064 internaciones en los monovalentes provinciales, dos tercios correspondieron a reinternaciones (CPM, 2019)¹³. El informe mencionado además señaló que el circuito de internación-externación-reinternación producía una profundización de las desigualdades, sustentada en la introducción de un recorte en el conjunto social que transitaba ese itinerario mediante el ingreso selectivo a

la internación de aquellas personas carecientes de redes de contención familiar y/o comunitaria, con situación de vulnerabilidad económica y social (CPM, 2019).

En la Provincia de Buenos Aires, a pesar de las sustantivas transformaciones en desarrollo ya referenciadas, la transición entre el modelo manicomial y el modelo de salud mental comunitaria está dada por la coexistencia entre servicios en la comunidad insuficientes para las necesidades de atención y cuidado extramurales en salud mental, y la presencia aún dominante de estructuras de internamiento, produciéndose el “efecto hidráulico” o “de circuito” descrito en los años 70’ por Bachrach (1976) y Feeley (1978). Este efecto se produce como resultado de la reducción de las estadías, en combinación con el aumento de altas y de recaídas. De modo convergente con otras experiencias de reforma transitadas en el mundo y en diversos momentos históricos, el circuito descrito tiene también como resultado una dinámica de “puerta giratoria” o revolving door, dada por sucesivas externaciones y reinternaciones. En particular, entre los años 2015 y 2016, período que tomamos como foco de este trabajo, las políticas públicas nacionales y de la provincia de Buenos Aires en salud mental se caracterizaron por el neto retroceso en materia de la transformación de la atención, tanto al interior de los dispositivos monovalentes como mediante la promoción e instancias de formación, constitución de equipos interdisciplinarios,

implementación de programas de inclusión social o creación de dispositivos sustitutos. A este período iban a sucederle en 2017 el intento de modificación por Decreto del Reglamento de la LNSM¹⁴, y en 2018 la desjerarquización del Ministerio de Salud de la Nación a Secretaría al interior del Ministerio Salud y Desarrollo Social¹⁵.

Junto con el cambio de gobierno provincial producido en 2019 se inicia un giro en la política provincial de salud mental, expresado en la presentación en diciembre de 2020 de un Plan de Adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos bonaerenses¹⁶, con el fin de avanzar en las transformaciones establecidas por la Ley 26.657. El Plan Provincial Integral de Salud Mental (2022-2027) se propone ampliar los alcances que concreticen la transformación de los procesos de atención hacia un modelo de atención centrado en la comunidad, que permita desmontar los circuitos institucionales aún vigentes y propios del paradigma manicomial-asilar.

En esta línea, y en el marco de una transición entre modelos de atención, es posible pensar la guardia de salud mental como puerta de entrada hacia dinámicas hospitalocéntricas. En la coyuntura descrita, a pesar de los avances impulsados, en contraposición con el marco normativo vigente, la guardia de salud mental puede constituir un escenario que no aloja y deshospitaliza por medio del rechazo a la atención y cuidado, con el argumento de “no es para acá”, sin ofrecer un enlace dentro

de una red de dispositivos de salud (Faraone, Valero y Bianchi, 2015). Del mismo modo, la guardia puede ser un dispositivo convergente con circuitos de transinstitucionalización hacia otras instituciones de encierro y que perpetúan el modelo asilar, en una cadena que expulsa las problemáticas de salud mental en un ida y vuelta desde y hacia otros dispositivos (Rosé, 1979 citado en Rotelli, De Leonardis y Mauri, 1987; Costa, Verón, Mattioni y Parodi, 2019). Por último, la guardia de salud mental puede constituirse en un espacio que consolide la reconfiguración de los circuitos institucionales en clave des/institucionalizadora, orientada por un enfoque en salud mental comunitaria. Simultáneamente, y de modo transversal a las opciones consideradas, la guardia de salud mental constituye un escenario de debate moral donde las prácticas y saberes disciplinares se tensan y dirimen, con respecto a los modelos en disputa para la atención en salud mental.

Las perspectivas de las/os residentes de salud mental de equipos de guardia de un hospital monovalente de la provincia de Buenos Aires, durante el período considerado para este trabajo (noviembre 2015 a marzo 2016), dan cuenta de un cambio sustantivo, no exento de contradicciones y tensiones, en los circuitos institucionales, así como en los lineamientos normativos, bases conceptuales y prácticas orientadoras de la atención de la salud mental. Desde la perspectiva de las/os residentes,

la reformulación de los circuitos institucionales de atención fundada en un criterio territorial definido por regiones sanitarias, es identificado como un emergente resultante del proceso de implementación de la Ley 26.657.

...y lo que hacemos ahora, por ejemplo, con la aplicación de la ley es eso respetar la región sanitaria. Por ahí si viene uno de, a veces entendemos que no es fácil conseguir, no sé, de xxxx¹⁷, porque hay tanta gente, aparte yo digo deben estar con el agua...y no consiguen fácil un turno como que recién ahora se están poniendo con el tema de la ley, de armar servicios, los tenemos que seguir un poco hasta que consiguen en su región. Y lo mismo con los demás hospitales que nos cuesta mucho. (Ex residente, médica psiquiatra a cargo de Guardia, 18/11/2015)

Sin embargo, si bien la LNSM introduce un criterio territorial que insta a que los procesos de atención y cuidado se realicen dentro del ámbito comunitario de pertenencia (art. 11, LNSM), la asociación directa entre los cambios introducidos y la LNSM, tal como la planteada en este caso, invisibiliza las múltiples mediaciones (incluidos los organismos estatales, institucionales, disciplinares y las instancias formativas) que operan a nivel de las políticas públicas en el proceso de la implementación

del cambio normativo. Consecuentemente, se producen desplazamientos valorativos que atribuyen a una deficiencia del mismo cuerpo normativo, la insuficiencia de las políticas públicas correspondientes al proceso de implementación.

En cuanto al plan de formación de las residencias de salud mental en la provincia de Buenos Aires, las distintas disciplinas comprendidas comparten actividades en común durante el primer y segundo año, pero a partir del tercer año los recorridos formativos se separan, reforzando la especificidad disciplinar. Este último punto, al excluir instancias formativas que profundicen en los abordajes interdisciplinarios y fomentar la fragmentación de los abordajes, se contrapone con lo establecido en el articulado de la Ley 26.657.

Desde el punto de vista de las/os residentes de la guardia de salud mental, el proceso de formación en las residencias, instaure durante los primeros años una mayor apertura al diálogo entre disciplinas.

En mi experiencia en los primeros años es fácil, con los residentes de psiquiatría de primero es fácil porque están abiertos a todo. Cuando van subiendo de año es más, se van, viste? Como poniendo más difícil la conversación, el diálogo que puedas intercambiar. Cuando están en primero o en segundo es genial, en la guardia, en la

internación. Ya después cuando te los encontrás, ya están, no, supongo que a nosotros nos pasa lo mismo. (Residente de Psicología, segundo año, 1/12/2015)

Más allá de la instancia de organización de la propuesta formativa de las residencias, tal como se expresa en los planes que las rigen, en su ejecución práctica e institucionalmente situada, se introducen reformulaciones micropolíticas cuyo análisis es necesario considerar. En esta línea, la diferenciación de roles y cargos institucionales entre quienes se desempeñan como jefes/as de guardia y las/os residentes se rige por relaciones jerárquicas, con diversas características, según el perfil singular de quien ocupe funciones de jefatura. Así, con una incidencia significativa en el proceso de atención, tales características confluyen en la definición de aspectos relativos a: la composición de los equipos, la orientación de las bases teóricas, disciplinares, institucionales y la modalidad de trabajo de cada equipo de guardia.

A mí me parece que cuando la decisión está pensada entre varios... no sé si la decisión pero la explicación está pensada desde varios lados, es más propicia para la persona, a priori. Me parece distinto que cuando la decisión la tomó el jefe de guardia en el consultorio, que por ahí

no la transmitió ahí. (Residente de Psicología, segundo año, 1/12/2015)

La mayoría igual son muy de escuchar a los residentes, porque de hecho somos nosotros los que vamos a la entrevista, los jefes muchas veces nos acompañan, sobre todo ya te digo casos conflictivos, ahí vienen y evalúan ellos también y dirigen la entrevista: pero sí, son muy de escuchar, por ahí discutir o de decir “bueno, ¿qué te parece si pasa esto?, nos piden nuestra opinión, qué nos pareció. (Residente de Psiquiatría, segundo año, 23-2-2016)

Adoptar un ángulo de mirada que atienda a los recorridos y circuitos institucionales transitados por las personas con padecimiento psíquico, a partir de la perspectiva de las/os residentes, posibilita valorar la incidencia de los procesos des/institucionalizadores, a la vez que permite ponderar la relevancia de las intervenciones desplegadas desde las guardias de los hospitales monovalentes. Este último aspecto se expresa en la segmentación del tiempo y en la significación de su uso en la rutina cotidiana de la guardia.

Es muy movido o sea la guardia es como muy particular, por ahí, yo siempre digo, por ahí llegás

a la guardia y mirás el reloj y son las cinco de la tarde y no sabés qué pasó, o sea, en el medio, que estuviste con un ritmo. Ah, algunas guardias son re tranqui, pero de mucho vértigo, y de todo el tiempo intentar no entrar uno en urgencia, no. El que está en urgencia es el paciente, total nosotros tenemos tiempo, para tomar decisiones, para pensar, para charlar. Debemos tomarnos tiempo. Muchas veces no lo tomamos y entramos en urgencia con la situación. (Residente de Psicología, segundo año, 1/12/2015)

El uso del tiempo, entonces, se presenta como condición de posibilidad para la construcción interdisciplinar, en tanto constituye una base para el diálogo y discusión de perspectivas al interior del equipo de guardia. A la vez, la forma de desenvolverse del equipo de guardia entreteje y tensiona las prácticas de las diversas disciplinas intervinientes. La instancia de realización de entrevistas iniciales a personas que consultan en guardia, conforma, además, un espacio de tensión y negociación entre prácticas profesionales y representaciones disciplinares recíprocas que modela el *ethos* de adscripción disciplinar como así también la subjetividad de las/os profesionales en formación.

Ahora lo que hacemos es vamos todos los

residentes de las distintas disciplinas y entrevistamos. A veces para hacerlo un poco más llevadero, lo que yo he implementado es que empiecen a entrevistar los residentes de psiquiatría, un poco lo que siempre a mí me ha retornado en los años de guardia es que hago entrevistas muy largas. Entonces, lo he solucionado con pregunten ustedes, que son un poco más esquemáticos o buscan cuestiones más sintomáticas, necesitan determinados datos para tomar una decisión, y nosotros necesitamos un poco más de tiempo, de preguntar un poco más. [...] pero a la primera entrevista por lo general vamos todas las disciplinas. (Residente de Psicología, segundo año, 1/12/2015)

Desde esta perspectiva, la guardia de salud mental emerge como hito dilemático de los circuitos institucionales que transitan las personas con padecimientos de salud mental ante el hospital monovalente. Sobre esta base, se habilita una reflexión sobre su papel en los procesos des/institucionalizadores, en función de su inserción en el sistema más amplio de atención y cuidado de la salud mental.

Reflexiones finales

El análisis de las transformaciones hacia un modelo de atención en salud mental comunitario consustanciado

con el plexo normativo vigente, y en un campo tan complejo como el de la salud mental, puede enriquecerse a partir del aporte de investigaciones capaces de dar cuenta de las continuidades y cambios, a nivel micropolítico, como de su articulación con escalas mayores. En esta oportunidad, una indagación enfocada en los discursos de las/os residentes de salud mental en torno a sus prácticas profesionales de la guardia de un hospital monovalente condujo a identificar una matriz de acuerdos, tensiones y disputas disciplinares que muestran avances, pero también obstáculos para la implementación de la Ley 26.657.

Los resultados presentados aportan fundamentos y permiten abonar que las prácticas y discursos del conjunto de residentes de salud mental desarrollados en el contexto de la guardia se ubican en una posición crítica y paradójica, dada por un juego de ida y vuelta entre instancias formativas y procesos transformadores. Tal carácter paradójico reposa particularmente en que la guardia de salud mental resulta un dispositivo ambivalente, en tanto, a partir del refuerzo de dinámicas hospitalocéntricas, puede oponerse a procesos des/institucionalizadores pero también afianzarlos, constituyéndose en escenario estratégico para las transformaciones postuladas en el marco normativo.

En ese camino fue posible reconocer la conformación de instancias de transformación de prácticas

profesionales, en dirección a la incorporación de un criterio jurisdiccional en los circuitos institucionales pero que, para el contexto temporal y jurisdiccional específicos considerados en este trabajo (2015-2016), señala también la ausencia de una red de dispositivos intermedios para la atención de la salud mental bajo enfoque comunitario y con carácter territorial. En esta línea, la producción de nuevas prácticas acordes al marco normativo se combina con desplazamientos de sentidos y valoraciones que tienen como consecuencia que, especialmente para el período considerado, las deficiencias en las políticas públicas sean significadas como insuficiencias del marco normativo.

Por otro lado, la valoración del carácter interdisciplinario de las prácticas en el ámbito de la guardia, por parte de las/os residentes de salud mental durante los dos primeros años de su formación, resulta trastocada cuando, luego de ese período inicial, la formación se fragmenta en base a un criterio disciplinar y en clara contradicción con el marco normativo vigente. Consecuentemente, la incorporación de un componente formativo interdisciplinar transversal en los diseños curriculares de las residencias, en los años subsiguientes al primer y segundo año, constituye un giro necesario en las prácticas formativas para avanzar hacia un modelo de atención en salud mental comunitaria. Finalmente, los discursos analizados documentan la micropolítica institucional, dando

cuenta del entrelazamiento de las jerarquías institucionales y disciplinarias, como así también de las vías para su transformación. Según se desprende de ello, se requiere de estrategias que permitan transversalizar criterios en común para la conformación de los equipos de guardia de salud mental de los hospitales monovalentes que impliquen una profunda redistribución de las relaciones de poder allí sedimentadas.

Las diversas aristas consideradas en torno a la guardia de salud mental monovalente aquí consideradas, dan cuenta de la complejidad de los procesos des/institucionalizadores y testimonian las tensiones que enmarcan el desarrollo de políticas públicas que efectivicen un modelo de atención y cuidado en salud mental bajo enfoque comunitario.

La incorporación del punto de vista de las/os residentes con respecto a las prácticas y los procesos formativos de los cuales participan, permite profundizar una comprensión situada y en curso de las transformaciones en el campo de la salud mental. Junto con esto, ubicar en el núcleo de problematización el impacto de las transformaciones sobre los circuitos institucionales de la atención en salud mental, posibilita la revisión permanente imprescindible para el avance de estos procesos en clave des/institucionalizadora.

Referencias bibliográficas

Benítez, R., Chemez, B. y Rodríguez, T. (2015). “Mirar (nos), dificultades para una intervención comunitaria e interdisciplinaria desde el trabajo social, en el campo de la salud mental comunitaria”. *Jornadas de Investigadores 2015*. Secretaría de Investigación y Postgrado. FHyCS-UNaM.

Bianchi, E. (2019). “Ciencias sociales, salud mental y control social. Notas para una contribución a la investigación”. *Revista Salud mental y Comunidad*, Universidad Nacional de Lanús. 6 (7):12-26.

Comisión Provincial por la Memoria (2019). *Informe Anual 2019*. El sistema de la crueldad XIII. Sobre lugares de encierro, políticas de seguridad, salud mental y niñez en la provincia de Buenos Aires. Disponible en: https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/cct/informes anuales/Informe_2019.pdf

Costa, J.P., Juaniz Verón, B., Mattioni, M. y Parodi, D. (2019). “Contextos de desigualdad: los equipos interdisciplinarios de salud mental en guardias polivalentes. Conciencia Social”. *Revista digital de Trabajo Social*. Vol. 3, Nro. 5. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 228-240 Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/26139>. ISSN 2591-5339

De Lellis, M. y Fotia, G. (2019). “Interdisciplina y salud mental”. *Anuario de investigaciones Facultad de Psicología – UBA*, Secretaría de Investigaciones, vol. XXVI, 179-187.

Elichiry, N. (1987). “Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias”. En: Elichiry N. (comp.). *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Bs. As.: Ed. Nueva Visión.

Faraone, S. (2015). “Reformas estructurales, contexto actual y proceso de transformación en el campo de la Salud Mental”. En: Faraone, S. Bianchi, E. y Giraldez, S. (comps.). *Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Buenos Aires: UBA Sociales.

Faraone, S. y Barcala, A. (2021). A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. *Coordenadas para una cartografía posible*. Buenos Aires: Teseo.

Faraone, S.; Valero, A.S. y Bianchi, E. (2015). “Salir del pantano”. Violencias, infancia y equipos de salud: claves para pensar dispositivos y acciones en salud mental. *Revista Derecho y Ciencias Sociales*. Instituto de Cultura Jurídica y Maestría en Sociología Jurídica. FCJ y S. UNLP, N° 12 (Violencias), 70-88. ISSN 1852-2971.

Ley N° 26.657, Ley Nacional de Salud Mental (2010). Publicada en Boletín Oficial N° 32.041, 3-12-2010.

Ley N° 26.994, Código Civil y Comercial de la Nación (2014). Publicada en el Boletín Oficial N° 32.985, 8-10-2014.

Martínez Hernáez, A. y Correa-Urquiza, M. (2017). “Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva”. *Revista Salud Colectiva*. 13(2): 267-278.

Rhodes, L. A. (1993). “The Shape of Action: Practice in Public Psychiatry”. En: Lindenbaum, S. y M. Lock (eds.). *Knowledge, Power and Practice*. University of California Press: USA.

Rosé, S. (1979). “Deciphering Deinstitutionalisation Complexities in Policy and Program Analysis”. En: *Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*, 57, 4: 429-468.

Rotelli, F., De Leonardis, O. y Mauri, D. (1987). “Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en

el contexto de la Europa Occidental y de los “países avanzados”). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, VII (2): 165-187.

Torricelli, F. y Leibovich de Duarte, A. (2005). “Representaciones y perfil profesional de residentes de salud mental”. *XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Torricelli, F. y Faraone, S. (2019). “La formación de posgrado en Salud Mental. El caso de las residencias hospitalarias de psicología y psiquiatría como sistemas de formación”. *Revista Salud Mental y Comunidad*, Universidad Nacional de Lanús. 6 (7): 81-95.

Valero, A.S. (2006). “Violencia institucional y modelos de formación profesional en las decisiones de internación psiquiátrica”. *Revista Clepios*. Una revista de residentes de Salud Mental, XII (2), 52-56.

Notas

1. Utilizaré en adelante y según las oportunidades, la abreviatura LNSM para referir a la Ley Nacional de Salud Mental (N°26.657).

2. Este artículo constituye una versión preliminar de un capítulo de mi Tesis Doctoral en desarrollo en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Título de la Tesis: “Salud mental y políticas públicas en transformación. Bases conceptuales y prácticas profesionales en torno al ingreso a la internación (2005-2017)”, con Dirección de Silvia Faraone.

3. Arts. 8, 9 y 13 de la Ley 26.657 y art. 41 inc. a., Ley 26.994 Código Civil y Comercial de la Nación.

4. A ello se suma también el reconocimiento en el plexo normativo de la capacidad de las personas con padecimiento psíquico para expresar su voluntad y participar de las decisiones terapéuticas que las involucren (arts. 7, inc. k., y 10 de la LNSM y arts. 31 a., 41, 43, 51 y 59 del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación).

5. Arts. 14 a 19 de la LNSM para internaciones voluntarias y Arts. 20 a 25 de la LNSM y arts. 31 inc.a., 41, 42 y 51 del Código Civil y Comercial de la Nación para internaciones involuntarias.

6. Particularmente entre noviembre de 2015 y marzo de 2016.

7. Estas funciones de control, garantía y asesoramiento son desempeñadas por el Órgano de Revisión Nacional, los órganos de revisión provinciales, en el ámbito específico de la CABA, la Unidad de Letrados del art. 22 de la Ley 26.657 (Ministerio Público de la Defensa), el Consejo Nacional Interministerial en Salud Mental y Adicciones (CONISMA) y el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones.

8. Se destacan las diversas experiencias desarrolladas en el país particularmente en las provincias de Río Negro y Santa Fe. En los últimos tres años, en especial la Provincia de Buenos Aires se encuentra desde diciembre de 2019 avanzando en un proceso transformador de los diversos hospitales monovalentes del territorio enmarcado en el Plan Integral de Salud mental 2022-2027.

9. En base a traducción propia, la expresión refiere a vaciar o liberar camas como prioridad institucional con independencia de la situación de padecimiento de la persona internada. Además de la confrontación entre propósitos contrastantes, este imperativo institucional se enlaza estrechamente con estrategias de desamparo institucional vinculadas con la reducción de costos, la ausencia de modalidades de atención, el abandono de las personas con padecimiento psíquico, resultando con frecuencia en prácticas transinstitucionalizadoras.

10. El Decreto 4.420/1991 reglamentario del Art. 52 de la Ley 10.471, se establece una normativa que regula el Sistema de Residencias para Profesionales de la Salud en la provincia de Buenos Aires. En el año 2001, el Decreto 2.557/01 estableció el Reglamento de Residencias para Profesionales de la Salud. El artículo 3° establece que estas residencias consisten “en un sistema de formación intensiva en servicio, que permite orientar, desarrollar y perfeccionar la formación integral del profesional para el desempeño responsable y eficiente de una de las ramas de las ciencias de la salud, con un alto nivel científico-técnico; para ello se desarrollarán aptitudes específicas en forma secuenciada y progresiva, que establezcan la ejecución personal y dentro del equipo de salud, en actos de complejidad creciente en la atención integral de las personas, las familias y la comunidad, definidos en los planes de estudio prefijados” <http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/ReglamentoResidencias.pdf>

11. Cabe aquí aclarar que en el sistema de residencia referido, las disciplinas consideradas pertinentes al campo de la salud mental son: Psicología, para la obtención del título de Psicología Clínica y Medicina, para la obtención del título de especialista en Psiquiatría (Torricelli y Faraone, 2019).

12. El sistema de salud argentino se compone de tres subsectores: público, de seguridad social y privado. En particular en la Provincia de Buenos Aires, la mayor parte de la atención en salud mental se concentra aún en los 4 hospitales monovalentes con que cuenta la provincia. Estos son: José A. Estéves, de la localidad de Temperley en Lomas de Zamora; Alejandro Korn, de La Plata; Domingo Cabred, ubicado en Open Door, Luján; y Domingo J. Taraborelli, de Necochea (CPM, 2019).

13. Los datos se corresponden también con los formulados por el Informe 2019 CPM que indicó que del total de ingresos a internaciones en el año 2019 en hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, el 68% fueron reinternaciones (CPM, 2019).

14. El proyecto mencionado (Expte. Min. Sal. 120020000024933166) suponía una neta contradicción con los principios impulsados por la Ley 26657 y por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.

15. Decreto N° 801/2018. Publicación en Boletín Oficial N° 65.696/18, fecha 05/09/2018.

16. Ministerio de Salud y la Subsecretaria de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género de la provincia de Buenos Aires.

17. Menciona localidad del Conurbano, Provincia de Buenos Aires. Preservamos este dato, con el fin de respetar la confidencialidad y el anonimato de las/os profesionales.



Algunas aproximaciones al diálogo entre antropología y salud mental

GIL, Mariano

Antropólogo. Becario doctoral de CONICET (CEACU-UNR). Investiga acerca de dispositivos estatales de abordaje de consumos problemáticos en Santa Fe. Ha trabajado en dispositivos de alojamiento para usuarias/os de salud mental y en un centro de día para personas con discapacidad.

marianokd@gmail.com

GUIRADO, Carla

Antropóloga. Becaria doctoral del CONICET (ISHIR/UNR-CONICET). Investiga los procesos de desinstitucionalización y dispositivos sustitutivos de lógicas manicomiales en Rosario. Trabajó en dispositivos de alojamiento para usuarias/os de salud mental y consumos problemáticos, y en un dispositivo de referentes socioafectivos de usuarias/os.

carlitaguirado@gmail.com

LLOVERA, Soledad

Antropóloga, doctoranda en Ciencias Sociales por la UBA. Trabajó en espacios de prevención y en un dispositivo de atención a referentes socioafectivos de usuarias/os con consumos problemáticos. Actualmente forma parte de una Casa de Acompañamiento y Atención Comunitaria de la red SEDRONAR, en la ciudad de Rosario. Participa como adscripta en la cátedra "Debates Antropológicos en Salud" de la Licenciatura en Enfermería (FCM - UNR).

msolellovera@gmail.com

Resumen

En este trabajo nos proponemos presentar una primera aproximación sobre algunos aportes de la antropología para pensar el campo de la salud mental, tanto en los terrenos de la investigación y la intervención, como en sus bordes. Construimos la trama del mismo a partir del enlace entre teoría, metodología y experiencias de participación de sus autores/as en equipos interdisciplinarios en salud mental.

En sintonía con la Ley Provincial santafesina 10.772 y la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, entendemos al dispositivo manicomial no únicamente como institución, sino como modelo sociocultural de concebir y tratar los padecimientos. Ante esto, nos preguntamos: ¿qué grieta puede abrir allí una mirada antropológica? Destacamos la potencia de la misma para problematizar las construcciones de lo normal/anormal, lo moral/lo inmoral, lo diverso, la alteridad/otredad/mismidad, los procesos de estigmatización, así como los de cuidado.

Asimismo, creemos que herramientas de la antropología tales como la escucha atenta, el registro exhaustivo y el intento permanente por vincular aspectos singulares con coordenadas histórico-culturales permiten reponer la dimensión cotidiana de los procesos sociales. Esto implica ubicar las historias singulares como parte de una trama colectiva, destacando las dimensiones

sociales, culturales e históricas de los procesos de sufrimiento psíquico y padecimiento subjetivo.

Palabras claves: salud mental – antropología – investigación – prácticas.

Some approaches to the dialogue between anthropology and mental health

Abstract

In this paper we present some anthropological contributions to think the mental health field, in the research and intervention fields, and on its edges. We build it linking theory, anthropological field work and experiences of authors in interdisciplinary teams in mental health.

In line with Provincial Law 10772 and the National Mental Health Law 26657, we understand the asylum device not only as an institution, but also as a sociocultural model for conceiving and treating illnesses. What can an anthropological gaze open there? We highlight its power to problematize the constructions of the normal/abnormal, the moral/immoral, the diverse, alterity/otherness/sameness, stigmatization processes, as well as those of care.

Likewise, we believe that some anthropological tools (attentive listening, exhaustive record and the

permanent attempt to link singular aspects with historical-cultural coordinates) allow us to restore the daily dimension of social processes. This implies locating the singular stories as part of a collective plot, highlighting the social, cultural and historical dimensions of the processes of psychic suffering and subjective suffering.

Key Words: mental health – anthropology – research – practices.

