

REVISTA

# SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Universidad Nacional de Lanús

Año 11 N° 17  
Diciembre de 2024  
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud  
Comunitaria

Centro de Salud  
Mental Comunitaria  
Dr. Mauricio Goldenberg

REVISTA  
**SALUD MENTAL  
Y COMUNIDAD**

Año 11 N° 17  
Diciembre de 2024  
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud  
Comunitaria

Centro de Salud  
Mental Comunitaria  
Dr. Mauricio Goldenberg

**Director**

Emiliano Galende

**Editora Asociada**

Milagros L. Oberti



Centro de  
Salud Mental Comunitaria  
"Mauricio Goldenberg"  
Departamento de Salud Comunitaria



**EDUNLA**  
COOPERATIVA

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.

© 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**

**Rector**

Mtro. Daniel Rodríguez Bozzani

**Vicerrectora**

Prof. Georgina Hernández

**Directora del Departamento  
de Salud Comunitaria**

Mgtr. Tamara Daniela Ferrero

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

Lic. Matías Segatorri

**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. Milagros L. Oberti

**Comité Editorial**

Alejandra Barcala  
*Universidad Nacional de Lanús*

Cecilia Ros  
*Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires*

Alejandro Wilner  
*Universidad Nacional de Lanús*

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

Débora Yanco  
*Universidad Nacional de Lanús*

María Marcela Bottinelli  
*Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires*

Sergio Remesar  
*Universidad Nacional de Lanús. Universidad Nacional de Quilmes*

Silvia Faraone  
*Universidad de Buenos Aires*

Emilse Moreno Carreño  
*Universidad Nacional de Lanús*

Mariano Poblet Machado  
*Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires*

Matías Segatorri  
*Universidad Nacional de Lanús*

Tomás Pal  
*Universidad Nacional de Lanús*

Ana Cecilia Garzón  
*Universidad Nacional de Lanús*

Carla Pierri  
*Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires*

Elena García  
*Universidad Nacional de Lanús*

Ivonne Minuet  
*Universidad Nacional de Lanús*

María Eugenia Tablar  
*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*

Daniel Fränkel  
*Universidad Nacional de Lanús*

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*  
Roxana Ynoub  
*Universidad de Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús*  
Graciela Zaldúa  
*Universidad de Buenos Aires*

### **Diseño de publicación**

Germán Falke

### **Suscripción y correspondencia**

[saludmentalycomunidad@unla.edu.ar](mailto: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](mailto:publicaciones@unla.edu.ar) - [www.unla.edu.ar/public](http://www.unla.edu.ar/public)

# Índice

9 EDITORIAL  
*Emiliano Galende*

## HOMENAJES

13 **In memoria Silvia Faraone**  
*Flávia Torricelli*

16 **Como vamos a extrañarte, querido Mario...**  
*Alejandro Wilner*

## ARTÍCULOS

19 **Las otras clínicas. Acompañar prácticas y procesos: del  
kliné al kiné**  
*María Alicia Harguindey, Margarita Ussher y Carolina Wajnerman*

35 **Aportaciones fenomenológicas a la epistemología de la  
atención antimanicomial**  
*Magda do Canto Zurba y Paulo Duarte de Carvalho Amarante*

48 **Dimensiones de la vida cotidiana potenciadas por las  
experiencias estéticas y culturales de personas con  
padecimientos subjetivos**  
*Anabel Arias*

- 71 Derivas regionales de la crisis de la psicología social. La subjetividad en clave histórica y social desde los aportes de la psicología de la liberación y de la psicología comunitaria**  
*Santiago Andrés Marín*
- 87 Acerca del funcionamiento de dispositivos residenciales territoriales para usuarixs de un hospital psicoasistencial de la provincia de Buenos Aires. Un enfoque desde la salud mental comunitaria**  
*Carla Etchepare y Ayelén Costa*
- 110 La continuidad en procesos de atención en salud mental en la ciudad de Rosario, Santa Fe, desde la perspectiva de usuarios/as**  
*Alberto Velzi-Díaz, Jimena Pietrodarchi, Gisela Santanocito, Esmeralda Garcete, Camila Toth, Germán Starna y Paola Benitez*
- 128 Proceso de transformación del modelo de atención y de gestión en hospitales monovalentes seleccionados de la Provincia de Buenos Aires, 2023-2024**  
*Alejandro Wilner, Sebastián Murua, Emilse Moreno Carreño, María Eugenia Tablar, Mañas Segatorri, Ivonne Minuet, Nadia Mariel Sánchez, Debora Ingrid Yanco y Leandro Luciani Conde*