Introducción

En este artículo nos proponemos enlazar los campos de la antropología y de la salud mental, para dar cuenta de ciertas articulaciones en los terrenos de la investigación y la intervención, así como en sus bordes. Construimos una trama que vincula teoría, metodología y experiencias de participación de sus autores/as en equipos interdisciplinarios en salud mental. Para ello, proponemos un cruce entre estas cuestiones, propiciando un proceso colectivo de reflexión. Las líneas aquí planteadas se desprenden de trabajos particulares de investigación, enmarcados en becas internas doctorales del CONICET, y experiencias de trabajo conformando equipos interdisciplinarios en dispositivos de salud mental.¹

Organizamos el artículo en tres apartados. En el primero de ellos, historizamos el campo de la salud mental

a diferentes escalas, puntualizando los orígenes del modelo tutelar-asilar y ubicando los procesos de reforma a partir de mediados del siglo XX. En el segundo, sintetizamos nuestra concepción de la antropología como disciplina científica, desde una perspectiva relacional y crítica. En el tercero, esbozamos cruces y aportes entre antropología y salud mental, proponiendo un terreno común posible. Por último, realizamos algunas reflexiones finales.

El campo de la salud mental: desde lo manicomial/asilar hacia los procesos de reforma

En el siglo XIX, en Francia, se crearon los asilos u hospicios de alienados, una herramienta asistencial específica para el tratamiento del padecimiento mental, que consistía en instituciones donde se aislaba a aquellas personas consideradas como una amenaza al orden social. Se sentaban así las bases del modelo tutelar-asilar (de Lellis, 2018). Tal como plantea Foucault (2014, 2021), el abordaje asilar se organizó bajo el poder psiquiátrico, siendo el manicomio un dispositivo tecno-profesional cuya modalidad de respuesta es el aislamiento del sujeto de su entorno, su historia y sus vínculos. Este autor nos invita a reflexionar sobre el manicomio no sólo como la institución edilicia sino como dispositivo: un conjunto de prácticas y disposiciones sustentado socio-culturalmente en la sociedad

capitalista para controlar la (a)normalidad y tratar los padecimientos. Por lo tanto, el encierro institucional –como práctica social de control, vigilancia y disciplinamiento sobre los cuerpos– resquebraja los lazos socio-comunitarios, promueve el individualismo y la patologización de los malestares de la vida cotidiana y de la vida en común.

Un punto de inflexión respecto de los modelos de atención tiene lugar tras los horrores de la Segunda Guerra Mundial y el espanto generado por los campos de concentración. A mediados del siglo XX el campo de la salud mental se constituye como un partaguas en los modos de abordar, alojar y tratar los padecimientos subjetivos. En este sentido, situamos entre las experiencias internacionales de procesos de reformas a la Antipsiquiatría inglesa (Cooper, 1986); la política del sector en Francia (Huertas, 1991) y la Psiquiatría democrática italiana (Basaglia, 2008). En Argentina se desarrollaron propuestas alternativas al manicomio, como fueron las de Ramón Carrillo, Enrique Pichón-Rivière, Mauricio Goldenberg, entre otros (Chiarvetti, 2008), inspirando diversos procesos transformadores como Experiencia Lanús, Experiencia Rosario, Experiencia Oliveros, y los procesos de desmanicomialización de Río Negro (Cohen y Natella, 2013) y de sustitución de las lógicas manicomiales en Santa Fe (Faraone y Valero, 2013),

entre otros, en los que confluyeron diversos actores y se desarrollaron en diferentes contextos socio políticos.

Algunas de estas experiencias devinieron en reformas legislativas provinciales, como es el caso de Santa Fe (Ley Provincial N° 10.772/19912). Estas experiencias y propuestas resultaron ser un valioso insumo para la construcción de un nuevo paradigma de derechos humanos en el campo de la salud mental como lo es la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM). Dicha ley, sancionada en 2010 y reglamentada en 2013, se inscribe en un modelo socio-comunitario de atención como superación del modelo manicomial/asilar. Su articulado parte de la concepción de sujetos de derecho (LNSM, art.3 y art.7) y busca restituir dignidad y libertad, establece el trabajo de equipos interdisciplinarios e intersectoriales (LNSM art. 8, art. 9 y art. 13). Implica el armado de redes socio-comunitarias de cuidados (LNSM, art.11 y art. 30), pone especial énfasis en la voluntariedad de los tratamientos y ubica a la internación sólo como último recurso (LNSM, art. 14). Se basa en los principios de la APS, en abordajes comunitarios que propicien la inclusión social y establece el cierre de los hospitales monovalentes, originalmente previsto para el año 2020. En esta línea también se inscriben los aportes del nuevo Código Civil y Comercial (2015) respecto a la presunción de capacidades de los sujetos y al modelo de vida independiente, entre otros. La plena implementación

de la LNSM exige un constante re-trabajo sobre los haceres desplegados por diversos actores (integrantes de equipos de salud, organizaciones comunitarias, funcionarios/as públicos) en diferentes ámbitos cotidianos, al cual la mirada antropológica puede aportar a través de las herramientas que nuestra disciplina ha construido para el registro, sistematización y problematización de las prácticas.

La LNSM en particular, y el marco normativo que la sustenta y acompaña, ponen en juego un viraje radical en la posición otorgada al lugar de quien padece, intentando producir una transformación en el sentido del acceso a la ciudadanía plena y a derechos (CELS, 2015; Faraone y Barcala, 2020). Es decir, se reconoce el lugar de quien padece como sujeto, capaz de producir ciertas decisiones en torno a su experiencia de sufrimiento. En este sentido, esta normativa cristaliza las discusiones en torno al poder sobre la vida de los sujetos de atención de los servicios de salud mental. Produce un embate tanto contra los espacios que ejercían dicho poder de manera privilegiada (los hospitales monovalentes) como contra los actores en los cuales residía dicho poder y los fundamentos de su autoridad sanitaria y moral (la tutela médico-jurídica).

Sin embargo, resulta esencial asumir que lo manicomial se evidencia en el monovalente, pero no sólo allí, es un dispositivo de poder. En ese sentido, recupe-

ramos la expresión santafesina de lógicas manicomiales (Decreto Reglamentario N°2155/2007; Faraone y Valero, 2013), para dar cuenta de que las prácticas manicomiales exceden los muros de las instituciones pudiéndose encarnar en espacios múltiples, siendo toda práctica o dispositivo susceptible de volverse totalizador. Siguiendo esta línea, podemos brindar carnadura a las implicancias y límites de las transformaciones normativas. Situarnos en el terreno de prácticas y lógicas manicomiales permite dar textura a las diversas instituciones en las cuales intervenimos e investigamos. Las mismas se constituyen a partir de un complejo entramado de capas contradictorias y heterogéneas, en las cuales conviven distintas culturas institucionales, resabios de políticas diversas, diferentes generaciones de actores institucionales.

Di Nella refiere que lo manicomial es, ante todo, “una forma de entender el abordaje del sufrimiento de predominancia mental; que es [...] una forma cultural de tratar a los seres humanos” (Di Nella, 2012, p. 3). En tanto modelo cultural, lo manicomial se expresa en culturas institucionales que sostienen discursos y prácticas ahistóricas, individualizantes, fundadas en un saber dogmático, productoras de encerronas trágicas, vertebradas en la verticalidad del poder y tendientes a producir la eliminación del saber del padeciente y su lugar como sujeto.

Estos rasgos encuentran resonancias en aquellos atributos que Menéndez señaló para el Modelo Médico Hegemónico, el cual implica al

[...] conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (Menéndez, 1988, p. 451)

Respecto a considerar las relaciones de afinidad entre lo manicomial y el MMH, un rasgo que adquiere particular importancia es la construcción de quien padece, a quien podríamos llamar el otro de estos encuadres, en términos de objeto. Y allí es donde podemos retomar otros aportes de Menéndez, vinculados al racismo como forma de construcción de la otredad, entendido como “toda relación social que signifique “cosificar” a los otros, es decir negarle la categoría de persona, de igual; toda relación que permita la inferiorización y uso de los otros” (1982, p. 102). Al considerar que no hay racismo sin teorías, sin participación de

las comunidades científicas y profesionales, quizás sea nutritivo considerar cómo se configuran los estigmas de alteridad en torno a quienes han sido considerados anormales, a los sujetos que atraviesan padecimientos subjetivos y situaciones de sufrimiento psíquico.

El campo de la antropología: algunos aportes para pensar las construcciones de la otredad

La antropología como disciplina científica se consolida en la segunda mitad del siglo XIX, en el contexto de expansión imperial de las potencias europeas y del surgimiento de las ciencias sociales en general. En ese proceso, a nuestra disciplina se le asignó el rol de estudiar aquellas sociedades no occidentales, caracterizadas por el paradigma evolucionista de la época como salvajes. A fines del siglo XIX estas ideas son puestas en tensión por algunos trabajos pioneros de Boas (1947), quien será el principal referente del particularismo histórico y, luego, formador de antropólogos/as de la escuela culturalista norteamericana. A principios del siglo XX, a partir de dicha escuela y del estructural-funcionalismo británico, se configura el denominado modelo antropológico clásico (Menéndez, 2010), cuyas características principales fueron la aproximación holística a la realidad social, el uso de concepciones y análisis cualitativos, el énfasis en el trabajo de campo como instancia fundamental del conocimiento antropológico y

la afirmación de la diversidad cultural. Estos rasgos fueron constituyendo identitariamente a la antropología.

A los fines de este artículo, retomamos y reactualizamos estos rasgos a través de los planteos de Ruth Benedict (1934) quien problematiza las dimensiones que implica la idea de a/normalidad, lo considerado moral/inmoral, la construcción de la alteridad, la otredad y la mismidad. Ya en 1934, a partir del estudio en terreno de las formas en que distintas sociedades asignaban el valor de anormal a determinadas conductas, esta autora sostenía que la normalidad se define culturalmente. En esta línea, la escuela de cultura y personalidad de las décadas de 1920 y 1930 va a postular que “[...] las culturas son psicología individual proyectada en pantalla grande, psicología individual a la que se dota de proporciones gigantescas y de larga duración temporal” (Benedict, 1932, en Harris, 2012, p. 344). Diferentes autores, como la mencionada Ruth Benedict, Margaret Mead o Ralph Linton se inscribieron en esta corriente, ligada al modelo antropológico clásico. La preocupación por las relaciones entre cultura y personalidad o, en otras formulaciones, sujeto/estructura, aparece en una gran diversidad de corrientes de las ciencias sociales.

Por su parte, Marcel Mauss (1979) llamaba la atención en 1926 sobre la importancia de articular las dimensiones psicológicas y sociales, en función de interpretar las relaciones entre el individuo y el grupo. En su

exposición, señala información etnográfica producida por otros autores en la cual la sugestión que genera la idea de la muerte en ciertas sociedades de Australia y Nueva Zelanda, es capaz de tales estragos físicos y mentales en la conciencia y en el cuerpo del individuo, que termina causando su muerte sin que exista ninguna lesión aparente o conocida (Mauss, 1979). Puntualiza que estos hechos demuestran “la relación directa en el hombre entre lo físico, lo psicológico y lo moral, es decir, lo social”. La naturaleza social de los seres humanos queda directamente unida a su naturaleza biológica. Lo psicológico, aquí, operaría como mediación, como un eslabón entre lo social y lo biológico. En el mismo sentido, en su estudio de las técnicas corporales, esto es, “la forma en que los hombres, sociedad por sociedad, hacen uso de su cuerpo en una forma tradicional” (Mauss, 1979, p. 337), vuelve a enfatizar su concepción del hombre en su triple punto de vista (biológico, psicológico y social), es decir, en el punto de vista del hombre total. En sintonía con esta noción, Mauss (1979) propone el concepto de hecho social total para analizar un conjunto de sistemas de intercambio de diferentes sociedades. El hecho social total constituye un fenómeno donde se expresan a la vez y de golpe todo tipo de instituciones: las religiosas, las jurídicas, las morales, las económicas, e incluso las estéticas y las morfológicas. Ambos conceptos, el *de hombre total* y el *de hecho social total*, ponen

en juego la interrelación entre las diferentes dimensiones de las sociedades humanas. La abstracción de estas dimensiones es posible sólo para fines analíticos, ya que las mismas adquieren concreción sólo cuando están encarnadas en una experiencia individual.

Retomando la influencia de Mauss, Claude Lévi-Strauss (1994) analiza la relación entre enfermedad y cura a partir de dos textos: “El hechicero y su magia” y “La eficacia simbólica”. Lévi-Strauss aborda los procesos de curación de ciertas enfermedades a través de la elaboración de la idea de *complejo shamánico*, un sistema que depende de una triple experiencia, que es indisociable: la del shamán mismo, la de quien se encuentra enfermo, y la del público, quien también participa en el proceso curativo. En su propuesta, plantea que, ante el problema de la enfermedad, es necesario producir un equilibrio entre oferta y demanda en el plano psíquico, bajo la premisa de que la tradición colectiva y la invención individual colaboren en elaborar y modificar continuamente una estructura (un sistema de oposiciones y correlaciones) que integra todos los elementos de una situación total en la cual curador, enfermo y público, representaciones y procedimientos tienen su lugar (1994). Se trata no de atribuir una causa objetiva a los estados, emociones, representaciones que atraviesa quien padece, sino de articularlos en un sistema válido, que permita tramitar la tensión en la

relación entre “cierto tipo de individuos y determinadas exigencias del grupo” (1994, p. 207), mediar en la complementación del llamado *pensamiento normal* y el *pensamiento patológico*, que para Lévi-Strauss no se oponen. Esta aseveración es importante, porque permite tensionar una oposición aparente y reinterpretarla, además de proporcionar una trama de relaciones en la cual la enfermedad ya no aparece sólo como algo propio de quien padece.

El hechicero/curador se sabe poseedor de experiencias, técnicas y de un conjunto de mitos y ritos que, a través de un lenguaje metafórico, dan forma al contenido afectivo de la perturbación fisiológica de quien enferma, que se encuentra en un estado informulado. El autor propone el concepto de eficacia simbólica para dar cuenta de que la capacidad curativa del curador reside en poder revivir determinados acontecimientos en el enfermo, generando la abreacción, y objetivando estados subjetivos e integrándolos en un sistema de experiencias. La eficacia simbólica sería, de esta manera, una propiedad inductora que ejecuta el shamán y que le permite, a través de una lógica de representaciones reales, traducir una situación individual a una situación colectiva, por la cual se explica al conjunto social (1994, p. 224). Para Lévi-Strauss, entonces, hay una complementariedad entre lo psíquico y lo social que no es estática sino dinámica. No la plantea en términos de causa

y efecto ya que “la formulación psicológica es sólo una traducción en el plano del psiquismo individual, de una estructura puramente sociológica” (Lévi-Strauss, 1979, p. 17).

Desde una perspectiva antropológica relacional, nos interesa retomar estas discusiones tradicionales y ubicarlas en una mirada que nos permita reponer la dimensión cotidiana de los procesos sociales, analizando críticamente la imbricación entre diferentes escalas de lo social (Achilli, 2015). En ese sentido, cuestionamos el sesgo fuertemente ahistórico del modelo antropológico clásico.³ Las historias singulares se entran en una historia colectiva, destacando las dimensiones sociales, culturales e históricas tanto en los procesos de sufrimiento psíquico/padecimiento subjetivo, y su modalidad de atención, como en sus representaciones y en el modo de construcción de la otredad. Reflexionar sobre quién está adentro/afuera, conlleva indefectiblemente a la pregunta por esos modos de construcción. En esta línea también nos preguntamos quién/quienes demarca/demarcan ese adentro/afuera y los bordes que establecen, cómo se construye el otro y el semejante, definiendo así el adentro/afuera de la comunidad.

Aportes de la antropología al campo de la salud mental: hacia una imbricación de saberes

Primer aporte: coordenadas y posicionamientos

De acuerdo a Menéndez (2018), un aporte de la antropología al campo de la salud, es visibilizar que las enfermedades están enmarcadas en relaciones sociales y, por lo tanto, las causales de los padecimientos físicos, mentales o psicosomáticos se vinculan con los conflictos que operan a nivel social. En consecuencia, se destaca que las enfermedades tienen componentes socioculturales y psicosomáticos, y en ellas operan significados y acciones de los sujetos y las comunidades (Menéndez, 2018).

Así, una coordenada analítica clave, que permite desafiar el sentido monolítico atribuido por la biomedicina al concepto de enfermedad, ha sido aportada por autores como Kleinman (1980), formado en antropología y psiquiatría, quien distingue entre enfermedad/patología (disease), padecimiento/dolencia (illness) y producción social de la enfermedad (sickness⁴). Otros autores señalan que, desde una perspectiva antropológica, resulta relevante hacer foco en la experiencia de padecimientos cotidianos, entendiendo a la misma tanto como dimensión estratégica en el análisis de la construcción social, subjetiva, histórica y cultural de las formas de sufrimiento social; así como en tanto organizadora de procesos identitarios y prácticas sociales (Grimberg, 2009), entre las cuales se sitúan también las prácticas de cuidado.

Un aspecto fundamental, entonces, es el de dar lugar a las voces de quienes padecen y de quienes cuidan, y a las significaciones que construyen en torno a sus experiencias de sufrimiento, por fuera del repertorio ofrecido por las categorías médicas y del campo psi; ya que las experiencias de padecimientos sólo pueden ser abordadas en el contexto de vida en el que se despliegan. Retomando las nociones maussianas de hecho social total y de hombre total, es necesario recordar que la experiencia se produce como totalidad: el sufrimiento no se puede diseccionar. Se trata de no reducir estas vivencias a su dimensión cognitivo-normativo-valorativa, sino visibilizar los matices vinculados a la capacidad de afectación que tiene la experiencia. Aparece como relevante, entonces, la dimensión del embodiment (Csordas, 1988, en Riva Knauth y Vitoria, 2009), de la experiencia incorporada, encarnada. Atender a la misma supone el doble movimiento de propiciar un abordaje del cuerpo más allá de su objetividad biomédica y, al mismo tiempo, superar el dualismo cartesiano cuerpo/mente. Idea deudora tanto del enfoque de técnicas corporales propuesto por Mauss (1979). Otegui Pascual dirá que “el dolor no existe sino es a través de la persona que sufre” (Otegui Pascual, 2009, p.149). Por tanto, analizar los sufrimientos y padecimientos requiere remitirlos a una construcción individual y somática de los sentimientos, de las vivencias y de

las percepciones en torno al dolor y al cuidado. Por otro lado, nos resulta significativo establecer lineamientos políticos del trabajo teórico metodológico de la investigación-intervención en antropología en general y en antropología de la salud en particular. Scheper-Hughes (2000, p. 21) hace referencia a *una antropología con los pies en el suelo*: “[...] orientada hacia la praxis, aplicada críticamente y comprometida políticamente”. En esa línea recuperamos los aportes de Blázquez Rodríguez que –retomando la noción de *antropología implicada* de Fassin (1999)– reivindica que el trabajo antropológico “tiene que servir para algo y para alguien” (Blázquez Rodríguez 2008, p. 26). Nuestro trabajo se desenvuelve junto a sujetos que padecen, ¿qué capacidades podemos entonces desplegar para no tornarnos meros espectadores de su sufrimiento? Se trata de posicionarnos desde una perspectiva que asuma un compromiso con la realidad estudiada, pudiendo posibilitar procesos de transformación en el campo sanitario y/o en lo social. Es entonces desde estas coordenadas ético-políticas que llevamos adelante la investigación y praxis antropológica en el campo de la salud mental.

Desde allí, consideramos que los aportes de la antropología al campo de la salud mental pueden entenderse en dos direcciones entrelazadas: el campo de la investigación y el campo de la intervención. Comprender estas instancias en íntima relación implica atender

a la potencia de algunas herramientas metodológicas de la antropología para aportar al re-trabajo y a la elaboración teórica de la práctica.

Segundo aporte: herramientas metodológicas

Si desde los diferentes recorridos teóricos que hemos expuesto señalamos la potencia de la antropología en ubicar la dimensión cotidiana en relación a los procesos sociales más generales, ¿qué implicancias tiene esto en las prácticas? Dos herramientas de la antropología: la escucha atenta y el registro exhaustivo, habitualmente vinculadas al campo de la investigación, contribuyen a la problematización de las prácticas al interior de equipos interdisciplinarios.

Si bien ni el objeto de la antropología ni sus técnicas han sido los mismos en el devenir histórico, dado que la otredad en tanto objeto de nuestra disciplina es una construcción social; podemos decir que existen formas características de trabajo. En este sentido, cabe mencionar al menos dos cosas. En primer lugar, que la antropología adopta como actitud característica al extrañamiento. En sus inicios, se trataba de tornar sociedades distantes a marcos comprensibles para la sociedad del propio investigador/a. Ese complejo juego de volver cotidiano lo exótico se desplaza –al trabajar el/la antropólogo/a en su propia sociedad– a volver exótico lo cotidiano, desnaturalizarlo, mirarlo desde la sorpresa.

El extrañamiento deviene entonces una marca característica de nuestra identidad disciplinar (Lins Ribeiro, 1989), de la forma en la que construimos nuestro objeto de investigación, la forma en la que intentamos posicionarnos y *escuchar* el mundo en el que intervenimos o investigamos.

En segundo lugar, nuestra disciplina propone temáticamente una forma de labor que es, a la vez, método, enfoque y texto, conocida como etnografía. Si bien la misma fue pensada como práctica en el terreno de la investigación, algunas de sus propuestas pueden ser herramientas valiosas a utilizar en el contexto de las intervenciones y retrabajos. Este enfoque es una práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros, estudiando de primera mano lo que los sujetos hacen, dicen y dicen que hacen, en contextos particulares (Guber, 2001).

La etnografía toma como elemento característico a la descripción como producto y la comprensión como proceso de conocimiento. No se trata de un reporte, un informe, una anécdota o una explicación de los sucesos de la vida cotidiana. Antes bien, se trata de una *descripción densa* (en el sentido de Geertz, 2003) que permite efectuar un reconocimiento de los marcos de interpretación de los sujetos. Es un ejercicio de comprensión de aquello que ocurrió desde la perspectiva de los sujetos

con quienes trabajamos, que intenta poner en juego *cómo son* las cosas para ellos: cómo piensan, sienten, qué dicen y qué hacen respecto a los hechos en los que se traman sus vidas. Es un trabajo prolongado, de contacto directo, que tiene como finalidad problematizar los preconceptos que tenemos en torno a los sujetos con quienes trabajamos.

Además, es un trabajo que se lleva a cabo en relación a un *pequeño mundo*, a partir del cual se busca reconocer categorías sociales que “se presentan de manera recurrente en el discurso o en la actuación de los habitantes locales, y establecen distinciones entre cosas del mundo en que viven” (Rockwell, 1987, p. 30). La centralidad de las mismas remite a la manera en la cual quienes investigamos interactuamos con el contexto local y con quienes lo frecuentan. Este trabajo de campo, apartado de una perspectiva empirista, debe imbricarse constantemente con el trabajo conceptual, en un proceso de *reflexividad* continua (Rockwell, 1980). En relación a esto, la importancia de la inclusión de categorías sociales estriba en el hecho de que las mismas son capaces de poner en relieve las divergencias entre conceptos en apariencia indistinguibles en el plano de las categorías analíticas, las cuales también cobran protagonismo a la hora de producir interpretaciones que sostienen intervenciones en los equipos de trabajo. Esta idea, a la cual se ha conocido tradicionalmente como perspectiva

nativa, implica, además, no sólo tomar las ideas expresas de los actores sino la totalidad del comportamiento observado y, más ampliamente, el análisis de la materialidad del mundo social en cuestión. Por ello, a la afirmación de la necesidad de “poder escuchar nuevas versiones sobre lo ya conocido” (Rockwell, 1987, p. 11), cabe añadir que la escucha de esas versiones es, a veces, la de algo sutil, quizás imperceptible y para nada explícito. Para ello resulta ineludible ejercitar la capacidad de sorpresa, de repregunta, abrir los sentidos que, por ser considerados como *conocidos, conflictivos o sin importancia*, se cierran. Es decir, requiere ejercitar la reflexividad. Creemos que este es también un ejercicio de relevancia a la hora de pensar los procesos de atención.

¿Qué escuchamos, entonces, cuando escuchamos desde una perspectiva antropológica? Escuchamos los susurros, los disensos, aquellas palabras con las cuales los sujetos con quienes trabajamos nominan su pequeño mundo, lo inventarían, caracterizan sus prácticas, dan sentido a su experiencia. Escuchamos con sorpresa, intentando extrañarnos de los mismos para luego anclarlos en un entramado cotidiano, cercano. Escuchamos también lo que no se dice, lo que se hace. No sólo la entrevista, sino también el rumor en la sala de espera, los disensos en el equipo tratante. ¿Qué registro producimos? Aquel en el cual, más allá del formato impuesto por un reporte, un informe de primera entrevista, un

seguimiento “evolutivo”, pueda ponerse en juego algo de esa escucha, pueda tener lugar una descripción de aspectos significativos de nuestro trabajo, puedan figurar enunciados de los sujetos en sus propios términos, además de interpretaciones posibles.

La antropología se propone, en una afirmación ya clásica, documentar lo no documentado (Rockwell, 2015). A través de la construcción de otras modalidades de registro –o bien, en los intersticios de los que son utilizados frecuentemente en los dispositivos en los que investigamos y trabajamos– es posible trascender la concepción del registro, el documento o *la evidencia* como objetos, para visibilizar su proceso de producción, su manufactura. Así, si desplazamos la mirada de estos objetos a las acciones que los producen (documentar, evidenciar y registrar), es posible traer a escena la trama en la que se inscriben como construcciones de un sistema que decide aquello que es importante que se registre y aquello que no (Scheper-Hughes, 2000). Recuperando ese proceso, pueden aparecer las omisiones, sub-registros, invisibilizaciones, borramientos, así como visibilizar aquello que no consta –o parece poco relevante– en los registros oficiales. Atendiendo a aquello que se configura como *lo no registrado* es posible contribuir, en un trabajo interdisciplinario, a restituir los contextos simbólicos, históricos y culturales que componen las formas de padecer concretas,

que escapan o son veladas en *el dato*, entendido desde la perspectiva de la epidemiología clásica, y en *el caso*, entendido desde una perspectiva biomédica.

Aún más, siguiendo a Veena Das (2017, p. 304), estas herramientas metodológicas permitirían “captar la importancia de aquellos padecimientos que no son considerados instancias dramáticas de ruptura de la vida cotidiana sino partes de la escena del día a día”. A partir de allí, resulta clave desnaturalizar e indagar en lo cotidiano, en aquello que es parte de la vida de las personas, y no solo en lo que resulta disruptivo, catastrófico o en eventos críticos capaces de quebrar las relaciones entre los sujetos con quienes investigamos y trabajamos.

Tercer aporte: elaboración teórica y co-teorización como ejercicio. Posibilidades y derivas

Autores como Fernández Álvarez y Carenzo (2012) han explorado los resultados de experiencias de co-teorización en el trabajo con organizaciones sociales. En ellas, el campo se configura como un espacio dinámico de creación conceptual conjunta, donde es posible la producción colectiva de vehículos conceptuales que permitan la elaboración teórica de categorías de la práctica, que brinden una mayor textura a las significaciones de la experiencia. Creemos posible retomar esta idea, a los fines de la realización de investigaciones en

el campo de la salud mental, así como de experiencias de trabajo cotidiano en el contexto de dispositivos de atención.

Estas ideas encuentran algunas resonancias con las propuestas elaboradas en los últimos años por los denominados *estudios locos* (Cea-Madrid y Castillo Parada, 2021), que entrelazan discusiones, teorizaciones, investigaciones e intervenciones sociales que tienen lugar entre comunidades que han sido identificadas como locas por el sistema psiquiátrico, y algunos/as colaboradores/as, y buscan apropiarse de esa identidad en términos de categoría política. Desde allí, tienen como objetivos producir conocimientos que les permitan conceptualizar sus experiencias en sus propios términos, así como llevar a cabo prácticas de resistencia ante el *cuerdismo* como forma de opresión específica. La particularidad de esta perspectiva es que no toma a la locura como objeto de estudio, sino como fuente de conocimiento situado y potencialmente relevante por derecho propio.