## RELATOS DE EXPERIENCIAS

- 149 Proyecto comunitario "Tiempo Compartido": un espacio recreativo y reflexivo para infancias y cuidadorxs en territorio.**  
*Constanza Alfei*
- 157 Un relato de la experiencia de trabajo en un hospital rural del sur de la provincia de Chubut. La inclusión de la perspectiva de salud mental comunitaria en las prácticas cotidianas**  
*Ana Fernández y Fernando Colombero*
- 169 VIVA ESTAMPA: práctica artística, promoción de salud y transformación social**  
*Agustina Abadía, Paula Abregu y Mercedes Figallo*
- 183 "Recreando Salud Mental Comunitaria": talleres de intercambio entre profesionales y construcción de conocimiento por medio de la experiencia**  
*Abigail Quiroga, Julia Rovere y Paula Leyva*
- 196 El hacer (en) territorio: experiencias desde un dispositivo de Salud Mental Comunitaria en el barrio Zavaleta**  
*Mailen González Smith, María Belén Devoto, Azul Carranza, Florencia Montegani, María Isabel Ghironi y Sol Valverde*

- 209 Arte, Cultura y Salud mental entre Brasil y Argentina. Reflexiones desde la experiencia**

*Mariela Dri*

DEBATES Y PERSPECTIVAS

- 221 Lo Comunitario en la encrucijada del presente: riesgos y potencia**

*Alicia Stolkiner*

- 228 Más allá del negocio inmobiliario: van por otro terreno. Sobre la subasta del Centro N°1 de Salud Mental y otras repeticiones**

*Sergio Zavalza*

- 232 No se transforma lo que se naturaliza**

*Sebastián Sanchez*

RESEÑA DE LIBRO

- 238 Reseña del libro "Locura y transformación social. Autobiografía de la reforma psiquiátrica en Brasil" de Paulo Amarante, publicado en Colección Doctorado en Salud Mental Comunitaria, EDUNLA Editorial**

*Andrés Techera y Alejandra Barcala*

RESEÑA DE TESIS

- 245 Procesos de atención y cuidado en el campo de la salud mental de infancias en contextos migratorios regionales: un análisis de los discursos de familias migrantes latinoamericanas y de profesionales de la salud mental del sector público estatal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

*Laura Poverene*

- 254 Acerca de cómo "robarle el tiempo al encierro": la gestión del proceso de trabajo en una sala orientada a producir externaciones de un monovalente de la Provincia de Buenos Aires, 2020-2022**

*Sebastián Nicolás Murua*





Emiliano Galende

Al momento de escribir esta Editorial las 63 Universidades Públicas del país están sufriendo y resistiendo un ataque a su normal funcionamiento por parte del gobierno actual. Más de dos millones de alumnos universitarios, profesores y personal de administración (no docentes), más distintas instituciones de la ciencia y la investigación, resisten un fuerte desfinanciamiento de sus actividades. De no lograr revertir este ataque, en el año próximo, las universidades, sus proyectos de investigación y extensión, se verán disminuidos o eliminados. Debido al daño al conocimiento, a las instituciones de la ciencia y la innovación tecnológica, no será fácil de reparar en un futuro. Este ataque económico e ideológico al conocimiento no es solo por razones económicas, como pretende el gobierno, sino una destrucción planificada de este sector central para el desarrollo del país.

Este ataque es parte de uno mayor a la cultura nacional, los hábitos sociales, las instituciones sociales (clubes de Barrio o de fútbol), instituciones del cine, el arte, agrupaciones de jubilados, diferentes organizaciones comunitarias, el repudio de todo agrupamiento solidario de cualquier tema o proyecto. Se proclama que hay que eliminar todo “colectivismo”. Se ha dicho que el presidente pretende eliminar al Estado para liberar las fuerzas del mercado. Se trata de un objetivo

que no consiste en la desaparición del Estado Nacional, sino en cambiarlo para ponerlo a disposición de grupos económicos concentrados. Lo que quiere eliminar es el Estado Social.

El Estado se retira de su función de protección de los sectores sociales más vulnerables, a la vez que garantiza un modelo de acumulación económica en los grandes grupos económicos, que, por lo mismo, su resultado será hacer de estos monopolios el mayor poder del país. Individualismo y meritocracia: que cada uno sea responsable único de su destino personal (especialmente de sus negocios).

Es difícil que el proyecto de país que se visualiza en estas políticas logre ser viable en Argentina. Con todas sus dificultades, la sociedad argentina existe y resiste. Una sociedad sólo logra ser pacífica si integra a sus miembros, protege y apoya la vida comunitaria y ofrece un futuro en el cual cada uno pueda construir, o al menos imaginar, un proyecto de vida. Esta política de destrucción y eliminación sin duda ocasionará daños, pero el imaginario existente de entender el país como “la patria” generará fuertes defensas contra estos intentos de destrucción.

Una sociedad sin Estado nos llevaría a una sociedad pre moderna, una sociedad de individuos separados, caótica, cada uno librado a sus dolores o antojos pulsionales. No sería un Estado de Sociedad sino un Estado de naturaleza, sin Ley, sin derechos y sin constitución política. Un Estado de inseguridad permanente. Curiosamente fue Locke (1694), el creador del liberalismo y promotor de los Estados Liberales modernos, quien planteó que además de la protección de la propiedad privada, el Estado es garante de los derechos de cada individuo y de la Protección social; base por otra parte de la democracia.