Ahora bien, ¿es posible una co-teorización sobre el padecimiento psíquico y el sufrimiento subjetivo? ¿Qué podemos decir junto a los sujetos con quienes trabajamos de las (sus) experiencias de padecimiento, atención y cuidado?

Creemos que existe una potencia de la antropología, en lo que hace al devenir histórico de sus estrategias

metodológicas, para promover la circulación de conceptos, captar contrasentidos. Dicho de otra manera, para habitar la tensión: tanto entre los marcos de comprensión de quien investiga y de los sujetos de la investigación, como también en torno a visibilizar, sin conclusiones apriorísticas, los contrasentidos entre aquello que se hace, aquello que se dice y aquello que se dice que se hace. Habitar esta tensión también nos invita a habitar el enigma, a no ofrecer un marco interpretativo rápido, racionalizante, de las experiencias de padecimiento y de cuidado. Antes bien, de acuerdo a la propuesta de Despret, se trataría de inducir a la perplejidad y dar lugar a los gestos, para desde allí “hacer que se comuniquen maneras de pensar y de sentir heterogéneas y normalmente contradictorias e inscribirlas en nuevas relaciones” (2021, p. 125). Pasar, entonces, del estigma de alteridad, que produce una captura de aquello que se presenta como diferente, al enigma de alteridad y sus posibilidades. Domínguez Mon dirá que el trabajo antropológico posibilita identificar puntos de vista, relaciones y disputas a través de los gestos, las miradas y los silencios, “el enfoque etnográfico brinda carnadura a gestos, nos permite comprender relaciones complejas a partir de interacciones simples” (2017, p. 388).

Esto no sólo aplica al saber sobre su propio sufrimiento que expresan los sujetos con quienes trabajamos, sino que también atañe a aquellas prácticas en las

que ellos/as y sus vínculos socio-afectivos despliegan la dimensión del cuidado. Este posicionamiento nos permite atender a la polisemia que anida en el concepto de cuidado. Al incluir la figura de los cuidados a las prácticas del proceso de salud-enfermedad, se incorpora la dimensión vincular/afectiva, las prácticas no formales (Michalewicz et. al. 2014), y también el conocimiento que los sujetos y las comunidades poseen sobre sus padecimientos; no sólo en términos de “límite” sino también como agencia, incorporada en los procesos de autoatención, de cuidado de sí y de prácticas cuidadoras grupales (Domínguez Mon, 2017).

Por lo tanto, incluir a la dimensión del cuidado permite enhebrar los procesos de sufrimiento y padecimiento con aquellas prácticas orientadas hacia su procesamiento, destacando el aspecto cotidiano de un saber-hacer en salud/salud mental de los sujetos y las comunidades.

Tejer, de este modo, una historia vital del cuidado, en la cual puedan ponerse en valor los saberes y estrategias desplegados por los sujetos y comunidades con quienes trabajamos que han tenido una dimensión reparadora, así como interrogar aquellos que han devenido dolorosos (Brusutti et. al., 2022).

Cuarto aporte: problematización de marcos diagnósticos y sentidos morales en las intervenciones

Aún más, ciertas coordenadas de comprensión que habilita la antropología nos llevan a considerar la necesidad de resistir a la tentación de coherentizar identidades sociales, dando lugar a aquellos aspectos que persisten en revelarse como fugitivos. Si este es un dilema que se expresa para otros campos de estudio, en el campo de las prácticas en salud mental adquiere matices peculiares, dado que se trata de identidades sociales que, al ser consideradas como disruptivas a la lógica de la *normalidad* y el *cuerdismo*, pretenden ser coherentizadas en aquello que se ha construido social, histórica y culturalmente como incoherente: “la locura”.

El desafío radica entonces en resistir a la uniformización de las experiencias que proponen ciertos entendimientos del *diagnóstico*, en tanto herramienta clasificatoria que guía la atención, organiza el cuadro clínico, ofrece un marco explicativo, identifica las opciones terapéuticas, determina la intervención, y en ocasiones se propone predecir resultados futuros (Bianchi, 2018). Así, el diagnóstico se enviste de una suerte de efecto teleológico, que acaba imponiendo anteojeras a los abordajes posibles. Partir de las coordenadas que señalamos anteriormente, produciendo interrogantes sobre estos modos de diagnosticar y sus efectos, podría implicar resistir a los deseos de fijación y sus proyecciones sobre los sujetos. Esto no implica desatender a la necesidad de

otorgar marcos de comprensión, mapas de sentidos a las experiencias de sufrimiento psíquico.

Sino, antes bien, a pensar que el diagnóstico pueda ser una lectura posible, situada y acotada a partir de la cual construir estrategias; en lugar de un destino o una encerrona. Así como suele decirse que el mapa no es el territorio, el diagnóstico como mapa de comprensión tampoco es el territorio de la experiencia de sufrimiento: se le escapa su mutabilidad, sus transformaciones.

Si el modelo tutelar-asilar no reside únicamente en el monovalente, sino que se expresa en las prácticas y sentidos que circulan socialmente, la antropología puede aportar una mirada que permita problematizar constantemente esos sentidos y prácticas. Reconocernos como sujetos sociales implica que el conocimiento y la práctica necesariamente se construyen con otros/as.

Por ello, otro punto relevante a la hora de pensar los aportes de la antropología al campo de la salud mental, es la capacidad de poder visibilizar las categorías morales presentes en las prácticas de atención de estos padecimientos, no sólo a nivel del sistema de salud formal, sino a nivel del entramado de relaciones en una comunidad, configurando a la salud como *paradigma moral* (Epele, 2012). Asimismo, resulta necesario atender a cómo las construcciones sociales en torno a los padecimientos en salud mental elaboran y reproducen

repartos diferenciales del sufrimiento, además de pesquisar en ellas las herramientas políticas que utiliza el poder para reproducir relaciones de dominación, como fuera sugerido por Das (1995, en Otegui Pascual, 2009).

Ante ello, recuperamos la potencia del interrogante que plantea Barúa Caffarena (2020): ¿qué hacemos con el plus vergonzante anudado al sufrimiento psíquico, en comparación con otros sufrimientos? Este autor sostiene que la violencia moral presentes en las prácticas de atención en salud mental se vincula también a la ausencia de interrogantes sobre sus efectos, sobre la relación que vamos a construir con aquello que es vulnerable en el otro con quien trabajamos.

En una perspectiva que encuentra resonancias con aquella que sostenemos desde este escrito, este autor retoma aportes de la antropología, enfatizando las posibilidades de desplegar una *clinitaria*: una clínica en salud mental con sensibilidad comunitaria, que recupere la importancia del cotidiano próximo, que reivindique la curiosidad, la diferencia, que fortalezca procesos participativos territoriales desde los cuales reconocer, validar, incorporar y legitimar los sentidos vitales de aquellos otros con quienes trabajamos.

Reflexiones finales

En este escrito hemos ensayado una aproximación a ciertos ejes problemáticos en torno a las relaciones

entre los campos de la antropología y de la salud mental. Hemos destacado dos dimensiones fundamentales, estrechamente vinculadas entre sí y diferenciadas sólo a fines expositivos y analíticos: la investigación y la intervención.

Consideramos, a su vez, que los aportes de la antropología al campo de la salud mental pueden pensarse en torno a varias cuestiones. Por un lado, desde lo teórico, los tópicos relativos a la construcción de la otredad y la dimensión social, cultural y cotidiana de la construcción de la locura. Por otro lado, desde lo metodológico, destacamos las herramientas de la escucha y el registro. Estas herramientas, propias de la investigación antropológica, también aportan al campo de las prácticas e intervenciones. Investigar e intervenir desde una perspectiva relacional y crítica implica problematizar, des-andar una y otra vez prácticas y sentidos instalados, en un movimiento y en un diálogo interdisciplinario constantes.

Dicho esto, creemos que la posibilidad de construir aproximaciones a las experiencias de padecimientos que atraviesan los sujetos que asisten a dispositivos de salud mental en sus propios términos, que pongan el foco en su historia vital, en las formas de atención y autoatención que transitan y construyen, en sus itinerarios terapéuticos, que les permita tramar formas de acompañarse y cuidarse colectivamente, puede tener

efectos reparadores que morigeren el sufrimiento. Por ello, consideramos que los aportes de la antropología al campo de la salud mental no son sólo teóricos-metodológicos, sino también ético-políticos en la potencia de investigación e intervención.

Referencias bibliográficas

Achilli, E. (2015). Hacer antropología. Los desafíos del análisis a distintas escalas. *Boletín de Antropología y Educación*, 6(9), 103-107.

Barúa Caffarena, A. (2020). Ejedesencuadrá. Del encierro hacia el vya. Transgresiones para una salud mental sin manicomios. *Colección Psi Crítica*. Volumen 1. Asunción: Arandurá.

Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires: Topía Editorial.

Benedict, R. (1934). La antropología y el anormal. *Journal of General Psychology*, 10(2): 59-82.

Bianchi, E. (2018). Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. *Psicología, conocimiento y Sociedad*, 8, 214-257.

Blázquez Rodríguez, M. I. (2008). Una etnografía en la atención sanitaria. En: Oriol Romani, A., Larrea Killinger, C. y Fernández-Rufete Gómez, J. (coords.). *Antropología de la medicina. Metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales. XI Congreso de Antropología de la FAAEE*. 17-30, San Sebastián, ANKULEGI AntropologiaElkartea. <https://www.ankulegi.org/wpcontent/uploads/2012/03/0202Blazquez-Rodriguez.pdf>

Boas, F. (1947). *Cuestiones fundamentales de Antropología Cultural*. Buenos Aires: Lautaro.

Brusutti, C, Guirado, C, Llovera, S y Routier E. (2022). **Abordajes desde la complejidad: instituyendo derechos** desde el armado de redes con referentes socio-afectivos de usuaries de salud mental y consumos problemáticos. La experiencia de PAR Rosario. Ponencia presentada en las 9nas Jornadas de Salud Mental y Consumos Problemáticos: Abordaje desde la complejidad: instituyendo derechos en el armado de redes. Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. Ministerio de Salud de la Nación. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Cea-Madrid, J.C. y Castillo Parada, T. (2021). Enloqueciendo la academia. Estudios locos, metodologías críticas e investigación militante en salud mental. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 11(2) e 097. Disponible en <https://www.relmecsfahce.unlp.edu.ar/article/view/relmecse097/15117> visitado el 01/06/2022

CELS - Asociación Civil Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). *Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales.

Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII: 173-182.

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Cooper, D. (1986). *La gramática de la vida*. Barcelona: Planeta Agostini.

Das, V. (2017). Cómo el cuerpo habla. *Etnografías Contemporáneas*, 3(5): 302-339.

De Lellis, M. (2018). El movimiento de Salud Mental: una aproximación histórica y crítica. Material de Cátedra. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Despret, V. (2021). *A la salud de los muertos. Relatos de quienes quedan*. Buenos Aires: Cactus.

Di Nella, Y. (2012). *Inclusión mental. Políticas Públicas con enfoque de derechos*. Buenos Aires: Ed. Koyatum.

Domínguez Mon, A. (2017). Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colectiva*, 13(3), 375-390. doi: 10.18294/sc.2017.1156.

Epele, M. (2012). *Padecer, cuidar y tratar: estudios socioantropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.

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

Faraone, S. y Valero, A. (comps.). (2013). *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Fernández Álvarez, M. y Carenzo, S. (2012). Ellos son los compañeros del CONICET: el vínculo con organizaciones sociales como desafío etnográfico. *PUBLICAR - En Antropología y Ciencias Sociales*, vol. X: 9 – 34.

Foucault, M. (2014). *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (2021). *Historia de la locura en la época clásica. Tomo I*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.

Grimberg, M. (ed.). (2009). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.

Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Norma: Bogotá.

Harris, M. (2012). *El desarrollo de la teoría antropológica. Una historia de las teorías de la cultura*. México: Siglo XXI.

Huertas, R. (1991). Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría. *Rev. Asoc. EspNeuropsiq*, Vol. XI, N° 37.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Lévi-Strauss, C. (1979). *Introducción a la obra de Marcel Mauss*. En: Mauss, M. *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos.

Lévi-Strauss, C. (1994). *Antropología Estructural I*. Barcelona: Altaya.

Ley Nacional N° 26.994 Código Civil y Comercial de la Nación. Publicada en el Boletín Oficial del 08 de octubre de 2014.

Ley Nacional N° 26.657. Derecho a la protección de la salud mental. Publicada en el Boletín Oficial el 2 de diciembre 2 de 2010. Decreto reglamentario 603/2013, publicado en el Boletín Oficial el 29 de mayo de 2013.

Ley Provincial N°10.772. Salud Mental de la Provincia de Santa Fe. Publicada en el Boletín Oficial el 26 de diciembre de 1991. Decreto Reglamentario Nro 2155, publicado en el Boletín Oficial de la provincia de Santa Fe el 21 de septiembre 2007.

Lins Ribeiro, G. (1989). Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica. *Cuadernos de Antropología Social*, 1: 65-69.

Mauss, M. (1979). *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos.

Menéndez, E. (1982). *Racismo, colonialismo y violencia científica*. Revista Índice N° 6, México.

Menéndez, E. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires.

Menéndez, E. (2010). *La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo*. Rosario: Prohistoria Ediciones.

Menéndez, E. (2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*. 14(3), pp. 461-481. doi: 10.18294/sc.2018.1838.

Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso Salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, vol. XXI. Universidad de Buenos Aires, pp. 217-224.

Otegui Pascual, R. (2009). El sufrimiento: forma sociocultural del dolor. En: Grimberg, M (ed). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*, Buenos Aires: Antropofagia.

Riva Knauth, D. y Vótorra, C. (2009). Experiencia de género y vulnerabilidad para el VIH. En: Grimberg, M. (ed). *Experiencias y*

narrativas de padecimientos cotidianos. *Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia(111-128).

Rockwell, E. (1980). Etnografía y teoría en la investigación participativa. *Revista Dialogando*, Red Escolar Latinoamericana de Investigaciones Cualitativas de la Realidad Escolar, Sgo. de Chile, 29-45.

Rockwell, E. (1987). Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985). Departamento de investigaciones y de Estudios Avanzados del IPN, México.

Rockwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica*. Historia y cultura en los procesos educativos. Buenos Aires, Paidós.

Scheper-Hughes, N. (2000). Demografía sin números. El contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil. En: Viola, A. (comp.). *Antropología del Desarrollo. Teorías y estudios Etnográficos en América Latina*, Barcelona: Paidós.

Notas

1. Gil, Mariano es antropólogo. Becario doctoral de CONICET (CEACU-UNR). Investiga acerca de dispositivos estatales de abordaje de consumos problemáticos en Santa Fe. Ha trabajado en dispositivos de alojamiento para usuarias/os de salud mental y en un centro de día para personas con discapacidad.

Guirado, Carla es antropóloga. Becaria doctoral del CONICET (ISHIR/UNR-CONICET). Investiga los procesos de desinstitutionalización y dispositivos sustitutivos de lógicas manicomiales en Rosario. Trabajó en dispositivos de alojamiento para usuarias/os de salud mental y consumos problemáticos, y en un dispositivo de referentes socioafectivos de usuarias/os. Llovera, Soledad es antropóloga, doctoranda en Ciencias Sociales por la UBA. Trabajó

en espacios de prevención y en un dispositivo de atención a referentes socioafectivos de usuarias/os con consumos problemáticos. Actualmente forma parte de una Casa de Acompañamiento y Atención Comunitaria de la red SEDRONAR, en la ciudad de Rosario. Participa como adscripta en la cátedra "Debates Antropológicos en Salud" de la Licenciatura en Enfermería (FCM-UNR).

2. En 1991, la provincia de Santa Fe promulgó la Ley Provincial N° 10.772, que fue reglamentada en el año 2007. En dicha Ley se establece la progresiva y gradual sustitución de los hospitales psiquiátricos, teniendo como objetivo la erradicación de las lógicas y prácticas manicomiales, la medicalización de los padecimientos subjetivos, la internación por tiempo indeterminado, el aislamiento social, el silenciamiento y la ausencia de estrategias terapéuticas complejas y singularizadas. También establece la creación de dispositivos alternativos intra y extra institucionales, entendiendo por alternativos a aquellos dispositivos institucionales y comunitarios, clínicos, productivos, educativos y culturales orientados al sostenimiento de prácticas de asistencia al sufrimiento psíquico.

3. En la década de 1970 se inicia un arduo proceso de crítica disciplinar en el cual diversos/as antropólogos/as problematizan distintos rasgos del Modelo Antropológico Clásico, incorporando la dimensión histórico política, los conflictos, los procesos de desigualdad social, así como una revisión de las relaciones de compromiso entre antropología y colonialismo. (Menéndez, 2010)

4. Donde disease se vincula a la enfermedad como entidad construida por la biomedicina para catalogar estados considerados patológicos o anormales (de función o de estructura orgánica), estén o no reconocidos socialmente, de carácter universal, cuyo tratamiento consiste –esencialmente– en la medicalización y que son plausibles de ser medidos numéricamente a partir de valores fisicoquímicos. Por su parte, illness se enlaza al padecimiento en tanto experiencia subjetiva del dolor, social e históricamente percibida y construida por el propio paciente y por su mundo vincular significativo, incluyendo las relaciones y acciones que pone en juego para aliviar,

remediar ese dolor. Finalmente, sickness remite a la producción social de la enfermedad, a aquellas instancias que dan forma a los procesos de salud, la enfermedad, daño, padecimiento y atención como emergentes de las condiciones de existencia de los grupos sociales. En esta distinción, se privilegia a la dimensión del padecimiento como eje de indagación antropológica (Grimberg, 2009).



La inclusión sociolaboral, una noción en construcción: abordajes presentes y situados en una organización de la Provincia de Buenos Aires

DE LA FUENTE GOLDMAN, Julia
Socióloga (UNSAM). Becaria doctoral CONICET (EH LICH UNSAM). Doctoranda en Ciencias Humanas (LICH-UNSAM).

jdelafuentegoldman@unsam.edu.ar

GARCÍA, Elena
Trabajadora Social (UNLP). Coordinadora del Centro de Salud Mental Comunitaria Pichón-Rivière (HIEAyC A. Korn). Vicepresidenta de la Asociación Civil Integración Comunitaria por la Salud Mental “Una Movida de Locos”.

elugar_05@hotmail.com

Resumen

El artículo se inscribe en una investigación etnográfica más amplia realizada en Argentina con organizaciones que promueven la *inclusión social y laboral* de personas con padecimientos subjetivos. Acorda a lo que sostiene la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010 en su artículo 11, partimos de la noción inclusión social y laboral para analizar cómo se construye en una organización ubicada en la ciudad de La Plata, Provincia de Buenos Aires. Este trabajo desarrolla aspectos clave identificados en un trabajo anterior (de la Fuente Goldman y García, 2022), pero tomados con mayor profundidad para poner a debate no sólo cómo dicha noción se construye en el día a día de la organización, sino también los efectos que produce en todos sus participantes, tanto las personas identificadas con padecimientos como las que inicialmente no son identificadas como tales. Nuestra perspectiva teórica y metodológica combina la etnografía y el enfoque sociolingüístico interaccional con el análisis semántico de los discursos.

De esta manera, presentamos una interpretación situada de la inclusión sociolaboral, ya que hemos documentado cómo se pone en práctica y de qué manera se la retoma a nivel discursivo para construir significado en interacción. Nuestro trabajo se desarrolla de acuerdo a un enfoque colaborativo y de propiedad colectiva de conocimiento (Heras, 2014), que expresa una compleja trama de pensamiento entre las autoras en vínculos múltiples con distintos participantes.

Palabras clave: inclusión sociolaboral – salud mental – investigación colaborativa.

Social inclusion and ways of supporting it. Enacting frameworks constructed within an organization at the Buenos Aires Province, Argentina

Abstract

The article is part of an ethnographic larger project conducted in Argentina with organizations that promote *social and labor inclusion* of people with subjective disorders. We start by discussing the notion of social and labor inclusion as it is defined by the National Mental Health Law 26.657/2010 in its article 11. We then analyze how such notion is constructed in an organization located in the city of La Plata, Province of Buenos Aires. Taking as a starting point our findings

from a preview piece (de la Fuente Goldman y García, 2022) we develop our interpretation in greater depth to discuss not only social inclusion as a concept as work, daily, but also the effects on all participants in the organization, namely those who are identified as suffering and those who initially are not identified as such. Our theoretical and methodological perspective combines an ethnographic and interactional sociolinguistic approach with semantic analysis of discourses. We thus present a situated interpretation of social and labor inclusion as embodied, as we have documented how it is put into practice and taken up discursively to construct meaning in interaction. Our work is currently being developed according to a collaborative approach and collective ownership of knowledge (Heras, 2014).

Key words: social and labor inclusion – mental health – collaborative research

Introducción

La sanción y reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010 (LNSM) fue producto de un proceso complejo y multidimensional que aún hoy presenta grandes desafíos para su puesta en práctica. Consideramos que las nociones que aparecen en ella expresan luchas políticas, disputas, pero también acuerdos

disciplinarios y sectoriales, que en el momento de su redacción tradujeron el clima nacional e internacional respecto al campo de la salud y la salud mental. En este trabajo, partimos de la noción de inclusión social y laboral que usa la normativa para analizar cómo dicha noción se construye en la Asociación Civil Integración Comunitaria por la Salud Mental Una Movida de Locos (en adelante MDL).

Presentamos aquí un análisis que desarrolla algunos aspectos identificados en un trabajo anterior (de la Fuente Goldman y García, 2022) pero tomados ahora, con mayor profundidad y desde un ángulo que complementa la etnografía, el análisis semántico y el análisis de la interacción, vinculaciones que permiten poner en visibilidad ángulos hasta el momento no abordados. Para componer el corpus hemos producido acuerdos entre los miembros del equipo de investigación, entre nosotras como autoras y entre nosotras y la organización, tal como es característico del enfoque de colaboración en propiedad colectiva (Heras, 2014), encuadre desde el que desarrollamos nuestro trabajo. Las interpretaciones aquí volcadas son una compleja trama de pensamiento elaborado entre las autoras en vínculos múltiples con distintos participantes.

El objetivo de este texto es así presentar algunas interpretaciones situadas sobre los modos de abordaje vinculados a la inclusión sociolaboral, en un espacio

en donde este concepto se hace cuerpo, se lo pone en práctica y se lo retoma a nivel discursivo. Parte del interés en trabajar con este material reside en que MDL se funda y comienza su trabajo previamente a la sanción de la LNSM, por lo que podemos considerar que, en todo caso, la normativa es la que “expresa” la práctica que se viene llevando adelante de manera previa junto con otras experiencias de diferentes lugares del país relativas a la inclusión sociolaboral (Bejarano y Vázquez, 2020; Freytes Frey, 2018). Las preguntas que guían este escrito son: ¿de qué manera se efectúa la inclusión social y laboral en una organización concreta? ¿Cuáles son sus características? Tomando en cuenta las narrativas de algunos de sus participantes que hemos entrevistado: ¿cómo enuncian su quehacer en vinculación a los procesos de inclusión sociolaboral?

Este artículo se divide en los siguientes apartados: en primer lugar, contextualizamos el nacimiento, gestación y las principales características que asume MDL. Luego, nos adentramos en las vinculaciones entre salud mental y derechos humanos, para comprender el lugar que ocupa la noción de inclusión social y laboral desde esta clave de lectura. Más adelante exponemos el enfoque interdisciplinar colaborativo y de propiedad colectiva de conocimiento para luego presentar el análisis de las categorías nativas seleccionadas para este trabajo: *acompañar y compañeros/as de trabajo; aprendizaje*. Por

último, presentamos algunas conclusiones preliminares, advertimos sobre la importancia y necesidad de realizar esta investigación desde un enfoque colaborativo y dejamos abiertas preguntas para futuras indagaciones.

Movida de Locos

Ubicada en el casco urbano de la ciudad de La Plata, MDL nace en el año 2009 en el Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia, dispositivo de salud mental que pertenece al Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos Alejandro Korn ubicado en la localidad de Romero, Provincia de Buenos Aires. El Centro de Salud, creado en el año 2007 por la médica psiquiatra Patricia Pauluc, formada en emprendimientos productivos de inclusión, guió el desarrollo de MDL. Es allí donde se visualiza la necesidad de un espacio que se ocupara de la inclusión laboral de usuarios con padecimiento subjetivo. Para el año 2011 cinco compañeros trabajadores del espacio viajaron a Italia, subvencionados por un proyecto de cooperación italiana, en donde se capacitaron en emprendimientos sociolaborales en la cooperativa social Cittá Solidale. De esta manera, tomaron la experiencia de la desmanicomialización italiana como un ejemplo del cual es posible aprender para desarrollar prácticas similares en otras latitudes. Inclusive hoy retoman algunos tex-

tos clásicos para guiar su práctica cotidiana (Saraceno, 2013; Pasquale, 2000). La premisa rectora de la que se apropiaron a partir de esta experiencia fue la necesidad de distanciarse de la lógica con la que pueden funcionar la laborterapia o un taller, en el sentido de actividades terapéuticas controladas y protegidas para ocupar un tiempo ocioso dentro de las instituciones asistenciales. Comprendieron también la necesidad de garantizar las dimensiones de trabajo, vivienda y lazo social con el objetivo de lograr una inclusión social efectiva (García et al., 2019). Al respecto del trabajo, aprendieron que las personas que transitaban por instituciones asilares no se encuentran imposibilitadas de realizar una tarea laboral, sino que es el estigma que portan lo que les impide que se desarrollen en este ámbito. Desde esta perspectiva, sostienen que la creación de espacios socio productivos promueve procesos de desestigmatización dando lugar a prácticas que garantizan la vida en comunidad y hacen posible sostener externaciones. Estos postulados y saberes se entranan con el desarrollo de otras experiencias en nuestro país (y de otros países de la región) que sostienen la inclusión de las personas a través del derecho al trabajo (Cardoso, 2018; Freytes Frey et al., 2018; Bragulat y Flury, 2018; Manente Mazaro, 2021).

En el año 2011 la separación física entre el Centro Dr. Franco Basaglia y MDL fue central para la constitu-

ción de un “lugar propio”, y, en palabras de los coordinadores generales, producir nuevos efectos saludables en los emprendedores. Más allá de que quienes participan en MDL siempre lo hicieron de manera voluntaria, el cambio del lugar de trabajo y la separación del Centro en donde se realiza el tratamiento en salud mental inauguró un espacio que movilizó nuevos posicionamientos e identificaciones. Contar con un espacio diferenciado produjo un cambio en la identificación de ser sólo una persona usuaria de un servicio de salud mental, a una nueva imagen en el espejo: ser emprendedor. A su vez, permitió que MDL comience a admitir a usuarios de otros Centros de Salud también dependientes del Hospital A. Korn, tales como del Centro Pichón Riviere y la Casa de Prealta, práctica que se sostiene hasta la actualidad. MDL realiza un trabajo coordinado, entramado y en diálogo con los equipos citados más arriba. Es responsabilidad de esos equipos realizar el trabajo de seguimiento de cada persona que accede al sistema de salud pública (admisiones y seguimiento). Al realizar estas acciones en forma coordinada, se complementan perspectivas diferentes. De esta manera, MDL no obtiene los datos sobre los padecimientos de cada persona o el diagnóstico que el servicio público realiza, a no ser que dicho servicio decida comentar algunos aspectos con MDL porque se torna relevante.

Sostener este espacio a lo largo del tiempo no resulta una cuestión sencilla y exenta de dificultades. Garantizar un ingreso económico digno y estable resulta uno de los principales objetivos del espacio, ya que actualmente se sustenta gracias al cobro por parte de los emprendedores usuarixs del Promover¹; subsidios a los cuales acceden por presentarse en convocatorias, la cuota de los socios de la organización y la venta de sus productos (para ver en profundidad este aspecto revisar: de la Fuente Goldman y García, 2022). Asimismo, hacia finales de 2018 estuvieron a punto de cerrar su espacio físico ya que no se renovaba el contrato de alquiler. En este caso, fue gracias al apoyo de las redes colectivas que encontraron un nuevo lugar que funciona como su lugar de trabajo actual. Hacer red con otros colectivos y el hacer con otros, es lo que permite que la organización se revitalice de manera constante y construya dispositivos de inclusión y construcción de ciudadanía.

Actualmente, en MDL funciona un espacio de asesoramiento en gestión de emprendimientos en salud mental y es centro de prácticas de carreras como Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Psicología, Comunicación Social y Acompañante Terapéutico. Además, desde el año 2020 forma parte del Órgano de Revisión de la LNSM a nivel nacional representando a usuarios/as y familiares de servicios de salud mental. Hoy día la

organización se compone por los siguientes emprendimientos socio productivos: La Cuci de Abe, el programa radial Los Gladiadores de la Sonrisa, A Todo Trapo textil, LAMA Cerámica, la feria americana El Ropero de Franco, El Viverito, EscoTrap y el proyecto agroecológico Tierra de Todes.

Salud mental, derechos humanos e inclusión sociolaboral

La concepción de la salud como derecho humano y la necesidad de generar formas y modelos de atención comunitaria aparece en los organismos multinacionales (ONU, OMS, OPS) a mediados del siglo XX, a partir de la articulación de la perspectiva de derechos humanos con la crítica a las prácticas manicomiales (Faraone y Barcala, 2020). En este contexto se gestan movimientos de reforma en distintas partes del mundo. En Estados Unidos a partir de la Ley Kennedy (1963) se conforma la psiquiatría comunitaria, por ejemplo. En Cuba, se desarrolla el modelo de medicina familiar (González Cárdenas et al., 2018) y en el Reino Unido comienza un proceso de cierre de los hospitales psiquiátricos de la mano del trabajo de Cooper, entre otros (Cooper, 1978). En vinculación a estos movimientos, en la década del 70' en Italia, Franco Basaglia impulsó el proceso de desmanicomialización que se institucionalizó con la sanción de la Ley 180, las políticas de inclusión (1978) y

la Ley de Cooperativas Sociales (1991) que instituyó el marco jurídico para el desarrollo de diversas prácticas de inclusión social (Cangiano, 2018; Pasquale, 2011). Esta perspectiva es un ejemplo a nivel mundial porque vincula trabajo, salud y derechos humanos con normativas concretas y contempla la condición social de las personas apostando por la autonomía en relación con el trabajo (Basaglia, 2008). Por otro lado, en la región latinoamericana en esta misma década toma fuerza la medicina social y salud colectiva latinoamericana (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012; Casallas Murillo, 2017) que asumió distintas formas en cada país, tal es el caso de Brasil y el desenvolvimiento de la salud colectiva como campo en sí mismo (Duarte Nunes, 2010). En este país este proceso afectó al campo de la salud mental de manera directa promulgando en 2001 la ley 10.216 de reforma psiquiátrica, que habilitó experiencias vinculadas de manera explícita a la noción de inclusión laboral (Nicácio et al., 2005; Pacheco, 2013).

Las distintas experiencias de reforma plasmadas en políticas públicas, perspectivas y corrientes se hicieron eco en la Conferencia de Alma Ata (1978) donde se incorporó la necesidad de incluir los cuidados en salud mental como parte del modelo de Atención Primaria a la Salud (APS). También destacamos, entre otros, la Declaración de Caracas (1990), los Principios de Brasilia (2005), el Consenso de Panamá (2010) y la Convención

sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) como tratados y normativas con peso internacional en donde se concibe a la salud mental desde una perspectiva comunitaria. Al respecto de la Convención mencionada en el párrafo anterior destacamos dos aspectos que se tornan relevantes para nuestro argumento. En primer lugar, en su artículo 12 destaca que los Estados Partes asegurarán a las personas con discapacidad el apoyo necesario para ejercer su capacidad jurídica, aspecto que adquiere especial relevancia en relación al análisis de la categoría de “acompañamiento”. En segundo lugar, la noción de inclusión asume fundamento legal en esta normativa ya que se identifica una distinción entre el concepto de integración e inclusión en relación con el tipo de intervención. Se enfatiza allí que el primero se basa en un modelo rehabilitador a diferencia del segundo que pone el foco en la dimensión relacional con el objetivo de crear ambientes propicios que respeten los derechos humanos (Ardila Gómez et. al., 2016). En el campo educativo también aparece la noción de “escuelas inclusivas” (Dueñas, 2013; Montánchez Torres, 2015), lo que permite pensar en su legitimidad para referir cómo al tomar un enfoque de derechos se construye una matriz para la convivencia de todos los seres humanos sin discriminación.

Respecto a los cambios generados en nuestro país destacamos que en 1957 se crea el Instituto Nacional de

Salud Mental, con el objetivo de impulsar un proceso de reforma sobre los dispositivos de atención psiquiátrica. Este organismo no logró su objetivo, pero produjo debates en torno a las prácticas manicomiales y habilitó un contexto de creación de colectivos organizados para defender los procesos de reforma y de revisión crítica de los paradigmas sobre salud mental y salud mental comunitaria, la perspectiva de derechos y la salud pública integral (Galende, 2011); aspectos con gran desarrollo durante las décadas del 60 y 70 en nuestro país.² Este movimiento se interrumpió por el terrorismo de estado de la última dictadura cívico-militar (1976-1983) aunque paradójicamente, por los secuestros, torturas y genocidio, durante ese mismo período se constituyeron y participaron fuertemente organizaciones por la lucha contra los crímenes de lesa humanidad.

Al regreso de la democracia en 1983 estos debates tomaron vuelo a partir del armado del Plan Nacional de Salud Mental que contemplaba los lineamientos propuestos por el Dr. Goldemberg (Gimenez, 2009). Este marco otorgó las condiciones para que en el año 1991 la Provincia Río Negro promulgue la Ley N° 2.440 que promueve el cierre de los hospitales psiquiátricos y la transformación del modelo de atención en salud mental. Al poco tiempo, la provincia de Santa Fe sanciona su respectiva normativa (Ley N° 10.772), en donde contempla la creación de *dispositivos* sustitutos

(Freytes Frey et. al., 2018). De esta manera, durante este período se sostuvo la necesidad de generar transformaciones urgentes en las áreas terapéutico-asistenciales e institucionales, proceso que puso en evidencia narrativas que asociaban la represión y el autoritarismo de los regímenes dictatoriales con las prácticas manicomiales (Visacovsky, 2003). Se produce así una asociación explícita entre violación de derechos humanos y prácticas manicomiales (Faraone y Barcala, 2020).

La LNSM recoge toda esta historia, tensiones y experiencias, a la vez que queda escrita de modos que reflejan otras disputas que tuvieron lugar durante 1990-2010. La Ley reconoce a los usuarios/as del sistema de salud mental como sujetos de derecho y concibe a la salud mental como un proceso multidimensional (histórico, social, económico, cultural, biológico y psicológico). Para abordar esta complejidad, se establece la necesidad de generar equipos de atención interdisciplinarios que actúen mediante una red de servicios con base en la comunidad contemplándose la creación de dispositivos, entre los que se mencionan las cooperativas de trabajo y los emprendimientos sociales. En nuestro país, antes de la sanción de la LNSM, se habían comenzado ya a llevar adelante los denominados dispositivos de inclusión³ en consonancia con las distintas normativas provinciales (Morasso, 2013); experiencias que incorpora la normativa al momento de su redac-

ción. Luego de su sanción comenzaron a desarrollarse con más fuerza, por ejemplo, en la Provincia de Chubut, por medio del Proyecto ISOLE⁴, se crearon varios dispositivos de estas características (Freytes Frey, 2018). Como mencionamos, la LNSM fue el resultado de un largo proceso, de múltiples debates y disputas en donde participaron con fuerza organizaciones de usuarios/as del sistema de salud mental (Faraone, 2013; Barukel, 2013; de Lellis, 2015; D' Agostino, 2016; Faraone y Barcala, 2020). De esta manera, los conceptos plasmados en su letra son resultado de las múltiples dimensiones, disputas y lógicas que atraviesan al campo de la salud y la salud mental: lo que se había venido construyendo como consenso a nivel de salud y salud mental internacionalmente, lo que se había producido antes del golpe militar de 1976 en relación a salud comunitaria, lo que fue teniendo lugar en nuestro país en el pasado reciente post-dictadura, y la manera en que día a día una gran cantidad de dispositivos proveen un entramado de estructuras para la atención en salud dando entidad a la letra de la Ley.

Para sintetizar lo descrito hasta aquí podemos decir que, desde la segunda mitad del siglo XX, el campo de la salud mental se encuentra signado por distintas dimensiones y que entre ellas toma relevancia el paradigma de derechos que adquiere características particulares en cada contexto y lugar. Asimismo, la tensión expresada

entre procesos de garantía de acceso a derechos humanos, en combinación con la perspectiva de la desmanicomialización, y la tendencia al encierro y la medicalización (que implica también una fuerte presión hacia lo que algunos autores denominan *medicalización constante*, Conrad, 1982; Rose, 2007, Bianchi, 2019), se muestra en el campo y nos recuerda que toda normativa siempre se inscribe en un contexto sociopolítico e histórico. Por último, pero no menos importante, la noción de inclusión emerge en los tratados internacionales para dar cuenta sobre cómo las personas históricamente excluidas, estigmatizadas y marginalizadas asumen un lugar central en la confección de lineamientos e intervenciones guiadas bajo un enfoque de derechos. De esta manera, la noción supone significados que circulan, se apropian y recrean en situación, tiempos y personas diversas tal es el caso de MDL, organización que lo toma para definir su práctica cotidiana.

Enfoque interdisciplinar colaborativo y de propiedad colectiva de conocimiento. Aspectos conceptuales y metodológicos

Hemos partido de un enfoque metodológico colaborativo y de propiedad colectiva de conocimiento (Heras, 2014) que se desarrolla gracias al trabajo conjunto entre MDL y el Programa de Investigación *Aprendizaje de y en autogestión, la autonomía como proyecto humano*. El

trabajo entre estos dos equipos inició en el año 2017 y se intensificó a comienzos de 2022 en el marco de una etnografía colaborativa⁵ Este enfoque permite analizar las prácticas, discursos y sentidos en organizaciones contextualmente situadas al aplicar un marco conceptual interdisciplinar basado en el trabajo de Heras, Miano y Pagotto (2017) y Monje et. al. (2018). Consideramos que quienes participan de las organizaciones construyen su práctica y continuamente la dotan de sentido en interacción. Asimismo, producen discursos que tienen lugar en momentos del trabajo cotidiano y que también comparten en espacios que construimos para reflexionar en conjunto. Por ello, se trabajó con la materialidad del lenguaje en interacción, tal como sostiene el enfoque clásico sociolingüístico interactivo propuesto por Hymes (1976), y en consonancia con esta perspectiva, dialogamos entre quienes estamos sosteniendo un trabajo de análisis colaborativo.

Realizamos cinco entrevistas en formato conversacional (Briggs, 1986) a “emprendedores acompañantes”⁶ que generaron un marco para enunciar, dotar de sentido y analizar las perspectivas y abordajes vinculados a la categoría inclusión sociolaboral. En las entrevistas se trabajó con un consentimiento informado que complementa y extiende el firmado por MDL por medio del cual se otorga permiso para realizar tareas de investigación en el espacio. La primera entrevista se

desarrolló el mes de mayo de 2021 y las otras cuatro se llevaron adelante en los meses de mayo y junio de 2022 (en formato virtual y videograbadas con acuerdo de los participantes). Como parte del trabajo etnográfico participamos en asambleas, espacios y momentos de trabajo, ferias, festivales y jornadas de capacitación; en consonancia con la elaboración de distintos registros. Para el análisis presentado aquí seleccionamos de dicho archivo un corpus producido en los meses de mayo, julio, agosto y septiembre de 2022: notas retrospectivas (Rockwell, 1987) alojadas en un diario de campo, fotografías y audios de conversaciones⁷ tanto espontáneas como planificadas con anterioridad. Este material se produce desde la perspectiva etnográfica colaborativa y permite triangular la información producida en las entrevistas mencionadas.

El criterio de selección de los entrevistados respondió a una concepción que identificamos en MDL que define a las personas que se acercaron recientemente al espacio (un año o menos), a diferencia de los que están hace más tiempo (cuatro años o más). Este criterio en la jerga de la organización se denomina “los más nuevos” y “los más viejos” y circula cotidianamente. De esta manera, entrevistamos a tres mujeres acompañantes “nuevas” y en la franja etaria de 23-25 años (ingresaron a MDL a fines del 2021, tienen respectivamente 23, 24 y 25 años, y son estudiantes de las carreras de trabajo

social, abogacía y antropología) e integran los emprendimientos de Cerámica, El Viverito y La Cuci de Abe. También consideramos tres relatos de “los más viejos”, para lo cual entrevistamos a una emprendedora acompañante de 56 años, trabajadora de la administración pública y recientemente Licenciada en Trabajo Social. Ella se acercó a MDL en el 2016 como emprendedora acompañante de Los Gladiadores de la Sonrisa y desde el 2018 forma parte de El Viverito. La última entrevista que tuvimos en cuenta fue realizada a dos personas que actualmente ocupan el rol de coordinación general, son socios fundadores de la organización e integrantes de la Comisión Directiva. Una de ellas actualmente ocupa el rol de acompañante y la otra también ha ocupado este posicionamiento.

Partimos de un análisis anterior en donde trabajamos con este material (de la Fuente Goldman y García, 2022), donde habíamos identificado que se ponen en conjunción distintas categorías, en forma simultánea, para otorgar sentido a la inclusión sociolaboral desde la perspectiva de los emprendedores acompañantes. Éstas son: tejer redes, acompañar procesos, construir relaciones de compañerismo, asumir una posición política, aprender a acompañar, posicionarse políticamente, generar trabajo y proyectar a futuro (dirigirse al Anexo para ver un cuadro sintético de estas categorías y sus respectivas relaciones). En dicho trabajo identificamos

aspectos clave en la tríada acompañar-ser compañeros/as-aprendizaje, por lo que en este artículo optamos por profundizar en estas vinculaciones. Para comprender estos aspectos llevamos a cabo los siguientes pasos: a) Análisis de las 5 entrevistas a partir de la realización de audio mapas por parte de una de las autoras de este texto y por parte de otra investigadora, no participante de la escritura de este trabajo. b) Construcción de criterios de abordaje del material y selección de fragmentos donde se identificaban indicios o evidencia de los criterios anteriores. c) Transcripción de fragmentos y en algunos casos, de la totalidad de las entrevistas. d) Revisión de este material, así trabajado, para identificar relaciones semánticas. e) Escritura del análisis interpretativo inicial. f) Triangulación de los pasos analíticos anteriores con material de registro (notas retrospectivas, fotografías, y audios que componen el corpus más amplio de este trabajo). g) Contrastación de estos pasos con otra investigadora, no participante del trabajo de escritura de este artículo, para triangular las interpretaciones y los hallazgos h) Reinterpretación del material a la luz de los pasos anteriores. i) Profundización del análisis inicial y escritura del análisis interpretativo de este artículo.

La inclusión sociolaboral según es enunciada por quienes ocupan roles distintos

Durante el transcurso de los primeros encuentros con la organización se puso de manifiesto que quienes integran los emprendimientos se ubican (discursivamente y en sus prácticas concretas) en funciones diferenciadas. Al tomar nota de estas distinciones, y continuar preguntando sobre las mismas, se fue poniendo en evidencia que a quienes se denomina “emprendedores asociados” son personas usuarias del sistema de salud mental que por lo general han pasado por internaciones prolongadas en hospitales psiquiátricos (en algunos casos, hasta 30 años), y a quienes se denomina “emprendedores acompañantes”, son estudiantes o profesionales que trabajan y acompañan el desarrollo de los emprendimientos. De acuerdo con nuestro trabajo de campo y participación en distintas actividades fuimos documentando que quienes se ubican en el rol de profesionales/estudiantes definen su quehacer en vinculación al término inclusión sociolaboral de forma corriente y sistemática; esto no ocurre así con quienes se definen como emprendedores asociados quienes solamente en forma ocasional usan esos términos. Las ocasiones en que hemos documentado su uso por parte de los emprendedores asociados se vinculan a momentos donde explícitamente se conversa sobre el tema, que suele ser planteado en asambleas mensuales por parte de los acompañantes.

Al prestar atención a los discursos y narrativas que circulan en MDL fuimos documentando que los emprendedores acompañantes además realizan una relación explícita entre ese enunciado y la noción de “acompañar”. En primer término, el vocablo “acompañante”, como dijimos, se utiliza para designar a quienes “acompañan” el desarrollo de los emprendimientos. Sin embargo, y de acuerdo con las entrevistas realizadas, el “acompañar” se significa como un “hacer con” y no “hacer por” los usuarios emprendedores. Un ejemplo reportado en las entrevistas es que este modo de hacer es lo que ocurre en las reuniones del Órgano de Revisión Nacional, en donde el acompañamiento se lleva a la práctica cuando los emprendedores acompañantes se reúnen con los emprendedores asociados para compartir y conversar sus inquietudes, argumentos y sentimientos tanto antes como después de la jornada de reunión. De esta manera, los acompañantes presentes en la reunión deciden no intervenir para no hablar “por los asociados” sino para actuar como sostén (entrevista PS y EG, 18/5/2021). Este sentido otorgado se corrobora con nuestras observaciones donde por ejemplo en el emprendimiento de cerámica se sugieren modos de trabajo (lijado, modelado, cortes de la masa) para responder a una pregunta formulada por parte de una emprendedora asociada acerca de si “está bien o no el trabajo que estoy haciendo” (notas retrospectivas,

13/5/2022). De esta manera, registramos que a nivel discursivo existen significados que otorgan un índice para interpretar estas prácticas por parte de los acompañantes: “hacer con y no hacer por”. Pusimos este índice de sentido en relación con otras construcciones semánticas que se elaboraron en las entrevistas en relación a los enunciados “acompañante”, “acompañar”, “ser acompañados” y observamos que, si bien en las entrevistas se toma en cuenta la definición de emprendedor acompañante como la describimos ya arriba, también durante las entrevistas y en diversos momentos de trabajo observado, esa primera definición se ve rebasada por la práctica concreta y por otros significados asociados. Documentamos así un primer giro al respecto de la categoría de acompañar cuando MDL se significa como un “espacio de acompañamiento para todos” o como un “ida y vuelta” (JI, entrevista 08/06/2022), y se elabora que no ocurre de manera única y en una única dirección, sino que se produce entre emprendedores asociados (entre sí), entre asociados y acompañantes (en esa dirección, es decir, desde los asociados hacia los acompañantes) y entre los acompañantes también. Describiremos a continuación estos matices.

Matices en la noción de acompañar según son escuchados en entrevistas y observados en el trabajo en colaboración

En las entrevistas se elaboró que estar presentes, escuchar y contener, preguntarse mutuamente cómo se sienten y el “estar ahí”, ocurre de forma recíproca entre ambos roles. En este sentido, recuperamos algunas notas de campo un día que presenciamos el trabajo de uno de los emprendimientos (notas retrospectivas, 12/07/2022). Durante ese día el objetivo era poner un nylon para resguardar parte del invernadero ubicado en el jardín de MDL. En esta situación un emprendedor acompañante y un emprendedor asociado estaban encargados de colocarlo y anclarlo a una madera. Tres personas que estábamos presentes no intervinimos y estuvimos acompañando el quehacer de quienes ponían el nylon con nuestra mirada. Documentamos que sostener con la mirada el trabajo que están haciendo otros se significa como algo muy importante, precisamente porque se deja que quienes tienen que hacer, hagan, y quienes no están convocados para hacer la tarea presencien y miren. Los matices que documentamos en “el acompañar” se sintetizan a continuación en la *Tabla 1*.

Hemos observado y documentado que el acompañamiento toma distintas dimensiones temporales: corto, mediano o largo plazo de acuerdo con la situación. En cada una de estas prácticas se evalúa hasta qué punto este tipo de sostén es necesario; lo que quiere decir que el acompañamiento no se da de una vez y para siempre, sino que se crea y se recrea en interacciones cotidianas.

Por ejemplo, la práctica del “acompañar” puede interrumpirse, y transformar ese modo de vinculación en otra cosa. Un ejemplo es lo que ocurre entre coordinadores y emprendedores acompañantes en donde se hacen reuniones para ver cómo van avanzando y puede ser que evalúen que en un momento ese acompañamiento no resulte necesario. Esto implica que el vínculo entre ellos pase a tener otro matiz asociado al vínculo descripto entre emprendedores acompañantes.

Ser compañero/a

A partir de este análisis interpretativo inicial encontramos que el “acompañar” ocurre en múltiples direcciones. Asimismo, el rol o función de emprendedor acompañante se ve rebasado en la práctica porque, en tanto también un asociado puede acompañar a un acompañante, por ejemplo, el primer sentido otorgado al término (que la dirección del acompañamiento sería siempre “del acompañante” al “asociado”) se ve transformado. Aquí señalamos que este aspecto es congruente con otra noción que se presentó en las entrevistas y también fue documentada reiteradas veces en observaciones: el uso del término “compañero/a” y sus significados. Posicionarse como compañero/a es una práctica que se efectúa en todos los emprendimientos y de la que también se habla en reuniones y asambleas.

Participantes involucrados	Formas de acompañar
Entre emprendedores acompañantes	Se ponen en común maneras de intervenir para resolver tensiones o conflictos, lo que varios entrevistados identifican como útil para visualizar cómo actúan otros en distintas situaciones y aprender sobre estos modos de accionar
Entre emprendedores asociados	Un asociado explica a otro sobre cómo confeccionar un producto, o también en los momentos que se observa una práctica que está realizando otro
Entre emprendedores acompañantes y emprendedores asociados, de ida y vuelta	Si bien por definición del “emprendedor acompañante” se supone que éste acompaña al “asociado”, en la práctica y en los relatos de entrevistas aparecen ejemplos de ida y vuelta (es decir, donde los asociados son quienes acompañan a los acompañantes)
Coordinadores y emprendedores acompañantes	Integrantes de la Comisión Directiva de la Asociación (que son o han sido acompañantes en su momento) pueden convertirse en referentes de un emprendimiento específico o acompañar a gente “nueva” que no tiene compañeros al interior del emprendimiento con un tránsito prolongado en la organización

Tabla 1: Formas de acompañar y participantes involucrados/as. Realización propia.

En primer lugar, identificamos una distinción entre dos posicionamientos que significan lo que implica ser “compañero/a”, otorgándole distintos matices (entrevistas a EM y ME, realizadas los días 2/6 y 17/5/2022). El primero de ellos vincula el “ser compañera” a tener empatía, escuchar y asumir una actitud de “extrañamiento” o desnaturalización que permite comprender el lugar de la otra persona. En cambio, el otro registra que ser “compañera” aparece como un respeto hacia la subjetividad del otro, que implica establecer vínculos “más allá de que no compartas el mismo pensamiento”.

Este segundo modo supone una búsqueda constante sobre puntos en donde las personas pueden conectar y engendrar algo en común, apostando a una construcción colectiva que excede a la suma de las partes y que adquiere características únicas de acuerdo con las personas que se pongan en vinculación entre sí. A su vez, esta búsqueda no es del todo consciente, sino que se relaciona más con un sentido práctico o una intuición sobre cómo manejarse en distintas situaciones. Ambos posicionamientos suponen distintos matices de lo que implica el “ser compañera” aunque en los dos se apun-

ta a tener un “registro” de quién es el otro dejando de lado prejuicios o etiquetas previas. Resulta interesante pensar que estos matices se relacionan con otras experiencias que transitaban los acompañantes en donde aprendieron distintas maneras de estar con otros y que, a su vez, estos posicionamientos pueden ser ocupados por una persona u otra de acuerdo con el contexto de interacción.

En otro sentido, el término compañero/a alude al menos a dos significados que se distinguen entre sí, pero se complementan, a la vez, y son el de compañero/a de trabajo y el de compañero/a de socialización. Damos cuenta de estos aspectos de manera sintética en la *Tabla 2*.

En lo que respecta al aspecto de “ser compañeros de trabajo” documentamos que no se encuentran roles fijos y que para asumir los diferentes roles se toman en cuenta dos tipos de necesidades: las del emprendimiento y las de las personas. Así, ser “compañero” implica “acompañar” el deseo del otro tanto para asociados como para acompañantes. El “método de trabajo” respecto a la división de roles resulta singular en cada emprendimiento, muchas veces esta división se corresponde con los dos roles a los que hacemos mención siendo los asociados los que están abocados al proceso productivo mientras que los acompañantes se encargan de la parte contable y económica. Hay momentos en

que esta división se desdibuja. Tal es el caso de La Cuci, donde a uno de los asociados le gusta trabajar con números, por lo que se encarga de hacer las cuentas del día (entrevista ME, 17/05/2022). Otro aspecto que influye en la forma que adquiere dicha división se corresponde con los saberes que cada persona porta de otras experiencias y hace cuánto se está en el emprendimiento. De todos modos, no se considera una tarea más importante que la otra, esto es, no resulta más relevante ocuparse de la cuestión contable que de la productiva, ya que todos los roles se consideran necesarios para sostener la producción en los espacios. Este aspecto plantea la complejidad de cómo se da esta característica in situ ya que adquiere matices diferentes de acuerdo con el colectivo al que hagamos mención.

En una tercera acepción, ser “compañero/a de trabajo” se relaciona con el modo en que se toman decisiones tanto en los emprendimientos como en las reuniones de acompañantes y el Empresam (asamblea que ocurre mensualmente y reúne a todos los emprendedores pertenecientes a la organización). Tanto de las observaciones y las entrevistas realizadas surge que, para sostener una relación de compañerismo, resulta necesario considerar un criterio de organización construido por parte de MDL a lo largo de sus años de funcionamiento. Este criterio consiste visibilizar qué actividades, procesos y acciones son posibles de sostener por parte

Prácticas	Sentidos y matices
Viajar	Establecer momentos de relación fuera del ámbito de trabajo y conocer lugares nuevos otorga el contenido de “ser compañero de viaje” y “de aventuras”; tienen un matiz de encuentro con lo inesperado y de conocer aspectos no conocidos del “compañero” porque se despliegan solamente en este ámbito diferente
Tomar desayuno, merienda o almuerzo	Compartir comida (que toma valor nutritivo y simbólico a la vez) y tener momentos de socialización, lo que le da un matiz de “compañía de escucha” por la conversación que se desarrolla
Sostener el emprendimiento productivo	Realizar entre todos la actividad que sostiene en concreto el proceso productivo (por ejemplo, en el caso del emprendimiento textil, cortar las telas, cocer las piezas, etc.), prácticas vinculadas a tejer redes para insertarse en el mercado, las relaciones de comercialización a la hora de vender los productos y el manejo de la economía del emprendimiento
Tabla 2: Prácticas, sentidos y matices de la noción de compañero. Realización propia.	

de ellos mismos, para luego compartirlas con el resto del equipo de trabajo (entrevistas a EM y ME, 2/6 y 17/5/2022). Por ejemplo, en algunos casos los acompañantes proponen “achicar las posibilidades” sobre una decisión para luego compartirla con el resto del grupo, para que la decisión última se tome entre todos, aspecto que se plantea como punto a profundizar, ya que es sólo uno de los modos de cómo se efectúa contextualmente este criterio. A su vez, este punto no sólo se vuelve relevante para ser “compañeros/as de trabajo” sino que también para efectivamente poder “acompañar”. Es una práctica que se realiza entre emprendedores acom-

pañantes y asociados en donde los acompañantes son los que consideran cuáles son sus propias posibilidades de sostener una actividad o decisión, con el objetivo de que si se decide realizarlo, se pueda acompañar el proceso, otorgando dinamismo y operatividad a la hora de tomar decisiones. Al producir este tipo de análisis, este punto complejiza la mirada sobre qué concebimos como “ser compañero/a” y “acompañar”, sobre todo respecto a decidir dónde ubicar algunos modos de significar estas categorías.

Aprendizaje

En el análisis interpretativo inicial habíamos identificado como relevante el concepto de aprendizaje. En la presente elaboración analítica proponemos que esta categoría resulta a su vez explicativa de cómo se encarnan estos modos prácticos de hacer: acompañar y ser compañeros son modos que se aprenden y están en desarrollo. Entre los entrevistados se identificó que para los ‘más nuevos’, “ser compañero” y “acompañar” fueron modos aprendidos en esta organización (es decir, en sus vidas es una novedad); en cambio ‘los más viejos’ lo aprendieron en experiencias que tuvieron lugar a lo largo de sus trayectorias.

Al establecer vínculos de compañerismo se produce un aprendizaje sobre cómo conversar, cómo hacer uso de la palabra, cómo intervenir, cómo resolver conflictos, cómo escuchar, conocer al otro, estar atento a su humor y saber cómo tratarlo. Uno aprende a conocer al otro y que el otro te conozca por lo que el aprendizaje resulta de un proceso social, recíproco, mutuo y que se genera en vinculación. Al mismo tiempo, este modo práctico de hacer se asocia al “piso construido” por la organización que brinda capacidad de reinención y creación en momentos complicados (entrevista PS y EG, 18/5/2021). Un ejemplo en donde el contexto los obligó a reinventarse ocurrió durante la pandemia en donde tuvieron que aprender a vender de manera online y uno de los emprendimientos logró insertarse

en una de las ferias locales para la venta de sus productos. Este punto tiene que ver con “darle para el frente”, “organizar”, “poner la cara” y “hacer cosas todo el tiempo”, en una realidad que es fluctuante, movida y por momentos adversa para este tipo de organizaciones (entrevista EM, 2/06/2022).

Por último, tanto los acompañantes como los asociados se autodefinen como emprendedores. La categoría “emprendedor” adquiere un significado particular en donde personas que en otro momento y lugar pueden considerarse psicólogos, trabajadores sociales, estudiantes, pacientes o usuarios aquí toman la categoría y la resignifican para considerarse de “igual a igual”. Según uno de los relatos, el mismo barrio en donde se ubica MDL cambió su mirada de la locura, de la salud mental y del padecimiento subjetivo (entrevista PS y EG, 18/5/2021). Estos movimientos hacia algo distinto, hacia nuevas identidades y hacia una nueva concepción del otro los consideramos saberes y aprendizajes que también ocurren en este espacio.

Reflexiones finales: la inclusión sociolaboral, un modo práctico de hacer, de decir y enunciar

La noción de inclusión aparece en organismos internacionales para hacer referencia a modos de intervención para incorporar a personas históricamente ex-

cluidas y estigmatizadas al entramado social, político y económico, bajo una perspectiva de acceso a derechos. En nuestro país, la LNSM plasma en su letra la noción de inclusión sociolaboral como una acción necesaria para incluir a personas con padecimiento subjetivo por medio de distintos dispositivos y desde una perspectiva de derechos humanos. Partimos de suponer que la noción es producto de significados que circulan, se apropian y recrean en situación, tiempos y personas diversas por lo que nos propusimos indagar cómo se hace cuerpo en una organización concreta. El análisis brindó claves para comprender tres aspectos 1) los sentidos forjados situacionalmente en prácticas e interacciones que tienen lugar en la organización y pueden vincularse con el término inclusión sociolaboral, 2) las maneras en que se enuncian dichas interacciones y modos de hacer en el transcurso de las entrevistas y en el trabajo de campo, y, 3) con cuáles otros sentidos, enunciados y prácticas se vinculan estos abordajes por medio del análisis de relaciones semánticas.

Inicialmente encontramos que en MDL a nivel discursivo, y en consonancia con lo que plantea la LNSM, aparece un lenguaje que vincula la inclusión sociolaboral con la categoría de “acompañar”, en referencia a un tipo de vinculación que se efectúa de personas profesionales/estudiantes a personas usuarios/as de instituciones psiquiátricas. Al conectar este modo de significar

con lo que ocurre en distintos contextos de interacción encontramos que existen otros significados que rebasan la categoría y no se refieren únicamente a un accionar que ocurre en esta dirección, sino que, existen idas y vueltas, ocurre de manera mutua, en múltiples vinculaciones y direcciones y que, a su vez, produce múltiples efectos. Este movimiento es congruente con la aparición de otra categoría: “ser compañero/a”, que también adquiere distintos matices. Este término presenta líneas interesantes para seguir indagando, ya que abre la pregunta sobre el tipo de formas que adquiere la toma de decisiones en cada emprendimiento –y en MDL en términos generales– y las profundas vinculaciones entre ser compañero/a y acompañar. A su vez, encontramos que la categoría de “aprendizaje” resulta explicativa y resignifica a las categorías anteriores ya que tanto el “ser compañero/a” como el “acompañar” son modos de hacer que se aprenden. También resulta importante destacar que los abordajes asociados a la inclusión se significan de manera distinta de acuerdo con la persona que enuncia o acciona, punto que se conecta por las distintas trayectorias vitales de cada uno de sus integrantes. El enfoque colaborativo adoptado en este trabajo permite revisar y revistar a MDL su práctica cotidiana sobre los modos en que las personas nuevas se incluyen y las distintas formas de socializar la experiencia de quienes se encuentran hace más tiempo. A

su vez, este enfoque adoptado visibiliza el entramado dinámico que caracteriza a la organización ya que es en el mismo acto de colaboración (en documentar la práctica, reflexionar sobre ella, producir análisis conjuntos y contrastarlos con la mirada de otros participantes de este proyecto y de la organización) que podemos comprender las claves de sentido otorgadas en el día a día y cuerpo a cuerpo.

Dejamos planteados interrogantes que aún no nos ha sido posible abordar pero que cobran relevancia ya que dentro de MDL se está dando un proceso para generar formalmente una cooperativa de trabajo, para lo cual nuestro análisis es un aporte relevante. Dejamos indicado así que, si la categoría “acompañar” y “ser compañero/a” funciona para todos/as, por parte de todos/as y adquieren características distintivas de acuerdo con quién la corporiza (en su discurso y práctica). ¿A quién conmueve/afecta/incluye la puesta en marcha de los emprendimientos productivos? ¿Sólo a quienes son considerados emprendedores asociados? ¿Qué marco analítico interpretativo podemos emplear para analizar la multiplicidad de efectos que producen estos espacios? Y, por último, considerando la complejidad que adquieren los abordajes en MDL sobre la inclusión social y laboral: ¿cómo sostiene y expande a la organización la dinámica que se genera de este modo?

Referencias bibliográficas

Ardila-Gómez, S., Hartfiel, M. I., Fernández, M. A., Ares Lavalle, G., Borelli, M. y Stolkner, A. (2016). El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Salud Colectiva*, 12(2), 265-278.

Barukel, A. (2013). La Nueva Ley de Salud Mental y los actores: de corporativismos palaciegos y de oportunidades para la superación. Aportes desde el análisis de políticas. *Revista Salud Mental Y Comunidad*, (3), 41-49.

Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires: Topía Editorial.

Bejarano, F. y Vázquez, A. (2020). *Emprendimientos sociolaborales en Salud Mental: apuntes para una pragmática de lo social*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones INCLUIR.

Bianchi, E. (2019). ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 9, 1-24.

Bragulat, J. y Flury, J. (2018). Un marco conceptual para acercarnos al estudio de las cooperativas sociales, en Bragulat *Las cooperativas sociales en la prestación de servicios asistenciales: Análisis y experiencias de su potencial desarrollo en América Latina*, Saenz Peña: Editorial de la Universidad Nacional de Tres de Febrero.

Briggs, C. (1986). *Learning how to ask. A sociolinguistic appraisal of the role of the interview in social science research*. Oxford: Cambridge University Press.

Cangiano, P. (2018). El caso italiano: abordaje histórico y funcional de las cooperativas sociales, en Bragulat *Las cooperativas socia-*

les en la prestación de servicios asistenciales, Saenz Peña: Editorial de la Universidad Nacional de Tres de Febrero.

Cardoso, D. (2018). *Desmanicomialización en Uruguay: experiencias de gestión colectiva en dos emprendimientos de trabajo-acogida-vida* [Tesis de maestría, Universidad de la República Uruguay, Facultad de Psicología].

Casallas Murillo, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Rev. Cinc. Salud*, 15(3), 397-408.

Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social, en Ingleby *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*, Barcelona: Editorial Crítica.

Cooper, D. (1978). *El lenguaje de la locura*. Barcelona: Editorial Ariel.

D' Agostino, A. (2016). Políticas sociales en salud mental y transformaciones del Estado en Argentina (1945-1990). *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 62(2), 127-138.

de la Fuente Goldman, J. y García, E. (2022, 5 de agosto). *Inclusión sociolaboral: un análisis sobre las perspectivas de Movida de Locos*. XV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población: Escenarios para la pospandemia: nuevas subjetividades, cuidados y políticas en salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.

de Lellis, M. (2015). Un nuevo paradigma en la salud mental: ejes de la transformación, en de Lellis *Perspectivas en salud pública y salud mental*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos.

Díaz, F. (Director). (2021). *Desmontar la Máquina. Un documental sobre salud mental comunitaria* [Película].

Duarte Nunes, E. (2010). Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos. *Salud Colectiva*, 6(1), 11-19.

Dueñas, G. (2013). Acerca de algunas cuestiones invisibilizadas detrás de las Escuelas Inclusivas. *Revista RUEDES*, (4), 40-54.

Faraone, S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental Y Comunidad*, (3), 29-40.

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

Freytes Frey, M. I. (2018). Otras experiencias de cooperativas sociales en Argentina: la inserción socio-laboral de sectores en situación de vulnerabilidad, en Bragulat. *Las cooperativas sociales en la prestación de servicios asistenciales: Análisis y experiencias de su potencial desarrollo en América Latina*, Saenz Peña: Editorial de la Universidad Nacional de Tres de Febrero.

Freytes Frey, M. I., Sena, S., Copello, M., Martinez, M., Naberger, M., Vila, V., Russo, C., Garzón, A. C., Belfi, S. y Araujo, M. V. (2018). *Diagnóstico sobre Empresas Sociales en Salud Mental en Argentina. Cooperación Social Argentina*. UNTREF, UNQ, UNLa y UdC.

Galende, E. (2011). Editorial. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (3), 6-12.

García, E., Fernández, M. L. y Lucentini, V. (2019). *EMPRESAM, Emprendedores en Salud Mental. Experiencia de Trabajo desde el Campo de la Salud Mental. Construcción colectiva por el derecho al trabajo: Una Movida de Locos*. II Congreso Nacional de Economía Social y Solidaria: La economía popular ante la crisis. Por la defensa de derechos y hacia una economía social y ambientalmente sostenible. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.

Giménez, M. (2009, 25 y 26 de marzo). *La Empresa Social como estrategia de Salud Mental Comunitaria.* Jornadas del Proyecto Integración socio-económica y Lucha contra la Exclusión Social. Áreas Prioritarias de la Argentina. Escuela Bional para Operadores Socio-sanitarios y Comunitarios del Proyecto ISOLE. Viedma, Chubut.

González Cárdenas, L. T., Cuesta Mejías, L., Pérez Perea, L., Presno Labrador, M.C., Fernández Díaz, I. E., Pérez Díaz, T. C., Guerrero Chacón, S. E., y Pérez Charbonier, C. (2018). El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. *Rev. Panam Salud Pública*, 42, 1-7.

Heras, A. I. (2014). Lógica colaborativa y generación de conocimiento colectivo. Alcances y tensiones en las relaciones investigación-sociedad. *Población & Sociedad*, 21(2), 137-150.

Heras, A. I. (2018). *Mutuo. Aportes del pensamiento de Sándor Ferenczi al análisis de grupos e instituciones.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones INCLUIR.

Heras, A. I.; Miano, A., Pagotto, A. (2017). Una apuesta por la vida: ética y estética en formas colectivo-solidarias. *NÓMADAS*, (46), 129-149.

Hymes, D. (1974). *Foundations in Sociolinguistics: An Ethnographic Approach.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Ley Nacional de Salud Mental Argentina N° 26.657. Boletín Oficial N° 32041. Buenos Aires, Argentina, 3 de Diciembre de 2010.

Manente Mazaro, L. (2021). *Histórias de vida de pessoas em sofrimento psíquico sobre a inclusão no trabalho na perspectiva de economia solidária: ecologia de saberes revelando que recriar é preciso.* [Tesis de doctorado, Universidad Federal de Sao Carlos].

Monje, A. M., Burin, D., MTA y Heras, A. I. (2018). Dislocando la propiedad. Un análisis sobre usos del espacio en una experiencia colectiva en Rosario. *Revista Huellas*, 22(2), 35-54.

Montanchez, T. M. (2015). La educación como derecho en los tratados internacionales: una lectura desde la educación inclusiva. *Revista de Paz y Conflictos*, 8(2), 243-265.

Morasso, A. M. (2013). Gestión de modelos de externación de adultos con alteraciones mentales y el impacto en la desinstitucionalización en Argentina. *Visión de Futuro*, 17(2), 40-58.

Nicácio, F. N., Mangia, E. F. y Ghirardi, M. I. (2005). Projetos de inclusão no trabalho emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. *Rev. Ter. Ocup*, 16(2), 62-66.

Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1990). Declaración de Caracas.

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005). Principios de Brasilia.

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010). Consenso de Panamá.

Pacheco, M. L. (2013). *Saúde Mental e Economia Solidária: trabalho como dispositivo de autonomia, rede social e incluso.* [Tesis de maestría, Universidad de Brasília].

Pasquale, E. (2000). *Psiquiatría y salud mental*. Trieste: Asterios Editore.

Pasquale, E. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste Italia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 345-351.

Rockwell, E. (1987). *Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985)*. México: DIE.

Rose, N. (2007). Terapia y poder. Tecne y ethos. Archipiélago: *Cuadernos de crítica de la cultura*, 76, 101-124.

Saraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Editorial Pax.

Stolkiner, A. y Ardila Gómez, 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*, XXIII, 57-67.

Visacovsky, S. (2003). Pensar *El Lanús*, pensar la Argentina. *Psicoanálisis APdeBA*, XXV(2/3), 441-455.

Notas

1. Programa social del Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social destinado a trabajadores desocupados mayores de 18 años con certificado de discapacidad y residencia permanente en el país que buscan empleo.

2. En la película “Desmontar la Máquina” (2021) dirigida por Francisco Díaz, se pueden ver parte de estos procesos. Agregamos que en este período hay muchos trabajos que proponen pensar a las instituciones psiquiátricas u hospitalarias desde una perspectiva

antimanicomial (Heras, 2018). Sería muy difícil aquí reponer toda la literatura que da cuenta de estos movimientos aunque destacamos el trabajo de Pichón Riviére, José Bleger y Fernando Ulloa.

3. Estas organizaciones se autodenominan de modos distintos: cooperativas sociales, empresas sociales, emprendimientos, espacios productivos, unidades productivas, cooperativas, entre otras. Si bien varios de estos espacios no se encuentran formalizados como cooperativas de trabajo muchas veces ellos toman el término para definirse de esa manera.

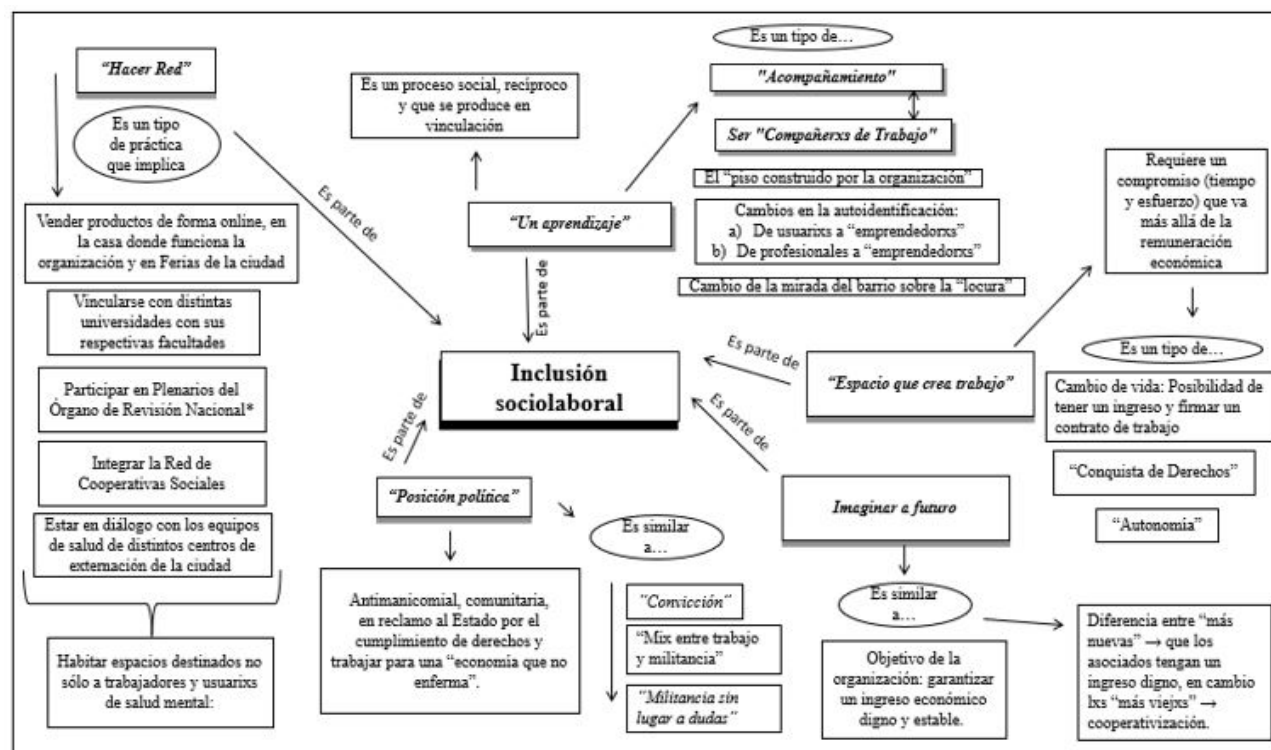
4. El Proyecto ISoLE inició en el año 2008 y tuvo una duración de tres años. Este Proyecto fue un programa de cooperación entre Argentina e Italia asociado al tercer sector y tuvo como principales beneficiarios a las personas usuarias de salud mental de las provincias de Chaco, Buenos Aires, Chubut y Río Negro. Su objetivo era la intervención en salud mental por medio de la creación de espacios de trabajo socio productivo.

5. La colaboración inició gracias a la participación de los dos equipos de trabajo en la Red de Cooperativas Sociales, organización que funciona a nivel nacional desde el año 2017 y que agrupa experiencias de cooperativas de trabajo, emprendimientos de inclusión sociolaboral para personas con padecimientos subjetivos, universidades nacionales y asociaciones civiles con el objetivo de fortalecer al sector y reclamar el acceso a políticas públicas. En marzo de 2022 se realizó un acuerdo de trabajo entre los dos equipos para profundizar el trabajo en conjunto (que incluye participación en actividades, entrevistas, acompañar jornadas de trabajo, toma de fotografías, etc.). En este marco se comenzó a desarrollar una etnografía colaborativa como parte de un proyecto doctoral en curso.

6. Los “emprendedores acompañantes” se definen como personas que “acompañan” el desarrollo de los emprendimientos. La distinción entre “emprendedores acompañantes” y “emprendedores asociados” se aborda en el siguiente apartado.

7. Como criterio para presentar lo ocurrido en las entrevistas referenciamos la fecha del encuentro y las iniciales de los/as entrevistados/as. Para las notas de campo asignamos la fecha de elaboración del registro.

Anexo



Un enfoque necesario e imprescindible: salud mental con perspectiva de género y diversidad

BROGGI, Diana

Ex-Subsecretaria de formación, investigación y políticas culturales para la igualdad, Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (MMGyD). Licenciada en Psicología, (UNLP).

Nota escrita en septiembre del 2022.

Pensar y hacer la salud mental con mirada de género y diversidad es necesario e imprescindible siempre, pero aún más cuando lo hacemos ubicándonos en esta temporalidad y en nuestro territorio, con atención al contexto histórico que nos enmarca. Sin dudas los efectos de la pandemia en la salud mental de las/los/les argentinx resuenan y resonarán en un proceso que atravesamos como sociedad. Un proceso de historización, incluso con resignificaciones, que para llevarlo adelante necesita ser situado e inclusivo. Para eso precisamos considerar la situación de desigualdad de las mujeres y de la población LGTTBI+ como un primer punto al que prestar atención. El rol del Estado es fundamental en este sentido, ya que es mediante las políticas públicas el camino necesario a recorrer.

Desde el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (MMGyD), pensar y hacer las políticas públicas con una mirada de derechos humanos, trabajando hacia la igualdad, implica el abordaje específico de dichas desigualdades, en clave interseccional

y junto a una labor transversal, para poder operar de forma efectiva sobre ellas y erradicarlas.

Si consideramos cuánto se ha avanzado en la Argentina en términos de cambios de paradigma en distintas temáticas, vemos que se expresa en normativas y leyes de avanzada, podemos dar cuenta de los desafíos profundos sobre los cambios sociales y culturales que necesitamos. Por ello, es preciso ver y revisar lo que representan las “leyes veintiseismil”, como lo son; la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (2005), la Ley 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009), y la propia Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), en términos de implicancias para un cambio cultural necesario.

En lo que hace a las leyes de género y diversidad, específicamente relacionado al avance en los últimos años, podemos citar aquellas como la Ley Micaela 27.499 (2019), la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2021), la Ley 27.611, denominada Ley Nacional de Atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia (2021), o la Ley 27.636 de Promoción del acceso al empleo formal para las personas travestis, transexuales y transgénero “Diana Sacayán-Lohana Berkins” (2021).

Son normativas que implican ampliaciones de derechos y que promueven acciones desde la transversalidad, pero también nos reclaman nuevas indagaciones y respuestas.

En este sentido, por ejemplo, la pregunta que nos hacemos cada vez que implementamos la Ley Micaela es: ¿cómo actuamos las leyes? Se trata de una pregunta disparadora, que es profunda en tanto nos invita a trabajar intersectorialmente y nos ubica ante la responsabilidad de modificar institucionalmente lo que deba ser modificado, entendiendo que el diseño y la ejecución de las políticas públicas supone un compromiso que es el de articular planos complejos, logrando resultados. Sin dudas, los pasos hasta ahora en estos temas han sido significativos, y lo siguen siendo, a la vez que aumentan los desafíos invitándonos a redoblar los esfuerzos.

La agenda de salud mental con perspectiva de género y diversidad nos encuentra con una cantidad enorme de temas que se expresan en problemáticas cotidianas, y nos enfrentan a la necesidad de enmarcarlas intersectorialmente para abordarlas. Al realizar un primer recorte, inmediato, tomamos un emergente: aquel que surge a la hora de observar los efectos nocivos en la salud mental de las mujeres y la población LGTTBI+ que sufren violencias por motivos de género. La naturalización de las mismas, su identificación y el proceso de salida de la situación de violencia requiere una mirada

y acompañamiento en términos de salud mental con perspectiva de género. En este sentido, desde el MMGyD se articulan acciones que van desde la propia presencia de profesionales de la salud mental en todos los equipos técnicos (desde la Línea 144 a los equipos PAD¹ en todo el país), al trabajo en articulación con el Ministerio de Salud de la Nación y la Dirección Nacional de Salud Mental.

No podemos olvidar la patologización, estigmatización y discriminación hacia la población LGTTBI+, que también se expresa en el impacto sobre estas personas, a la vez que se exacerba en un contexto de mayor intolerancia y proliferación de discursos de odio, cuya direccionalidad muchas veces está orientada en la agenda de género y diversidad. La dimensión de la salud mental es clave en el abordaje de las violencias y se expresa en la escucha necesaria con perspectiva de género y diversidad, y la comprensión desde el paradigma que se plantea desde el MMGyD con una mirada integral, con el foco puesto en la prevención y en la reparación.

A sabiendas de que la contracara de las violencias son las desigualdades, es que las políticas de igualdad son centrales en este Ministerio. Entonces, en los múltiples planos posibles, hay uno evidente y es aquel relacionado a la no distribución de los cuidados. La transversalidad de la agenda de salud mental en esta dimensión trae aparejados los efectos en la subjetividad vinculados a la

pandemia. En ese sentido, abrir la pregunta acerca del efecto de esa no distribución de los cuidados intrafamiliares, por ejemplo, en la salud mental de las mujeres, ha sido abordada por Débora Tajer y Ana María Fernández –integrantes del consejo asesor del Ministerio–. Ambas vienen aportando en este sentido y llevando adelante lineamientos claros que enriquecen la mirada, desde la cual fue presentado en junio de 2022 el mismo Proyecto de Ley "Cuidar en Igualdad", que propone la creación del Sistema Integral de Políticas de Cuidados en Argentina (SINCA). En esta misma línea, en marzo de este año, en el marco de Nosotras Movemos el Mundo2, ambas psicólogas pudieron realizar un aporte muy significativo, ubicando una serie de ítems más que relevantes para el trabajo a futuro en materia de género, salud mental y cuidados.

La importancia de la articulación interinstitucional es la clave para lograr la transversalización. En esa construcción de sinergias institucionales hay buenas prácticas a destacar, como las mencionadas previamente, vinculadas a la propia articulación de los equipos en las tareas cotidianas y en la gestión. A este listado sumamos el trabajo de elaboración de materiales, como es la guía elaborada junto a la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar), denominada "Lineamientos para abordar los consumos problemáticos de sustancias desde una perspectiva de

género y diversidad” (2022). Se adhiere el trabajo realizado en materia de formaciones, como fue la realización de la Escuela Popular Bernarda Saucedo en el Hospital “Dr. Alejandro Korn” en el corriente año, tratándose de la primer escuela popular que reunió a trabajadoras, usuarias y vecinas de la comunidad en Melchor Romero, La Plata. Dicho esto, aclaramos que, a su vez, existe una línea de trabajo específica que se viene realizando con los hospitales monovalentes, en relación estrecha con el Ministerio de Salud.

Entonces, “¿qué implica la transversalidad?” es la pregunta recurrente, sobre todo cuando indagamos acerca de cuál es el modo de plasmarse en las prácticas institucionales. La política desde el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación se construye de este modo y responde a la cuestión con una mirada federal, que implica conocer los territorios y saber escuchar como parte de esa trama que se construye en la vinculación jurisdiccional. Dado que las desigualdades tienen efectos en la salud mental, trabajar sobre ellas implica una labor específica y un desafío urgente.

Notas

1. Programa Acercar Derechos del Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (Resolución 55/2022, Ministerio de las Mujeres Géneros y Diversidad).

2. Política cultural del MMGyD junto con el Ministerio de Cultura desde el 2020. Transcurre en la semana previa al 8 de marzo y en la misma se desarrolla una agenda de actividades formativas, culturales, artísticas, de debate, a nivel federal, interministerial, intersectorial.



Salud Mental y violencia de género en tiempos pandémicos

CAPONI, Sandra

Doctora en Filosofía, (Unicamp, Brasil).
Profesora titular del Departamento de sociología
y Ciencia política de la Universidad Federal de
Santa Catarina (UFSC, Brasil). Investigadora del
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
e Tecnológico (CNPQ), Ministerio de Ciencia,
Tecnología e Innovación, Brasil.

sandracaponi@gmail.com

El día 10 de junio de 2021, la Organización Mundial de Salud lanzó las “Orientaciones sobre servicios de salud mental comunitaria” (WHO, 2022), promoviendo un abordaje de la salud mental global centrada en la persona y basada en los derechos humanos. Este documento presenta, en más de 300 páginas, una crítica contundente al modelo psiquiátrico centrado en la definición y multiplicación de diagnósticos y terapéuticas psicofarmacológicas. La fragilidad de ese modelo fue cuestionada en diferentes momentos históricos, desde las críticas dirigidas al encierro en los manicomios, hasta las actuales críticas dirigidas a la psicofarmacologización de los sufrimientos cotidianos.

La OMS propone priorizar un abordaje a la salud mental que esté atento a los contextos sociales que provocan los sufrimientos, abordando situaciones de exclusión, pobreza, bullying o racismo. Afirma que, para que ese paso pueda ser dado, es necesario cambiar la mentalidad de los profesionales de salud, ampliar sus perspectivas, eliminar actitudes estigmatizantes y prác-

ticas coercitivas. En esa misma línea, diversos psiquiatras críticos (Moncrieff, 2013a, 2013b; Gotszche, 2016) han mostrado el impacto que el modelo médico centrado en drogas psicotrópicas ha tenido en la gestión de la salud mental, contribuyendo a silenciar las causas sociales y psicológicas que pueden causar sufrimientos.

Sin embargo, concluida la pandemia de Covid-19, reiteradamente se habla de la aparición de una nueva pandemia, ahora referida al aumento de trastornos mentales, que afectaría principalmente a las infancias. En tiempos pospandémicos es preciso estar atentos a la banalización de diagnósticos psiquiátricos ambiguos, a las internaciones evitables o innecesarias a las que son sometidos niños y adolescentes, así como a la prescripción masiva de terapéuticas psicofarmacológicas con efectos colaterales graves. Sabemos que ese tipo de situaciones ocurrirá si permitimos que los sufrimientos sean traducidos como síntomas de algún trastorno psiquiátrico definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (mayormente conocido como DSM, por sus siglas en inglés), desconsiderando los graves problemas sociales provocados por la pandemia, entre otros, el aumento de situaciones de violencia doméstica y de abuso sexual.

Según las orientaciones de la OMS deberemos abordar los padecimientos psíquicos provocados por la pandemia desde una perspectiva centrada en derechos

humanos, observando de qué modo, en cada caso concreto, impactaron los contextos de vida o los determinantes sociales en la salud mental de las infancias y los adultos. James Davies (2021) considera necesario analizar de qué forma cuestiones como la inseguridad, la soledad, la marginación, el racismo o el acoso sexual y escolar contribuyen a la multiplicación de sufrimientos psíquicos. Esto implica “diseñar políticas sociales mentalmente saludables y velar por que todas nuestras intervenciones incluyan una perspectiva sociológica” (p. 320).

Politizar el sufrimiento psíquico exige estar atentos a un doble registro. Por un lado, debemos analizar en términos biopolíticos los determinantes sociales, valiéndonos de estadísticas y de indicadores comparativos referidos a la distribución y aumento de situaciones de violencia y violaciones a los derechos humanos en tiempos pandémicos. Por otro lado, es necesario observar, en cada situación concreta, el contexto de vida y los conflictos puntuales que pueden haber causado los sufrimientos.

Así, para entender el supuesto “tsunami” de trastornos mentales derivado de la pandemia de Covid-19 podemos, por ejemplo, observar los datos presentados por el Fórum Brasileiro de Seguridad Pública. Estos datos indican un aumento de casos de violencia contra niños, niñas y adolescente, así como un considerable au-

mento de casos de violación en esa franja etaria, entre los años 2020 y 2021. El aislamiento social, aun cuando fue inevitable para controlar la pandemia, parece haber provocado un aumento de casos de violencia intrafamiliar y de abuso sexual infantil. Estas situaciones límites pueden multiplicar sentimientos de miedo, angustia, soledad, culpa y tristeza profunda en las infancias.

Podemos, simplemente, optar por traducir esos sentimientos como síntomas de un trastorno psiquiátrico. O bien, podemos elegir entender las situaciones complejas que debieron atravesar muchos niños y niñas en la pandemia, cuando sus domicilios se transformaron en un territorio de violencia y abuso. Debemos analizar, también, el papel de las instancias públicas y gubernamentales encargadas de proteger a las infancias en situación de vulnerabilidad. En contextos de democracia autoritaria, como la que se instaló en Brasil con el gobierno de Bolsonaro, que felizmente llegó a su fin el día 30 de octubre de 2022 con el triunfo de Lula da Silva en las elecciones presidenciales, esos espacios de protección pueden transformarse en instancias de revictimización, contribuyendo a potenciar el sufrimiento de las víctimas. Me refiero particularmente al modo de intervención de ese continuo médico-jurídico, analizado por Michel Foucault, que en el marco de gobiernos autoritarios parece estar autorizado a desplegar un poder ilimitado. Es justamente ese sobrepoder ejercido

por los saberes médicos y jurídicos, en una alianza tenebrosa, lo que, tristemente, pudimos observar en la gestión del drama vivido por Ana, una niña de 10 años de Brasil, quien fue víctima de violación y de múltiples vulneraciones a sus derechos humanos para acceder a la interrupción legal del embarazo durante mayo y junio del 2022. La situación que atravesó, recuerda a muchas otras acontecidas en Argentina.

El día 4 de mayo de 2022, la niña, a la que me referiré con el nombre de Ana, ingresó, acompañada de su madre, al hospital universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina, uno de los seis hospitales de referencia autorizados para realizar abortos legales en el Estado de Santa Catarina, Brasil. Ana fue víctima de violación y en el momento de llegar al hospital estaba de 22 semanas y dos días de embarazo.

En Brasil el aborto legal puede ser realizado en los hospitales de referencia cuando ocurre una de las siguientes circunstancias: cuando el embarazo resulta de un acto de violación, cuando la madre corre riesgo de vida o cuando el bebé es anencefálico. Las dos primeras circunstancias son consideradas por la legislación brasilera desde el año 1940, sin que se establezca ningún límite temporal para la realización del aborto legal en dichos casos.

Sin embargo, cuando Ana y su madre buscaron el hospital de referencia para poder ejercer el derecho de

realizar un aborto legal, cumpliendo con dos requisitos establecidos por la ley (embarazo resultado de una violación y riesgo de vida la madre), la niña fue sometida a un dramático proceso de postergación y negación de derechos que se inició en la sala del hospital, continuando en el campo jurídico. Dos instituciones que deberían haber garantizado el ejercicio de los derechos de Ana. El equipo del hospital se negó a efectuar el procedimiento argumentando que el tiempo de 22 semanas excedía las 20 semanas estipuladas en una normativa del Estado de Santa Catarina, contradiciendo la legislación nacional que existe desde 1940. Intervino entonces el Poder Judicial, y el día 9 de mayo fue realizada una audiencia con la jueza Joana Zimmer. Esta audiencia fue grabada, filmada y divulgada el día 20 de junio por dos medios de información preocupados por la defensa de los derechos: The Intercept y el Portal Catarinas. Esa publicación tuvo eco en los medios nacionales de amplia circulación, provocando indignación en gran parte de la sociedad. Al mismo tiempo, los prejuicios de los grupos antiabortistas salieron a la luz, reclamando el derecho del feto a nacer.

Los audios divulgados muestran las tentativas de la jueza para manipular la voluntad de Ana, para que desista de realizar el aborto, en una verdadera sesión de tortura psicológica dirigida tanto a la niña como a su madre. Para la jueza, Ana debía aceptar, sin desearlo y

corriendo riesgo de vida, la “misión” de dar continuidad a su embarazo por algunos meses más, hasta que el feto sea considerado viable y pueda ser dado en adopción. Ante la negativa de Ana, la jueza decidió institucionalizar a la niña en un hogar de menores para garantizar la viabilidad del feto.

El artículo publicado por Intercept (Guimaraes, de Lara, Dias, 2022), donde se divulga el audio de la audiencia, lleva como título: “¿Soportarías quedarte un poquito más embarazada?”, reproduciendo la pregunta que la jueza le realiza a Ana. Ella le dice a la niña que espere un poquito porque en algunos días se formará el “pulmoncito” del bebé y estará fuerte para nacer. Le dice también que si decide abortar el bebé nacerá llorando y morirá solo, sin ayuda y ahogado en llanto.

Este hecho dio lugar a una intervención muy bien fundamentada de tres asociaciones: la Sociedad Brasileira de Bioética (SBB), la Asociación Brasileira de Salud Colectiva (ABRASCO) y el Centro Brasileiro de Estudos de Salud (CEBES), quienes elaboraron una carta con argumentos jurídicos sólidos y contundentes, solicitando la intervención del Supremo Tribunal de Justicia de la Nación (STF). Como respuesta, el Ministro Edson Fachin del STF, ordenó la inmediata realización del aborto legal a la niña que, felizmente, pudo sobrevivir a las diferentes instancias de violencia: sexual, médica y jurídica.

Difícilmente Ana podrá superar ese episodio sin marcas subjetivas que provocarán sufrimientos profundos. Es probable que padezca problemas de sueño o apetito, sentimiento de culpa, inutilidad y tristeza profunda. Si los servicios de salud repiten las estrategias de diagnóstico y tratamiento del modelo médico, se limitarán a encontrar allí síntomas de algún supuesto diagnóstico a ser tratado con psicofármacos. Asistiremos, entonces, a una violencia más sobre Ana. Porque medicar, individualizar y cerebralizar el padecimiento significa desconsiderar, o dejar en un segundo plano, las violencias padecidas. Significa negar que el sufrimiento de Ana deriva, tanto de la situación concreta de la violación, como de los abusos cometidos por el poder médico y jurídico. Tal como afirma Danius Puras: “necesitábamos políticas que aborden las raíces sociales del sufrimiento, con programas más adecuados (y desmedicalizados) dirigidos a la primera infancia y a las escuelas” (Davies, 2021, p. 327). Solo en ese marco, Ana y todos los niños, niñas y adolescentes que padecieron situaciones abusivas, sea o no en tiempos pandémicos, podrán reconstruir su subjetividad y encontrar la ayuda necesaria para sobrellevar sus sufrimientos.

Referencias bibliográficas

Davies, J. (2021). *Sedated: How Modern capitalism created our mental health crisis*. Londres: Atlantic Books.

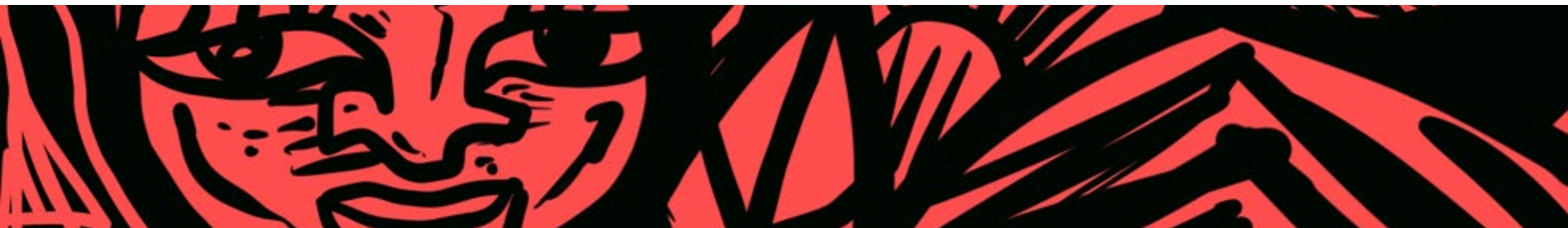
Guimaraes, P.; de Lara, B.; Dias, T. (18 de julio de 2022). “Suportarias ficar mais um pouquinho?”. *The Intercept Brasil/Portal Catarinas*. Disponible en <https://theintercept.com/2022/06/20/video-juiza-sc-menina-11-anos-estupro-aborto/>

Moncrieff, J. (21 de noviembre de 2013a). “Models of drug action”. *Joanna Moncrieff: Libros, artículos y blogs de Joanna Moncrieff*. Disponible en <https://joannamoncrieff.com/2013/11/21/models-of-drug-action/>

Moncrieff, J. (2013b). “Magic bullets for mental disorders: the emergence of the concept of an “antipsychotic” drug”. *Journal of the History of the Neurosciences*, 22(1), 30–46.

Gotszche, P. (2016). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Barcelona: Los libros del lince.

World Health Organization (2022). “Orientaciones sobre servicios de salud mental comunitaria”. *World Health Organization*. Disponible en https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1



Violencias Institucionales y las redes LGBT. Secretaría de Salud Mental y Consumos Problemáticos. Federación Argentina LGBT (FALGBT)

NAVARRO CNOBEL, Erik G.

Lic. en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Trabajador de la Salud Mental. Diplomado en Estudios Avanzados en Psicoanálisis (UNSAM). Maestrando en Estudios Interdisciplinarios de la Subjetividad, Universidad de Buenos Aires (UBA). Corresponsable Nacional de la Secretaría de Salud Mental y Consumos Problemáticos de la Federación Argentina LGBT (FALGBT).

eriknavarrocnobel@gmail.com

SILVA, Juan M.

Lic. en Psicología Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente en Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Diplomado en Géneros, Feminismos y Derechos Humanos (UNQ). Maestrando en Políticas Públicas, Géneros y Derechos Humanos (UNICEN). Integrante de la Secretaría de Salud Mental Integral y Consumos Problemáticos de la Federación Argentina LGBT (FALGBT).

jmsilva@psi.uba.ar

Secretaría de Salud Mental y Consumos Problemáticos de la Federación Argentina LGBT (FALGBT)

saludmental@lgbt.org.ar

Al comprender la Salud Mental como campo, resulta necesario analizar aquellas representaciones naturalizadas del colectivo social, pues suministran un conjunto de significaciones que delimitan posiciones y enmarcan la dinámica entre diversos intereses que reproducen o cuestionan los sentidos y políticas sobre lo que se denomina “locura” o consumo problemático. A su vez, teniendo en cuenta cómo repercuten los posicionamientos que asumen lxs diferentes actores del campo de la salud, a la hora de trabajar con personas de la diversidad sexo-afectiva en la asistencia y/o permanencia de estas en los dispositivos de atención primaria de la salud, y en particular, en el abordaje de problemáticas de consumos, en este escrito se tratará de tensionar diferentes perspectivas, para poder presentar un espacio desde y para el movimiento LGBT+.

La comunidad LGBT+

Foucault (1977) sostenía que la sexualidad es un dispositivo que produce subjetividad y comportamientos

en relación a métodos de producción/explotación articulados al capital. Así, la sexualidad es una institución que “normativiza” a través de dinámicas de poder subjetivantes, lugares sociales y prácticas eróticas reguladas. El capitalismo teje las redes donde se entrelazan la sexuación de los cuerpos, diversas formas deseantes y la satisfacción fugaz en los objetos. Como construcción social, el género no es la resultante de la separación natural de roles inherentes a la condición biológica de los sujetos. La diferenciación entre los géneros es configurada y delimitada por la estrategia histórico-política de disciplinamiento del cuerpo social e individual. El discurso patriarcal y capitalista, los dogmas religiosos y todo un conjunto de representaciones y prácticas colectivas, reproducen el marco ideológico, político y económico que normativiza y legitima la dinámica de las relaciones entre personas.

La diversidad sexual ha sido estigmatizada históricamente como estrategia de intervención del orden sexista heterocis. Con movimientos que transitan desde la patologización a la criminalización, la diversidad sexual afectiva ha padecido un lugar específico de persecución. Teniendo como archivo que en 1973 se retiró la categoría “homosexualidad” del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (mayormente conocido como DSM, por sus siglas en inglés), 16 años después la OMS quitó a la “homosexualidad” de la

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, y que en 2021 esa misma Organización suprimió el conjunto de identidades “trans” del Capítulo dedicado a “Trastornos mentales y del comportamiento” del CIE10 (Clasificación internacional de enfermedades, 10.^a edición), cabe convocar de forma urgente al debate para pensar el abordaje de la salud física y mental de la comunidad LGBT+; discusión que debe ser interdisciplinaria e intersectorial.

Con el avance en el reconocimiento de derechos civiles para la comunidad LGBT+ en diferentes momentos históricos, tras incansables luchas, se han logrado movimientos significativos que promueven la interpe-lación de, no sólo la percepción social de quienes no pertenecen a dicha comunidad, sino también a quienes la integramos, otorgando derechos, al menos en relación al Derecho mismo. Esto posibilita mayor autonomía para las vidas que comienzan a merecer ser vividas, desde la óptica del Estado. Como ejemplos de estas leyes se encuentran la Ley de Matrimonio Igualitario (26.618), la Ley de Identidad de Género (26.743), la Ley conocida como “Ley de cupo laboral trans” (27.636) y el reciente Decreto presidencial N°476/21, conocido como “DNI no binario”. Señalando la importancia, la celebración y lo avanzado de estas leyes en el plano internacional, cabe destacar las dificultades que se continúan teniendo para el pleno ejercicio de estos derechos.

Desde nuestro campo de interés, la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 también promueve la despatologización de la orientación e identidad sexual, puesto que prohíbe realizar un diagnóstico sobre la identidad sexuada. En este marco, la implementación de dicha normativa es una estrategia de transformación desmanicomializadora que cuestiona las acciones y los alcances de las políticas públicas, los intereses de las disciplinas e instituciones, los perfiles de la formación profesional y recupera los reclamos de movimientos sociales comunitarios. A su vez, el ataque constante hacia la ley nos pone en situación de alerta, no solo como trabajadorxs de salud, sino también como parte del colectivo LGBT+. Aun así, estos marcos legales “no aplican” o no se materializan en las prácticas sociales, haciendo que las representaciones sociales binarias y heterocis aún deban ser interpeladas. Puntualmente en relación a las prácticas en salud y salud mental, la reproducción de las lógicas sexuales heterocis suponen para el colectivo LGBT+ que la búsqueda de profesionales que atiendan sus necesidades se vuelve un derrotero y un capital acumulativo de malas experiencias.

Violencias institucionales a violencias humanas: nuevos espacios

Entre los aspectos que obstaculizan el acceso a la atención en salud de las disidencias sexuales, se desta-

can la presencia de prejuicios y discriminaciones de los efectores de salud. Por otro lado, pero en relación con esto, destacamos los límites de las formaciones profesionales actuales. Se plantea así, la necesidad de repensar los procesos de formación tanto académicos y de grado que reproducen lógicas de segregación en las prácticas en salud.

Cabe mencionar uno de los puntos principales de este escrito: la dificultad de las personas del colectivo LGBT+ para el acceso a los dispositivos de salud y salud mental, principalmente de las personas trans. La dificultad para este colectivo de conseguir “espacios seguros” para la atención sigue siendo una realidad preocupante. De esto no quedan exentos los dispositivos de abordaje de consumos problemáticos de sustancias, en los cuales las personas del colectivo mencionado, no encuentran espacios, ya sea comunitarios como de internación. En relación a esto ubicamos una doble limitación: por un lado, las diferentes razones por las que no pueden acceder, ya sea lejanía territorial de los dispositivos, o dispositivos no profesionalizados que no están integrados a instituciones formales; por otro lado, que cuando logran acceder, lxs profesionales no se encuentran preparadx para la atención primaria con perspectiva de género, lo que se traduce en reproducción de binarismos sexo-genéricos, desconocimiento de leyes y derechos, estigmatización, maltrato, etc.

En relación a lo dicho, cabe señalar una pregunta-tensión que ubicamos como inherente a todo esto: ¿es necesaria la creación de dispositivos exclusivos para personas del colectivo LGBT+ o se deberían modificar/ adecuar los dispositivos ya existentes para que las personas del colectivo puedan acceder? Si tenemos en cuenta la primera parte de la pregunta, esto conllevaría, como forma secundaria y subterránea (la otra cara de la moneda) en continuar la generación de “guetos” propios en los que las diferencias por motivos sexo-genéricos continuarían reproduciéndose. Por otro lado, si pensamos en la adecuación y/o modificación de dispositivos ya existentes, esto no puede realizarse prontamente, lo que colaboraría en la perpetuación de estigmas y exclusiones ya existentes para personas LGBT+ y continuaría alejando a esta población de efectores públicos.

Es a raíz de este panorama que diversas organizaciones civiles hemos creado espacios alternativos para el colectivo. En este caso, se presenta la Secretaría de Salud Mental Integral y Consumos Problemáticos de la Federación Argentina LGBT, que sin ningún tipo de subsidio ni remuneración económica lleva a cabo diversas actividades para poner en discusión que las personas LGBT+ también somos portadorxs de determinados saberes que pueden beneficiar a la salud en su totalidad. Vale aclarar que tomamos para este trabajo a la salud mental como lo define la Ley 26.657, en tan-

to “proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. Al decir de Butler (2018), es necesaria una “capacidad, invariablemente colectiva, de articular una alternativa, una versión minoritaria de normas o ideales” (p. 16) que permitirían actuar y sostener procesos vitales. Sobre estos preceptos es que se funda durante la pandemia la Secretaría compuesta por activistas, estudiantes, profesionales de grado de carreras afines al campo de la salud, personas del ámbito psicosocial, voluntarixs y más.

Dicho espacio tiene como finalidad apostar al cambio de los paradigmas en el abordaje integral de la Salud Mental y los Consumos Problemáticos, y erradicar las discriminaciones en los tratamientos hacia nuestra población de la diversidad sexo afectiva y comunidad travesti trans y no binaria. Para esto se tomaron en cuenta tres ejes principales: la formación no arancelada, la prevención y la asistencia, construyendo así equipos interdisciplinarios y asistiendo de forma gratuita a personas del colectivo LGBT+, convivientes con VIH y trabajadorxs sexuales.

Palabras finales

Como se ha mencionado anteriormente, el campo de la salud mental es sumamente complejo y un desafío para quienes nos encontramos insertxs directamente en él. No obstante, creemos que esta complejidad no debe operar como un límite en relación a lo que unx hace, sino, por el contrario, posibilitar nuevos cruces teórico-prácticos para que todas las personas puedan ejercer sus derechos.

Creemos que la falta de formación en materia de género y diversidades sexo-afectivas, colabora en la perpetuación del estigma y de las violencias que tanto azotan a la comunidad LGBT+ día a día. El derecho a la salud es un tema de todxs, como queda establecido en la declaración de Alma Ata (1978). Sin embargo, los gobiernos y lxs efectores tienen una mayor responsabilidad, por creación o por omisión, en lo que respecta al pleno ejercicio de derechos o de su imposibilidad. Esto no depende solo de formar a los equipos de profesionales, sino que incluye al sistema de salud en general. Asimismo, implica generar las condiciones para que las personas no vinculadas directamente en el campo de la salud puedan ser partícipes.

La posibilidad de establecer justicia implica actuar imperativamente desde la ética de la salud con una perspectiva integral. En ese sentido, se hace necesaria la incorporación de prácticas en las que lxs usuarixs

del sistema de salud mental puedan apropiarse subjetiva y colectivamente de los procedimientos relativos a sus derechos, que les permita actuar desde un ejercicio de una ciudadanía plena que cuestione las ciudadanías tuteladas, con el único fin de favorecer la integración social.

Respetar las voces y experiencias de aquellxs que venimos trabajando, de forma subterránea desde y para el colectivo LGBT+, se torna un imperativo ético no solo si se quiere respetar las leyes que brindan marcos de regulación, sino también, si se quiere construir una sociedad con mayor grado de justicia social e igualdad.

Referencias bibliográficas

Butler, J. (2018). *Deshacer el género*. Buenos Aires: Paidós.

Fundación Huésped y ATTTA. (2014). "Ley de identidad de género y el acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina". Disponible en: https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Aristegui-Zalazar_2014_Ley-de-Identidad-de-Genero-y-acceso-a-la-salud-en-poblacion-trans.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1987). *Declaración de Alma Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra.

Foucault, M. (1977). "La voluntad de saber". *Historia de la sexualidad I*. México: Siglo XXI.

Mujeres en el manicomio (las que aún allí viven, las que trabajamos, las del barrio...)

MARUELLI, M. Belén

Trabajadora de la Salud. Militante por la Desmanicomialización. Médica (UNLP). Generalista (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires). Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLA). Actualmente Tesis doctoral en proceso, Doctorado de Salud Mental Comunitaria. UNLA. Directora Asociada de Salud Mental. Htal. A. Korn de Melchor Romero. La Plata.

bemarueli@gmail.com

AZZERBONI, Camila

Lic en Trabajo Social de la UNMdP. Integrante del Movimiento por la Desmanicomialización en Romero. Diplomatura en Archivística y Gestión Documental, en proceso (UNTREF). Coordinadora del Área de Derechos Humanos del Hospital Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero, La Plata.

camila.azzerboni@gmail.com

Palabras iniciales

En el contexto de las luchas históricas por la desmanicomialización, en un momento en el que la instalación de la idea de transformación del modelo de producción de cuidados en salud se propone plantar bandera, es necesario ubicar como central en el camino de democratización de los procesos de adecuación, sustitución y cierre de los manicomios, esos espacios de encuentros que permiten reconocer en la micropolítica la posibilidad real de sentirnos con el derecho de negar lo que aparece como inevitablemente establecido, como sólidamente estructural, como irremediable status quo (Campos, 1993).

En el marco del Programa “Buenos Aires Libre de Manicomios” (Resolución 2805/2021), cada Plan de Adecuación de los monovalentes provinciales es consecuente con la convicción de que el concepto de desmanicomialización es profundo, político e ideológico. Está en relación con lo cultural, con la necesidad de alojar socialmente lo diverso, con los procesos reparatorios,

con el acceso a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la justicia de todas las personas... y, desde esa perspectiva de derechos, se impone una pregunta a veces incómoda y en estos tiempos urgente: ¿cómo se materializa la perspectiva de género y diversidades en nuestro proceso singular y concreto de transformación?

Este trabajo se propone focalizar en la experiencia de la Escuela Popular de Género y Diversidad “Bernarda Saucedo”, como producto y analizador del diálogo entre las problemáticas íntimamente vinculadas al patriarcado y el trabajo vivo, para jerarquizar las problematizaciones colectivas, aportar a la construcción de modos vinculares más humanos y emancipadores, apostar al reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado, con la generación de redes y el lugar del deseo como motorizador esencial de los complejos procesos de reforma (Merhy, 2006).

En la primera parte se describirán elementos que dan cuenta de cómo opera el patriarcado en el manicomio, partiendo de contenido de la historia clínica de Bernardita, la mujer de quien lleva el nombre la Escuela Popular, revisiones archivísticas y aportes conceptuales de autoras como Franca Ongaro, Restrepo Rodríguez y Francés Lecumberri.

En la segunda parte se socializará la experiencia de la Escuela Popular, su origen y su desarrollo, utilizando como fuentes el proyecto, las relatorías de cada encuen-

tro y la evaluación final. En la tercera parte proponemos compartir un análisis sobre la reterritorialización existencial de trabajadorxs, a partir del encuentro vivenciado en el dispositivo con otras mujeres de salas del manicomio y de la comunidad. Para ello se solicitó a lxs siete trabajadorxs que realizaron tareas de coordinación (cuatro formales y tres informales), que pudieran compartir las principales reflexiones que desearan, ubicando como único requisito que pudieran transmitir sus observaciones sobre la dinámica de funcionamiento del dispositivo y sobre el impacto personal de la experiencia.

El poder patriarcal

Bernardita nació en Paraguay en 1931. Tenía 32 años cuando ingresó por primera vez al hospital, traída por su empleador que refería cambios de carácter, nerviosismo e incomodidad con su tarea de empleada doméstica. Además, su empleadora tenía epilepsia y ella no quería cuidarla porque le provocaba temor. El diagnóstico de ingreso fue “episodio psiconeurótico reactivo”, quizá porque había tenido una situación conflictiva con su novio antes de la internación, o quizá porque cinco meses antes había estado embarazada. No sabemos reactivo a qué... recibió el alta y trece años después reingresó con diagnóstico de esquizofrenia residual. Primaria incompleta, padre y madre fallecidxs,

seis hermanxs. Dicen que era “discreta bebedora de whisky”. Durante años estuvo sin medicación y sin síntomas, dice su historia clínica, pero un día agredió a una enfermera y fue motivo suficiente para reinstaurar un esquema psicofarmacológico. Desde 1980 en adelante las evoluciones refieren que permanecía tranquila, colaboradora, realizando tareas de la sala. En los manicomios esa actitud, interpretada como buena adaptación al medio, ha logrado las mayores de las connotaciones positivas hasta nuestros tiempos, aun cuando siempre surge esa pregunta cada vez más presente: ¿qué puede tener de saludable dejar de resistirse a la lógica manicomial y adaptarse al medio?

La tarea archivística que se realiza desde el área de Derechos Humanos del hospital permite ubicar que los estereotipos de roles de género han operado siempre en los ingresos, las permanencias y el modo de habitar el cotidiano de las mujeres en las salas; en el manicomio se refleja lo fascista, sexista, esencialista y totalitario del patriarcado, con el juzgamiento, el castigo y la dominación como componentes intrínsecos de ese tejido cultural que aún hoy legitima a los hospicios al sostener los sistemas de opresión (Restrepo Rodríguez y Francés Lecumberri, 2016).

Se repiten historias como las de Bernarda, que fue traída por un hombre (en este caso su empleador, en otros padres, maridos, vecinos, policías, etc.) porque su

comportamiento no era el esperado y porque no cumplía con el rol de cuidados como correspondía. Si bien es mucha la bibliografía al respecto, resultan pertinentes los aportes de Franca Ongaro (1987) cuando afirma que la gama de comportamientos reconocidos como legítimos para la mujer es muy reducida y limitante, y quien rebase este espacio estará fuera de lo normal, se considera antinatural y se vuelve condenable. El positivismo junto a la psiquiatría, como su brazo ejecutor, ha sabido convertir lo que quedaba fuera de la norma en enfermedad, y una vez que lo “anormal” es transformado en enfermedad mental, ya no se tratará de comprender sino de controlar, disciplinar y hacer lo necesario para normalizar (Galende, 2015).

En el caso de las mujeres, los estereotipos de género operan en esa construcción de normalidad/anormalidad y son múltiples los ejemplos que pueden encontrarse en las historias de vida: entrevistas de ingreso en las que se focaliza en el rol de cuidados y crianza de lxs hijxs; cartas que duelen al contar el sometimiento que los cuerpos sufren¹; trayectorias institucionales que reflejan el encierro en dispositivos de control como respuesta social a mujeres que no son consecuentes con lo que las normas de la época exigen² (relaciones por fuera del matrimonio, por ejemplo), prácticas ginecológicas y dación de anticonceptivos sin consentimiento, hijxs nacidxs y arrebatadxs en el manicomio, esterili-

zaciones, esquemas psicofarmacológicos como castigo diferencias en las modalidades de tratamiento –el material archivístico refleja que el sistema “puertas abiertas” para las mujeres se instauró 40 años después que para los varones y en espacios más reducidos–, entre otros.

El manicomio encierra los rasgos comunes del poder patriarcal y del poder punitivo: el arrasamiento de subjetividades se liga al desprecio por la vida, la reproducción de prácticas vejatorias aporta a la persistencia de la maquinaria generadora de siervas (mujeres víctimas, incapaces, infantilizadas), la utilización de la ciencia como legitimadora de prácticas de dominación, el interés en la ruptura de los lazos de solidaridad y el fundamento en la lógica dualista (Restrepo Rodríguez y Francés Lecumberri, 2016).

La Escuela Popular de Género y Diversidad “Bernarda Saucedo”

La experiencia de la Escuela Popular “Bernarda Saucedo” fue una apuesta colectiva que vino a sintetizar varios proyectos que se realizaron desde el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR): talleres de educación popular, proyectos con trabajadoras para la erradicación de la violencia, proyectos con usuarias y trabajadoras para el acceso a la justicia, la participación en la Consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos y de la Comisión de Salud Sexual Libre

de Violencias (ambas del Hospital Dr. Alejandro Korn), talleres de sensibilización en salud sexual y reproductiva para trabajadoras del hospital, etc.

Los procesos de externación que se vienen acompañando desde el Hospital A. Korn y el compromiso con la comunidad de Melchor Romero como parte de este proceso de transformación, llevaron a visibilizar que no sólo trabajamos con mujeres institucionalizadas, sino con todas aquellas que ya pudieron externarse y viven en dicha localidad, con aquellas que de una u otra forma hacen uso de los diversos servicios del hospital, y también con las propias trabajadoras. Así se presenta el hermoso desafío de generar un espacio de encuentro que nucleee todas estas diversas experiencias y se presenta la propuesta al Programa de Escuelas Populares de formación en Género y Diversidad “Macachas y Remedios”, del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de Nación.

El proyecto se desarrolló en territorio, en el hospital, particularmente en el Club Alborada, un espacio de encuentro de múltiples experiencias y seres que transitan el hospital de diversas maneras y que actualmente forma parte del Parque Cultural. Un sujeto colectivo que tiene entre sus propósitos tender puentes con la comunidad. Durante los encuentros se trabajó en la recuperación de saberes previos, en el abordaje de los derechos de las mujeres y particularmente de las mujeres

internadas en instituciones de encierro, como también en la adquisición de herramientas para el ejercicio de dichos derechos, buscando aportar a mejorar su calidad de vida. Entendiendo que las sujetas destinatarias de estos encuentros no son sujetas pasivas, se buscó recuperar experiencias e iniciativas previas con relación al abordaje del género.

Se pusieron en cuestión los roles de género asignados socialmente, las violencias por motivos de género y el uso del lenguaje. En la misma línea, se promovió el conocimiento de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de las mujeres con discapacidad y se pusieron en valor estrategias para el acceso a los mismos, visibilizando la existencia de dispositivos con los que cuenta la institución, como la Consejería de Salud Sexual Integral y la Comisión de Derechos Humanos y Acceso a la Justicia.

Sabemos que muchas de las opresiones y violencias ocurridas dentro de la institución aún son naturalizadas y por ende no denunciadas. En este sentido, entendemos que es fundamental la construcción de un espacio de empoderamiento de las usuarias del sistema de salud mental. Esto puede contribuir a que las mismas puedan adquirir herramientas individuales y colectivas para una mayor participación en los procesos de toma de decisiones sobre su propia vida. Participaron personas con características y realidades muy diversas:

personas internadas en el manicomio, en su mayoría con un prolongado período dentro del mismo, personas externadas, trabajadoras con profesiones diversas y mujeres de la comunidad. Esta heterogeneidad constituye una experiencia sin antecedentes en este hospital, contribuyendo al proceso de transformación que se encuentran atravesando los neuropsiquiátricos públicos bonaerenses, y en particular el hospital Dr. Alejandro Korn, colaborando entonces con la ruptura de barreras simbólicas y culturales fuertemente arraigadas en nuestra sociedad.

Teniendo en cuenta este grupo con tan diferentes particularidades, fue fundamental contar con la presencia de un equipo numeroso de facilitadorxs, con la tarea de coordinar los encuentros y asistir a las mujeres participantes en diversas cuestiones, tales como: ir a buscarlas a las salas previamente, en la realización de consignas, higiene del lugar, alimentación, etc.

Durante los ocho encuentros se trabajó a partir de la escucha y el cuidado, constituyendo con el transcurso de los mismos un espacio de confianza que trascendió los contenidos abordados. La mayoría de los encuentros estuvieron estructurados en tres momentos: un momento inicial de introducción al tema, un momento de trabajo en grupos para facilitar el intercambio y un momento de cierre en plenario compartiendo lo trabajado y conceptualizando a partir de allí los contenidos

de la escuela. Todos los encuentros contaron con un momento de refrigerio que fue de suma importancia para que las mujeres participantes establecieran vínculos entre ellas.

Cabe destacar que para el desarrollo de las reuniones fue fundamental contar con un espacio para niñxs a cargo de una de las coordinadoras, donde se desarrollaron propuestas con diversas dinámicas lúdicas a partir de expresiones plásticas, dibujos y collages individuales y grupales, juegos con masa, juegos simbólicos, juegos reglados, lecturas y exploraciones de libros infantiles y material audiovisual. Como síntesis y visibilización de esta experiencia, fue posible la realización de un mural colectivo que fue producto de autorretratos y collage realizados por las compañeras, lo que permitió dejar plasmado algo del proceso llevado adelante en una de las paredes del futuro Parque Cultural del hospital. Esta marca en una de las paredes más visibles e históricas del predio muestra el camino transitado en la ruptura de estereotipos, del binarismo, las múltiples bellezas que nos habitan, la fuerza de lo colectivo, los colores, lo disruptivo, lo revolucionario y la potencia de transformación que interpela en el cotidiano del encierro, el abandono, la homogenización. Este mural rompe las normas, lo esperado y nos muestra los caminos para pensarnos con otrxs, siempre.



Imagen 1. Escuela Popular de Género y Diversidad "Bernarda Saucedo".
Hospital Dr. Alejandro Korn.

La reterritorialización existencial de quienes coordinaron la Escuela

Las reflexiones compartidas por lxs integrantes del equipo de coordinación del proyecto tienen encuentros muy claros en relación a las características del espacio y su dinámica, donde se destacan la diversidad, el respeto, la escucha, la confianza, la democratización, lo colectivo, el acompañarse, la amorosidad y la producción de conocimientos. Por otro lado, existen coincidencias en relación con las transformaciones singulares que el tránsito por esta experiencia posibilitó a cada unx. A continuación, se comparten fragmentos de dichas producciones reflexivas:

Integración de mujeres en diversas condiciones sociales y económicas. Los intercambios de forma colectiva que se realizaban luego de las actividades planteadas permitían la problematización de dichos temas, teniendo como prioridad la escucha y la palabra de las personas. Promoviendo un espacio democrático y solidario que habilite formas de vincularse donde podamos expresarnos libremente, construyendo de forma grupal y desde el arte acciones que rompan con los modelos prefijados de estereotipos de géneros.

Que los encuentros hayan sido sinceramente abiertos al barrio, que haya sido posible armar comunidad entre quienes aún viven internadas en el manicomio, trabajadoras del hospital y vecinas del mismo barrio, pienso que hay algo en esa particularidad del grupo, sumado a la posibilidad de brindar un espacio público de modo hospitalario, amable, abierto, calentito (siempre estaba la estufa ya prendida), con sillas y mesas cómodas, con baños limpios, con pava, infusiones, galletitas, todo esto nos permitió abordar temas duros, poder pensarlos desde otra perspectiva, compartir experiencias, información, afecto. Todo esto también nos conmovió, porque nos encontramos de verdad, se nos abrió un espacio público de verdad y eso nos permite desplegar otras dimensiones de nuestra identidad, dimensiones que nos abren a pensarnos y sentirnos más potentes, más alegres. Pienso que estos encuentros hacen al mundo más vivible.

Espacio colectivo, sororo, amoroso, en el que aprendimos una de la otra, nos escuchamos, nos respetamos, respetamos las vivencias y construimos juntas estrategias

para problematizar y sobrellevar las violencias, nos acompañamos.

Cada persona que fluyó en los encuentros necesitaba hallar su voz, reforzarla o pedir prestada una voz amiga para poder contar su historia para compartir sus experiencias y sentimientos, para concientizarse entre ellas y alzar sus derechos para que sean respetados, independientemente de las diferenciaciones sociales y generacionales el comprender al otro, comprenderse a uno mismo logra romper las brechas y unir sentires colectivos de libertades.

En relación al impacto personal, se transcriben algunos recortes que las reflexiones compartidas:

Fui parte de la escuela en el espacio de cuidado de niñas. La experiencia fue transformadora. He habitado el hospital en distintos momentos históricos y en distintas partes, en salas, en oficinas, en el camino de una parte a otra, en centros de día. En la experiencia de la escuela viví un modo de vincularnos con les participantes como nunca antes en el hospital. Al principio pensé que tenía que ver con estar compartiendo con niñas, esa potencia creadora que tienen las infancias, la disposición al juego, las preguntas desprejuiciadas que traen más preguntas, la honestidad con la que viven los momentos. Pero cuando fuimos compartiendo sentires con les compañeres de la coordinación, o en las charlas previas o posteriores con las participantes del taller, me di cuenta de que lo que estaba posibilitando ese espacio nos estaba haciendo bien a todes.

No soy la misma, una experiencia en el sentido de que salí distinta. Me permitió pensarme en la distancia y en la cercanía con otras mujeres en distintas condiciones a las mías. Me permitió ser parte de un espacio en el que pude pensar en mis prejuicios, en mis privilegios... Correrme de un lugar de protagonismo que a veces conlleva coordinar un espacio para que otras voces generalmente silenciadas se escuchen más fuerte que la mía. Momentos de angustia, impotencia y bronca, fundamental la gestión colectiva.

Estar acá es como estar en familia... que decirlo de un dispositivo que irrumpe en un lugar como el manicomio fue muy significativo y hasta revolucionario. Mi transformación está en relación al empoderamiento y fortaleza que se desprende de habitar un espacio colectivo, sororo, amoroso, en el que aprendimos una de la otra, nos escuchamos, nos respetamos, respetamos las vivencias y construimos juntas estrategias para problematizar y sobrellevar las violencias, nos acompañamos.

Resulta pertinente recuperar la idea de trabajo vivo en acto. Desanudar los problemas de las violencias vividas implicó comprender lo sustantivo de lo múltiple, llevar la fuerza productiva del deseo a la creación de una plataforma que permite visibilizar la subjetividad organizada en un sujeto colectivo. La Escuela Popular no respondió a ninguna estructura, y tiene como punto de partida y de continuidad las redes informales del cotidiano, la convicción de que desde ese cotidiano se revoluciona y se transforma el mundo, el nuestro. La

fuerza motriz del deseo de quienes pensaron y coordinaron el proyecto y su libertad creativa operaron en las producciones de las múltiples conexiones entre mujeres, experiencias, discursos, emociones, saberes, y se posibilitó la producción de sentidos en el trabajo; movimiento clave para que la alienación no sea una opción y para habitar territorios existenciales con un registro consciente de los referentes ético políticos contruidos colectivamente (Merhy, 2006).



Imagen 2. Bernarda Saucedo.

Comentarios finales

Sin un marco conceptual sólido que avale lo que deseamos expresar en este párrafo, pero con un decidido compromiso reflexivo con la práctica, nuestras experiencias en el manicomio (entendiéndolas como nuestra relación con el contexto, con lxs otrxs y con nosotras mismas) nos determinan a pensar que el vínculo afectivo es el elemento más importante en las relaciones que es posible construir con las personas que están condicionadas por los efectos de la institucionalización crónica. La aproximación amorosa (Larrosa, 2015) facilita la posibilidad de ubicar a esas personas como semejantes, aumenta la confianza y el respeto en la relación, y permite un camino de construcción de conocimiento conjunto. Con el paso del tiempo, lo que el manicomio hizo en cada mujer y lo que cada mujer hizo con el manicomio se convierte en otra diferencia que la hace única y que permite pensar en la singularidad de sus procesos de desinstitucionalización. En la Escuela Popular, la amorosidad, la ternura, la sororidad y el respeto permitió que las claras diferencias en las historias, las trayectorias, las condiciones materiales, las posibilidades reales de autodeterminación entre quienes fueron parte, se convirtiera en potencia y no en obstáculo.

Quedan redes para acompañarse y apoyarse. Queda el desafío de dar continuidad a esos flujos energéticos y profundizar lo transitado inventando nuevos modos de

encuentros y producción colectiva de sentidos. Queda un sujeto colectivo para alojar y dar lugar a otras personas.

Y queda el nombre de Bernarda Saucedo en una de las experiencias más transformadoras que pudieron construirse en este manicomio. Bernarda, además de sufrir en ese primer nivel de opresión tan solo por ser mujer, al que hace referencia Franca Ongaro, también sufrió la opresión por inmigrante, por pobre, por loca... Ella estuvo en el manicomio hasta los últimos días del año 2014. Tenía 84 años, el pelo muy blanco, una joroba que quién sabe cuántas violencias llevaba, una mirada de las más profundas del mundo, miles de abrazos reparadores, pocas palabras, muchos saberes. Un día desapareció, no salía del predio, pero un día no estuvo más. Aún la buscamos, aún nos preguntamos dónde está Bernardita...

Referencias Bibliográficas

Campos, G. W. S. (1993). "Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud". *Cuadernos médicos sociales* (65-66), 81-83.

Franco, T; Merhy, E. (2011). "El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado". *Salud Colectiva* 7(1), 9-19.

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Larrosa, J. (2015). "Deseo de la realidad. Algunas notas sobre experiencias y alteridad para comenzar a desenjaular la investigación educativa". Recuperado de <https://es.scribd.com/document/124686636/Deseo-de-Realidad-Jorge-Larrosa>

Merhy, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ongano, F. (1987). *Mujer, Locura y Sociedad*. México: Universidad Autónoma de Puebla.

Programa Buenos Aires Libre de Manicomios (2021). Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Resolución 2805/2021.

Restrepo Rodríguez, D.; Francés Lecumberri, P. (2016). "Rasgos comunes entre el poder punitivo y el poder patriarcal". *Rev. colomb. soc.* 39(1), 21-46.

Notas

1. ...A más (?) tengo que vivir con el doctor Don Gorge Irche (?), porque como es un pobre físico, se quiere sentir bien de salud conmigo. Está dele que tengo que hacerle pasar el frío, así que para eso me servirían los abrigos que me mandastes, para que se caliente en doctor Irche y todos los demás físicos que viven conmigo... Este es el estado actual de mi salud... Cuando estaré yo con mis hijas y mí nene, jacintito, ese es el nombre que pienso ponerle a mí nene cuando nazca... Qué sé yo cuando me va a atender el doctor, parece que no quiere saber nada, dice que se deshonran porque no fue mi marido que me dejó gruesa, pero todo será culpa del que me echó del lado de mis nenas y me hizo traer al Romero. Carta de E.L.M. a su tía. Mayo de 1942 (archivo Histórico Hospital Dr. A. Korn).

2. Estimado Pompeyo; he tenido paciencia de esperarte hasta hoy que vinieras a buscarme, porque desde que tu hermana Antonia me dijo no podrías venir hasta el mes de septiembre, enseguida comprendí todos nues-

tros engaños y le dije que quiero divorciarme de ti, porque no quiero que hagas con mis hijos lo que has hecho conmigo. Si en Argentina no está establecida la ley de divorcio todavía, habrá por lo menos otra ley de protección para la mujer, porque eso de que los Hospitales de enfermedades mentales coloquen la mala voluntad de los maridos es algo inconcebible. Espero veas soy amable y vengas a buscarme, si los médicos te dicen que no estoy bien para estar en mi casa, es porque son muy pocos médicos y si tu no vives bien conmigo con dejarme al lado de mis hijos has cumplido con tu deber. Sin más que decirte y con cariños a Gonzalo. Te abraza tu esposa. Carta de C.M. de H. a su esposo. Octubre de 1942 (archivo Histórico Hospital Dr. A. Korn).



Salud mental, géneros y sexualidades: cis-heteronormatividad y accesibilidad al sistema de salud

BARZANI, Carlos Alberto

Psicoanalista. Integrante del consejo de redacción de Revista Topía. Jefe de Unidad de Salud Mental y Coordinador de Equipo de Diversidad Sexual y de Género del Hospital Belgrano.

carlos.barzani@topia.com.ar

Estudiamos, trabajamos, realizamos actividades recreativas, transitamos nuestros procesos de salud-enfermedad, en definitiva, –vivimos– en un régimen cis-heteronormativo y binario, es decir, con solo dos tipos de género reconocidos y prescriptos, –varón o mujer–, y los genitales son un signo esencial de esa identidad dicotómica: tener pene implica ser varón, masculino y heterosexual; tener vulva define a esa persona como mujer, femenina y por supuesto heterosexual.¹

¿Qué significa esto en la vida cotidiana, en cada cosa que hacemos, en cada ámbito por el que circulamos?

Regularmente, implica la suposición de que todas las personas somos cissexuales y heterosexuales, y se hace carne diariamente en las personas que intentan acceder al sistema de salud.

¿Qué siente una persona que por no haber hecho aún el cambio registral en su documento, la llamen por el nombre asignado al nacer, y no por el que eligió a partir de cómo siente su identidad de género? ¿Cómo

experimenta un varón gay la consulta con un proctólogo y recibir una atención con desdén y hasta repulsiva referida a su ano, o consultar al urólogo y que éste le diga: “es impredecible lo que podés tener en el pene, ponerlo donde lo pusiste es como meterlo en una cloaca” (sin siquiera preguntar si el paciente había tenido prácticas de penetración)? ¿Qué sensación atraviesa a una persona con vulva que al momento de hacerse un PAP, quien se lo realiza a modo de reto le indica que la próxima vez concurra depilada? En el otro polo, desde una perspectiva que intenta ubicarse en un lugar “bienintencionado”, un adolescente trans consulta por un tema de salud eventual y al manifestar su identidad de género se le informan los lugares donde podría realizar un tratamiento de hormonización, sin que el adolescente haya siquiera manifestado o preguntado alguna inquietud al respecto, dando por supuesto que toda aquella persona que se presenta como “trans” realizará necesariamente un proceso de hormonización.

Podríamos seguir enumerando ejemplos de situaciones más burdas o más sutiles que relatan lxs consultantes, y resulta necesario mencionarlas, ya que algunas de las cuestiones que surgen en la articulación con los diversos servicios, profesionales y trabajadorxs en el hospital es la pregunta sobre el porqué un consultorio “especial”, “nosotros atendemos a todos por igual”, “poner un consultorio para ellos es discriminarlos”, etc. La

realidad fáctica es que todos los estudios consultados mencionan situaciones de discriminación y violencia sufridas sobre todo por la población trans, travesti y no binaria, en los establecimientos de salud. Como consecuencia, un alto porcentaje de personas dejan de concurrir al lugar de atención. Por ejemplo, en el Primer relevamiento sobre condiciones de vida de la población trans/travesti de la provincia de Buenos Aires (2019), cuatro de cada diez personas entrevistadas mencionan que experimentaron situaciones de violencia en centros de salud y hospitales, ejercidas principalmente por integrantes de equipos de salud.²

Por otro lado, el promedio de vida estimado de las mujeres trans y travestis es de 35-40 años, muy por debajo de la expectativa de vida de la población general, que en la Argentina es de 77 años. Los datos recabados por *La Revolución de las Mariposas* en CABA indican que las mujeres trans y travestis fallecen en promedio a los 32 años, producto de la sistemática y estructural violencia y exclusión social, política y económica (p. 96). De 192 mujeres trans y travestis fallecidas entre los años 2011 y 2016, el 83% tenían menos de 40 años al momento de su muerte y la principal causa fue el vih o enfermedades asociadas –tuberculosis, neumonía o pulmonía– (64%) y la segunda causa fueron los homicidios (15%). Otras causas mencionadas son: cirrosis, sobredosis, problemas derivados de las inyecciones de si-

licona, cáncer y el suicidio (p. 159). Por otro lado, según el Boletín Respuesta al vih y las ITS en la Argentina N° 38 (diciembre 2021), la prevalencia de vih en mujeres trans es de un 34%, mientras que para la población general la prevalencia es del 0,4%.

La Ley 26.743 de Identidad de Género (2012) tiene tres pilares: trato digno –respeto de la identidad de género adoptada por las personas que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad–, la ley como derecho y no obligación –no es necesaria la rectificación registral– y la salud integral.³ Desde su promulgación y la formación de los “consultorios amigables” para la población LGBTI+ se ha ido avanzando lentamente en la eliminación de algunas barreras de acceso al sistema de salud, pero no es suficiente. Existen barreras que están en la estructuración misma del sistema de salud, como ser ciertos servicios específicos como urología y ginecología que están fuertemente generizados, al igual que la distribución de salas de internación donde están divididas en salas de varones y de mujeres, y el rechazo por parte de usuarixs cis y algunxs trabajadorxs de personas trans en las mismas, esgrimiendo cuestiones referidas al “pudor” u otras similares.

El desafío actual es reforzar una atención integral y de calidad en toda la estructura del sistema. Para ello resulta necesario un trabajo a nivel social en general y

específicamente hacia dentro del sistema de salud, sus instituciones y lxs trabajadorxs que formamos parte. Como se señala en *La revolución de las mariposas*, “queda aún pendiente la formación de los equipos de salud para una atención integral, para dar cumplimiento efectivo a la norma” (p. 70). Y que personas LGTBI+ participen en el rol de capacitadorxs. En mi experiencia en el hospital, ha sido muy fructífero el debate y el diálogo de lxs trabajadorxs del sistema de salud con lxs eventuales usuarixs, y que puedan cuestionar ciertos presupuestos naturalizados.

Despatologizar

En los últimos años se ha avanzado mucho en cuanto a la despatologización de la homosexualidad primero (1973, 1990)⁴, y luego de las personas trans. Esta última, sobre todo, en torno a la lucha de las organizaciones contra la patologización trans y las consecuencias médicas y sociales de dicha patologización, que culminó en la Campaña Internacional *Stop Trans Pathologization* (a partir de 2009), y lograron que se eliminaran del capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento del CIE-11 todas las categorías relacionadas con las personas trans (Máscolo, 2019; Millet, 2020). A pesar de estos avances aún existen autores de algunas escuelas psicoanalíticas que continúan patologizando y estigmatizando a las personas trans, travestis y no binaries, y

por otro lado, algunas instituciones siguen solicitando el aval de unx profesional de salud mental para realizar tratamientos de hormonización o quirúrgicos, a pesar que la Ley de Identidad de Género lo prohíbe.

Desgenerización, desheterosexualización, des-cisexualización

An Millet, en *Cissexismo y Salud*, realiza la operación de sacar a las personas trans del lugar de “objetxs de estudio”, para poner el cissexismo en el centro de la escena. De este modo propone la descisexualización como un conjunto de acciones tendientes a desaprender y desestabilizar las producciones simbólicas y materiales basadas en la idea de que las personas cis son más valiosas que las personas trans. Con este fin propone tres estrategias. La primera tiene que ver con abandonar el paradigma de la asunción del género ajeno; o sea, dejar de asumir el género de las personas con las que nos encontramos, por ejemplo, a partir de ciertos atributos presuponer que alguien es varón o mujer. La segunda estrategia se liga a “equiparar” el uso de las marcas cis y trans cuando hablamos de otras personas. ¿Cuál sería la pertinencia de aclarar que una persona es trans si consulta por un dolor de muelas o porque está atravesando un duelo o porque simplemente tiene una gripe? Y la tercera pone en cuestión la idea sobre “la falta” de formación específica de lxs profesionales de la salud y

propone una perspectiva que ponga sobre el tapete que cuando la hay, esa formación es cisexista.

Estas estrategias son solidarias con las propuestas de val flores de desheterosexualizar y degenerizar la vida cotidiana, para quien desheterosexualizar no solo es un trabajo teórico, sino, además, “una tarea micro-política de implicación sensoriooperceptiva al interferir y desarmar esas políticas del saber que nos hieren, una tentativa por desaprender las formas heterosexualizadas del pensar y sentir... **implica desorganizar las microdictaduras cotidianas que masacran nuestros cuerpos**” (el resaltado es mío) (flores, 2018, p. 7).

Degenerizar implica “una propuesta estética, política y afectiva de cuestionar las formas oficiales y naturalizadas de percibir, sentir y comprender los géneros” (flores, 2018, p. 8). Se trata de cuestionar a través de cómo vivimos y experimentamos cotidianamente nuestra corposubjetividad⁵, los modos impuestos de feminidades y masculinidades binarias, heteronormativas y patriarcales, como por ejemplo, en el caso de los varones cis, desertar del rol de macho proveedor y/o adoptar modismos o vestimentas catalogadas de femininas y/o abrir posibilidades eróticas de actitudes y/o zonas erógenas vedadas a los varones, resquebrajando de este modo los estereotipos y mandatos del régimen heteronormativo.

Sabemos que en estos procesos solo con lo voluntarista no alcanza. Por lo tanto, quienes sostenemos una ética que sostiene como horizonte los vínculos democráticos y con equidad sexual y de género, estamos comprometidx en visibilizar y trabajar sobre nuestros propios puntos ciegos. Es decir, **despatriarcalizarnos, desheterosexualizarnos, descisexualizarnos.**

Referencias Bibliográficas

Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (2021), *Boletín Respuesta al vih y las ITS en la Argentina* N°38. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-12/Boletin-38-Respuesta-al-VIH-ITS-Argentina.pdf>

flores, val (2018). "Pedagogías del deseo. Dsheterosexualizar el conocimiento o ¿es posible hacer de la danza una experiencia de (des)generización?". Texto de la conferencia en el XI Congreso de Danzas, Educación-Diversidad-Escena. Escuela de Danzas Tradicionales Argentinas José Hernández, La Plata, 12, 13 y 14 de septiembre del 2018.

Millet, A. (2020). *Cisexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado*. Buenos Aires: Puntos suspensivos ediciones, Cap.: "Descisexualización".

Missé, M. y Coll Planas, G. (2014). *El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid/Barcelona: Egales.

Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Géneros y Diversidad y Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2020). *Atención de la salud integral de personas trans, travestis*

y no binarias. Guía para equipos de salud. Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2017). *La Revolución de las Mariposas. A diez años de la gesta del nombre propio*. Disponible en: <https://www.mpdefensa.gob.ar/sites/default/files/la-revolucion-de-las-mariposas.pdf>

Máscolo, T. (2019). "Igualdad ante la Ley, desigualdad en la Salud Integral. Una mirada en la población travesti-trans". *Revista Topía* N° 87, Buenos Aires, noviembre 2019. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/igualdad-ley-desigualdad-salud-integral>

Radi, B. y Pérez, M. (2018). "De cambios, géneros y paradigmas", en Nora Barqui, Gabriel Genise y Dante Tolosa (eds.). *Manual Integrador hacia la Despatologización de las Identidades Trans*. Buenos Aires: Akadia.

Notas

1. Butler, J. (1990). El género en disputa. Paidós: Buenos Aires, 2018, p. 72. Butler se refiere a la "matriz heterosexual" a través de la cual se produce la heterosexualización del deseo. "La matriz cultural –mediante la cual se ha hecho inteligible la identidad de género– exige que algunos tipos de "identidades" no puedan "existir": aquellas en las que el género no es consecuencia del sexo y otras en las que las prácticas del deseo no son "consecuencia" ni del sexo ni del género."

2. Ver también Radi y Pérez (2018), p. 30 y Máscolo (2019).

3. Máscolo (2019), además de una comunicación personal.

4. La Asociación Estadounidense de Psiquiatría retiró la homosexualidad de su manual de trastornos mentales en 1973. La OMS lo hizo recién en 1990.

5. Concepto postulado por Enrique Carpintero en el cual plantea el anudamiento de tres “aparatos”: orgánico, psíquico y cultural superando el impasse del biologicismo, el sociologismo y el psicologismo. Carpintero, Enrique, “La corporsubjetividad”, en *El erotismo y su sombra. El amor como potencia de ser*. Bs. As.: Topía, 2014.

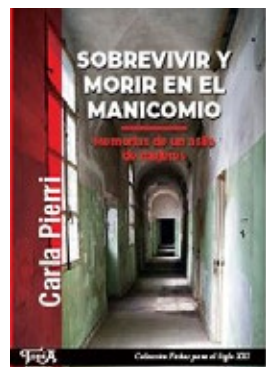


“Sobrevivir y morir en el manicomio. Memorias de un asilo de mujeres” de Carla Pierri, publicado por Editorial Topía

CASTILLO, Pablo

Psicólogo (Facultad de Psicología, Universidad Buenos Aires), Magister en Planificación y Gestión Comunicacional (Facultad de Periodismo y Comunicación, Universidad Nacional de La Plata). Docente de la Universidad Nacional de las Artes (UNA) y de la Universidad Nacional de Avellaneda. Se dedica a la intersección de comunicación y salud, área en la que dirige tesis y tesinas de grado y posgrado. Director de la Revista Gaceta Psicológica (APBA).

pablocastillo96@yahoo.com.ar



El libro “Sobrevivir y morir en el manicomio. Memorias de un asilo de Mujeres”, de Carla Pierri, describe, interroga y entrama socio históricamente, los recorridos de internación manicomial de personas fallecidas en hospicios durante los años '60 del siglo XX. Analizar este texto supone detenernos ante dos fenómenos que funcionan simultáneamente y que mantienen entre sí una discreta autonomía relativa.

Por un lado, está la investigación propiamente dicha, poblada de entrevistas, análisis de archivos, reconstrucción de historias clínicas, etc. Y, por el otro, la insistencia por resituar a esas anónimas personas dándoles vida, indagando sus orígenes, interpelando sus lazos familiares y sociales.

Porque ¿quiénes eran esas mujeres fallecidas en su internación psiquiátrica en los '60 en el Hospital Esteves? Simplemente, inmigrantes, trabajadoras, mujeres pobres que permanecían invisibilizadas por los discursos de los otros.

Como bien sostiene la autora, la lógica manicomial sobredetermina todas esas escenas, se hace cargo de los padecimientos subjetivos y de internaciones en condiciones degradantes de la vida humana.

Quizás el mayor mérito de este libro, además del trabajo de investigación que lo soporta, sea plantear una narrativa que se ordena desde la experiencia, que desde allí gira hacia lo dramático, pero que se ubica tomando distancia tanto de la mirada melancólica que romantiza la locura, como de aquella que termina naturalizando las prácticas manicomiales. Antes que eso, este libro busca inscribir las historias singulares en dispositivos más amplios, en un entramado histórico social que no resulta paisaje o borde, sino trama donde lo económico-político –o lo general–, las formas institucionales –o lo particular–, se singularizan en los registros, pero también en las vidas cotidianas bordeadas por el hospicio. Por eso, no casualmente este libro se inicia con un relato ficcional de una joven asturiana llegada a la Argentina justo antes de la Gran Guerra, que pide y consigue trabajo como sirvienta en una casona de la calle Deán Funes de la Capital Federal y termina internada en el manicomio.

Por último, este libro también puede leerse como una crítica epistemológica a los modos en que conceptualiza hegemónicamente sus textos la academia, donde no hay lugar para lo singular, para aquellas anotaciones

al margen de las narraciones principales. En este sentido, este libro abre otras preguntas. Interpela la racionalidad de ese y este tiempo, y propone al saber instituido modificar su plan de vuelo.

Un libro que proclama menos historia clínica y más poesía no solo busca sostener una posición subjetiva, sino, además, formular un camino diferente para cuestionar los modos en que se constituyen ciertas legitimidades en una época.

Quedan invitadas e invitados a recorrerlo.



El trabajo: entre lo público, lo privado y lo íntimo. Comparaciones y desafíos internacionales del cuidado (edición argentina). Aurélie Damamme, Helena Hirata, Pascale Molinier (Coords.). Miriam Wlosko (Editora), publicado por EDUNLa Cooperativa

PUJOL BUCH, Valeria

Comunicadora Social (UBA). Coordinadora de la Diplomatura Universitaria en Comunicación Popular y Fortalecimiento Comunitario (UNLa – MDS Nación). Colabora con el Programa de Salud, Subjetividad y Trabajo (DESACO UNLa).

valeriapujolbuch@gmail.com



En el marco del Programa de Salud, Subjetividad y Trabajo se presentó la edición en castellano del libro *El trabajo: entre lo público, lo privado y lo íntimo. Comparaciones y desafíos internacionales del cuidado*, coordinado por Aurélie Damamme, Helena Hirata y Pascale Molinier. Publicado originalmente en Francia por la editorial L. Harmattan (2017), y en Argentina por la Editorial de la UNLa (2021), tuvo a Miriam Wlosko como editora responsable, quien además escribió el prólogo y tradujo los textos.

La obra focaliza en distintas investigaciones actuales en torno al trabajo de cuidado (care), cuestión que mantiene estrechas relaciones con las desigualdades sociales de clase, género y raza. El trabajo de cuidado incluye múltiples tareas que sostienen la producción y reproducción de la vida desde que nacemos hasta que morimos. Abarca desde la limpieza, la crianza de niñas/os, hasta el cuidado de personas. A pesar de que es crucial, en nuestras sociedades este trabajo no solo es naturalizado como un “deber ser” de las mujeres, sino que

además es fuertemente desvalorizado, tanto económica como simbólicamente, al tiempo que está injustamente distribuido. El trabajo de cuidado remunerado constituye una fuente muy importante de empleo, especialmente para las mujeres de los sectores populares. Pero, es frecuente que este sector no tenga garantizados sus derechos más básicos, incluso cuando existe legislación como es el caso Argentino.

Los artículos que componen la obra abordan distintas problemáticas políticas, teóricas y metodológicas, entre estas: las migraciones de mujeres pobres, las políticas públicas, el trabajo de cuidado como trabajo indispensable pero desvalorizado, asignado a mujeres de sectores subalternos y las relaciones de subordinación; el cuidado que se realiza en el seno de las familias, la profesionalización del cuidado, la sexualidad, la discapacidad.

Los diversos artículos del libro nos permiten adentrarnos en diferentes escenarios geográficos, sociales y culturales, tomando casos vinculados con el trabajo de cuidado en Estados Unidos, Francia, Japón, el Líbano, Filipinas, Colombia, Brasil y Argentina. Asimismo, se presentan estudios comparativos a escala internacional, lo que permite captar la importancia del contexto nacional en la diversidad de configuraciones de prácticas de cuidado, como así también, dar cuenta de sus continuidades a nivel internacional.

El texto pone en el centro la pregunta enunciada por Joan Tronto: ¿Quién se ocupa de qué, cómo y en qué condiciones?, proporcionando elementos clave para el debate político relativo al cuidado como trabajo, como derecho y en torno de las responsabilidades que implica su distribución desigual en la sociedad.

Como se señala en la contratapa, el libro se divide en tres apartados: el primero, se ocupa del trabajo de cuidado a la luz de las relaciones sociales (de sexo, clase y raza); el segundo, examina el cuidado en el seno de la familia y el trabajo domiciliario; y el tercero, aborda el cuidado en relación con la discriminación, y las políticas públicas.

El trabajo de cuidado y las relaciones sociales

En “Raza, género y la obligación de cuidar”, Evelyn Nakano Glenn aborda la exclusión de las trabajadoras del cuidado de las formas modernas de protección laboral. Para la autora, esta situación se explica mediante la intersección de dos sistemas de jerarquías sociales: el de las obligaciones por género, por el que el cuidado queda relegado a la esfera familiar y se torna una “obligación” de las mujeres; y el del régimen de propiedad diferenciada por raza, mediante el cual el cuidado, en continuidad con el legado de la esclavitud y el colonialismo, es concebido como una extensión de los regímenes de trabajo forzado bajo servidumbre racializada. Aunque

formalmente abolidos, ambos regímenes siguen moldeando con eficacia las relaciones sociales y permiten la coexistencia de “servidoras” excluidas de los derechos ciudadanos, y amos/as con plenos derechos. Estas son figuras interdependientes y co-construidas.

En el capítulo “Trayectorias profesionales y relaciones sociales: el trabajo de cuidado en una perspectiva comparada”, Helena Hirata, Efthymia Makridou y Myrian Matsuo exponen una investigación comparativa de las trayectorias de cuidadoras de Japón, Brasil y Francia. El estudio visibiliza la especificidad que asumen las relaciones sociales de clase, sexo y raza en cada país, al tiempo que muestra los elementos que tienen en común: en los tres países, el trabajo de cuidado es poco valorado, mal pago y tiene escaso reconocimiento social. Además, quienes realizan estos trabajos poseen itinerarios profesionales precarizados, padeciendo la exclusión de otros sectores del mercado de trabajo.

“Las trampas de la profesionalización de los cuidados”, de Pascale Molinier, aborda las dificultades que acarrearán nociones como “profesionalización” y “competencias” en el campo del cuidado. La profesionalización es pensada frecuentemente apoyándose en nociones tales como la de “competencias” que implica una concepción individualizada del conocimiento y del hacer en el trabajo. Este abordaje, no solo termina desfigurando lo que es producto de procesos y expe-

riencias colectivas, sino que además genera y reproduce una división del trabajo sin sentido (“especialistas en pasar el trapo”). Para Molinier el trabajo de cuidado no es especializado, todo el mundo puede hacerlo, por lo que representa un verdadero desafío para la “episteme del trabajo”. Por ello, es necesario pensar una nueva concepción de profesionalización, que no se rija por la especialización creciente y la exclusión de la dimensión afectiva. El trabajo de cuidado no puede comprenderse y hacerse de manera correcta si se lo desconecta del deseo inconsciente, ya que es imposible realizarlo sin “ser afectada/o”. No obstante, este deseo es subestimado, ninguneado e incluso prohibido en las modalidades hegemónicas de la profesionalización. Por tanto, la profesionalización del trabajo de cuidado no puede abordarse desde una perspectiva que desconozca que para su correcta realización se requiere de la combinación de tacto, sensibilidad, intuición, capacidad de anticipación de las necesidades, discreción y gentileza. Es decir, “aquello que implica” a las trabajadoras del cuidado para hacer bien su trabajo.

En el artículo “El cuidado y la emigración de las Filipinas a Japón y sus consecuencias”, Chiho Ogaya explora la evolución de los flujos migratorios entre Filipinas y Japón evidenciando los estrechos lazos existentes entre feminización de la inmigración y la oferta de cuidados. Al analizar las trayectorias de las mujeres filipinas

que llegaron a Japón en los '70, muestra la continuidad entre el trabajo sexo-afectivo en clubes y bares nocturnos realizado por esas mujeres migrantes en su juventud, y el trabajo de cuidado de ancianos, que las mismas mujeres realizan cuando envejecen. El examen de las distintas modalidades de inmigración filipina al Japón, permite a Ogaya analizar la discriminación, estigmatización y la soledad que atraviesan estas trabajadoras, así como las vicisitudes que contrastan con la etiqueta de “buenas cuidadoras” que se les asigna a las filipinas. Bajo la fachada de una supuesta preparación profesional, estas migrantes son mano de obra barata fácilmente explotable, situación que además es sostenida por acuerdos gubernamentales bilaterales orientados a garantizar el funcionamiento de los servicios de cuidado en Japón con mano de obra femenina barata.

El familiarismo y el trabajo de cuidado a domicilio

Algunas investigaciones han caracterizado al familiarismo para dar cuenta de las relaciones entre empleadas y empleadores/as como relaciones alienadas o de “falsa conciencia”. En “Familiarismo” más allá de la falsa conciencia: un análisis de las historias de trabajadoras domésticas”, Mira Younes y Pascale Molinier cuestionan estas interpretaciones por considerar que dan cuenta de un prejuicio: el de la falta de politización de

las trabajadoras domésticas, las que no podrían manejarse tácticamente en la relación con sus empleadores/as. Pero que las trabajadoras lamenten “no ser parte de la familia” no supone falsa conciencia respecto de la relación de explotación, sino el uso de un lenguaje que se opone a prácticas de alterización e inferiorización. Al evitar la oposición entre movilización colectiva/lucha por los derechos y reclamo privado/despolitizado, emerge el familiarismo como un espacio de negociación que las trabajadoras movilizan tácticamente. Las autoras se basan en una investigación realizada con las trabajadoras domésticas de Bogotá y Beirut. En ambos países se encuentran muy vigentes las huellas de la colonización. “Llama la atención la forma en la que la colonialidad del poder se mantiene de forma parcialmente oculta en la intimidad del hogar”, afirmó Molinier en la exposición que realizó en la presentación del libro en español, el 13 de noviembre de 2021. Para la autora, si la colonialidad es la cara oculta de la modernidad capitalista, la institucionalización del familiarismo es la cara íntima de la colonialidad. El familiarismo es una institución que moldea subjetividades, tanto de las empleadas como de las y los patrones/as, y por tanto, no es fácil de transformar, como tampoco lo es el sistema de género.

“Pícaras y sinvergüenzas. Sexualidad, emociones y relatos en el cuidado de personas mayores (Ciudad de

Buenos Aires)”, da cuenta de la investigación realizada por Natacha Borgeaud-Garciandía, que explora las relaciones entre sexualidad, emociones y el trabajo de care en cuidadoras de personas mayores con alzheimer a domicilio en Buenos Aires. Se sabe que la afectividad de quien cuida constituye un objeto central para que la relación de cuidado sea posible, pero ¿qué ocurre cuando las trabajadoras deben lidiar con emociones prohibidas y con conductas tabú vinculadas con la sexualidad de ancianos/as dementes? ¿Cómo impacta este trabajo en la subjetividad de quienes cuidan? El estudio, encuentra que la deserotización de la pareja cuidadora/persona cuidada y la banalización de la sexualidad por naturalizarla en la labor, emergen como estrategias centrales de estas trabajadoras. Reflexionando sobre las condiciones de posibilidad metodológicas que permiten la emergencia de relatos sobre temas tabú, el artículo aborda no sólo el rol de las emociones en el trabajo de las cuidadoras, sino también el de quien investiga.

Perspectivas políticas del cuidado

En “Cuidado y discriminación; algunas cuestiones en torno a la discapacidad”, Patricia Paperman aborda los desafíos que plantea una perspectiva política del cuidado que no reproduzca la discriminación respecto de las personas discapacitadas. Al círculo vicioso que se genera entre desvalorización del trabajo de cuidado y

los grupos a los que este trabajo es asignado, Paperman añade el que liga la desvalorización del trabajo de cuidado respecto de sus destinatarios: personas y grupos con discapacidad. La demanda de necesidades de cuidado requiere reconsiderar seriamente la noción de *autonomía* así como el estigma asociado con la dependencia. Asimismo, la dicotomía autonomía / vulnerabilidad / dependencia y sus derivas estigmatizantes, remiten a cierto modo de comprender la ciudadanía. Para la autora, los enfoques actuales de la ciudadanía terminan excluyendo a las personas con discapacidad, desde el momento en que las identifican exclusivamente como sujetos destinatarios de cuidados. Es preciso, por tanto, cuestionar este modelo de atribución de ciudadanía, a fin de captar y transformar modos de descalificación, tanto de las cuidadoras, que frecuentemente no tienen acceso a la ciudadanía plena, como de los/as destinatarios/as del cuidado.

Sin pretender abordar el libro en su totalidad, cerramos con palabras de Lucía Cirmi Obón, Directora Nacional de Cuidados del Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad de la Nación, expuestas en la presentación del libro en noviembre de 2021: “Esta publicación viene en el momento justo por varios motivos. Uno, porque la agenda de los cuidados ha tomado mucho lugar en la agenda pública, de la militancia y del activismo en la Argentina. El libro aporta profundidad y

toca muchas de las aristas que hoy estamos discutiendo en la política pública”, afirmó.

Referencias bibliográficas

Araujo Guimarães; Hirata H. et. al. (2020). *El cuidado en América Latina: mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay.* Compilado por Helena Hirata; Nadya Araujo Guimarães. CABA: Fundación Medifé Edita.

Molinier, P. (2013). *Le travail du care.* Paris: La Dispute.

Tronto, J. (2009). “Care démocratique et démocraties du care”, en P. Molinier, S. Laugier y P. Paperman (Dir.). (pp. 35-55). París: Payot.



Reseña de las XIII Jornadas de Salud Mental Comunitaria: 25 años promoviendo transformaciones en Salud Mental y DDHH. Formación, investigación, políticas, gestión y prácticas instituyentes en Salud Mental Comunitaria

Comité Editorial de la Revista "Salud Mental y Comunidad"

El viernes 28 de octubre se celebraron las XIII Jornadas de Salud Mental Comunitaria "25 años promoviendo transformaciones en Salud Mental y DDHH. Formación, investigación, políticas, gestión y prácticas instituyentes en Salud Mental Comunitaria", organizadas por el Centro de Salud Mental Comunitaria "Mauricio Goldenberg" (Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús).

La inauguración estuvo a cargo de la Directora del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, Lic. Elena Boschi; la Directora del Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Dra. Alejandra Barcala; la Directora de la Maestría en Salud Mental Comunitaria, Lic. Cecilia Ros, y el Director de la Especialización en Salud Mental Comunitaria, Esp. Alejandro Wilner.

Posteriormente se realizó la Mesa de Apertura "Perspectivas y posiciones en los procesos de reforma en Salud Mental en la actualidad", en la cual participaron Emiliano Galende (Profesor Consulto, UNLa; Fundador e integrante del Consejo Consultivo Honorario de los Posgrados en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús), Alicia Stokiner (Docente de los Posgrados de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Directora de la Maestría en Infancias y Adolescencias, UADER), Julieta Calmels (Subsecretaria de Salud Mental, Consumos problemáticos y Violencias del Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires), Norma Montenegro (Secretaria del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental) y Elena García (Integrante de la Asociación "Movida de Locos"). En ella se reseñaron las condiciones en que se implementan los procesos de reforma en diferentes espacios territoriales y los aportes que se hacen a ellos desde las universidades, la gestión pública y las organizaciones de la sociedad civil.

El evento contó con la participación de más de 200 personas de equipos interdisciplinarios de los sectores sociales, de salud y educación, investigadores, trabajadores comunitarios y de la salud que se desempeñan en los diferentes niveles de atención, usuarios y familias, asociaciones, colectivos, espacios institucionales, profesionales, estudiantes, público en general. Entre las

instituciones que participaron del evento, asistieron y presentaron trabajos profesionales del Hospital Interzonal Dr. José A. Esteves; Hospital de Salud Mental San Francisco de Asís; Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte; Hospital Lucio Meléndez; Hospital Dr. Ramón Carrillo; Hospital A. Zatti de Río Negro; Hospital Evita de Lanús; Hospital "Pedro Fiorito" de Avellaneda; Hospital del Bicentenario de Esteban de Echeverría; SEDRONAR; Colonia Montes de Oca; CAAC John W. Cooke; Agrupación Social Izquierda Latinoamericana; Dirección de Niñez y Adolescencias del Municipio de Lanús; Hospital "Arturo Melo", de Lanús; Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones; Dirección General de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación; Residencia PRIM Lanús; Residencia PRIM Florencio Varela; Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad; Secretaría de Salud del Municipio de Concepción del Uruguay; Municipio del Lomas de Zamora; Movimiento por la Desmanicomialización en Romero; Liga Infantil de los Barrios; Vientos de Libertad; Asociación Civil Nuestras Manos; estudiantes y docentes de UNSaM y UNLa (de las carreras de grado del Departamento de Salud Comunitaria y de los tres posgrados de salud mental). Se realizaron presentaciones de experiencias y trabajos por parte de diferentes colectivos con variadas pertenencias (académicas, de los servicios, de las organizaciones de

la sociedad civil, entre otros). Los ejes temáticos trabajados a partir de espacios de intercambio en torno a investigaciones académicas, experiencias de trabajo profesional e intervenciones de colectivos de usuarias y usuarios en el campo de la salud mental comunitaria fueron: Sistema de Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Salud Mental Comunitaria; Salud Mental, Derechos Humanos y Sistema Penal; Prácticas en Salud Mental, Abordajes Comunitarios y Dispositivos Sustitutivos; Atención Primaria de la Salud y Abordajes Territoriales; Salud Mental, Consumos y Derechos Humanos; Infancias y Juventudes: Prácticas e Investigaciones en Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos; Pensamiento Decolonial en Salud Mental: Conceptos y Experiencias; Salud Mental, Subjetividad y Trabajo; Producción de Conocimientos y

Formación en Salud Mental Comunitaria; Arte y Salud Mental; Género y Salud Mental, y Discapacidad y Salud Mental: reflexiones en torno a la interseccionalidad.

En las actividades de cierre de las Jornadas se realizó la presentación de libros publicados por los equipos de investigación vinculados con el Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg”, y en ese marco, se realizaron sentidos homenajes a Marité Loudieu y a Vicente Galli: personas de gran importancia y trascendencia por sus aportes en el campo de la salud mental.

Agradecemos a todes quienes se acercaron, dialogaron, compartieron y brindaron sus aportes para seguir construyendo un campo de la salud mental comunitaria cada vez más democrático e inclusivo, en pos de la transformación social, política y cultural.







Obra: Luxor

Ig: @soyluxor

El Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la Universidad Nacional de Lanús agradece a Luxor, 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