Vale detenernos un poco en el sentido del liberalismo y la libertad que se proclama como ideología del actual gobierno, ya que es necesario aclarar sus mentiras. En su conocido *Ensayo sobre el entendimiento humano* Locke señala que la construcción del Yo como sujeto de conciencia, intelecto y voluntad autónoma es “defender la individualidad como trayectorias de vida personal, la historia y las instituciones que lo formaron: la cultura, la educación. Las leyes, la familia”. Esto es lo que ahora llamamos construcción de la subjetividad y lo vinculamos con la libertad vivida en sociedad. No hay en Locke un “individualismo propietario” en la sociedad. La libertad personal consiste en la mayor garantía por parte del Estado a través de las leyes, y no por el arbi-

trio de quien manda “la libertad de los hombres bajo un gobierno consiste en tener una norma fija según la cual vivir, común a cada miembro de la sociedad y validada por el poder legislativo en ella instituido”. Todo muy lejos de la actualidad que vivimos hoy, donde la vida real de grandes sectores de la población está dominada y trastocada por el plan destructivo del Estado social. El individualismo que se promueve es el del abandono por parte del Estado de toda protección social. Los riesgos presentes en la vida, aumentados en los más vulnerables (la vejez, la enfermedad, el accidente, el desempleo, la incapacidad, física o psíquica, la pobreza, etc.), dejan de ser atendidos por el Estado y cada uno debe asumir los costos de los riesgos de la vida. Curiosamente (y con voluntad de falsear la situación) este retiro del Estado se proclama como libertad.

Debemos preguntarnos cuánto está impactando esta política de gobierno sobre el campo de la Salud Mental. Cabe recordar dos funciones del Estado: como señalé en la Editorial anterior, el bienestar psíquico forma parte de lo que la OMS define como Salud: “estado de bienestar psíquico, biológico y social”. Así como un daño biológico altera la vida psíquica y social, el malestar social es quizás uno de los principales motivos de sufrimiento psíquico: pobreza, desempleo, incertidumbre sobre el futuro, desamparo social, soledad,

aislamiento social, son determinantes principales del sufrimiento psíquico, conceptos que están explicitados en el punto primero de nuestra Ley Nacional de Salud Mental. El Estado es responsable de la integración y la paz social. La atención del caos social y el consiguiente malestar psíquico solo lo garantiza el Estado a través de las políticas de Protección Social. Lo que está sucediendo es el intento del gobierno de eliminar las políticas sociales, con lo cual incrementa el desamparo junto a las distintas expresiones sintomáticas del sufrimiento psíquico. Sabemos que hay un crecimiento de la demanda de atención por salud mental y adicciones. Estas situaciones incrementan la violencia social y por lo tanto la seguridad de cada uno. La segunda función del Estado es el sostenimiento de los servicios de Salud y Salud Mental. Y estamos viendo un creciente desfinanciamiento del sector Salud. Esto incrementa el sufrimiento psíquico y agrega más violencia a la vida de “casi” todos. Conocemos muy bien que la única manera de asegurar una sociedad pacífica, en sentido amplio, es la **integración social y la igualdad**. Ambas van juntas: a mayor desigualdad se incrementa la marginación de muchos sectores y, obviamente, crece la disgregación de la sociedad y la violencia.

Gran parte de los jóvenes marginados del trabajo o el estudio y sin un futuro que pueda crear expectativas

de cambio, se vuelcan al consumo de psicotrópicos, que está pasando a ser un problema creciente de Salud en la población joven y es aprovechado por el narcotráfico (que es responsable del consumo pero a la vez es un mercado económico en plena expansión).

La mentira, el “hacer creer” más que informar, dirigida a la confusión de la población para alterar el entendimiento de las causas de su situación en la realidad, tiene “patas cortas”, ya que choca con la realidad que cada uno enfrenta.

En este choque (existen muchas experiencias que lo muestran) siempre termina imponiéndose la realidad. Una de las estrategias curiosas que utiliza el presidente es acudir a la **ucronía**, concepto no utilizado con frecuencia. **Ucronía significa el manejo del tiempo, y así como llamamos utopía a un pensamiento sobre un lugar que no existe, con ucronía hacemos lo mismo con el tiempo que no existe: lo llenamos con la imaginación.**

Ucrania es adjudicar acontecimientos a un tiempo, pasado o futuro, que no existieron, negando la realidad y los datos de la historia. Así el presidente afirma que Argentina era una potencia mundial a comienzos del Siglo XX y los políticos la destruyeron. Tiempo pasado

sin fundamento de datos históricos. Del tiempo futuro se dice que en unos años Argentina será como Irlanda, pero ocurre que varias instituciones económicas que registran y comparan los datos del desarrollo como CEPAL y Banco Mundial, nos advierten que hemos llegado a ser Haití o Sudán. Se ve que nos perdimos en la realidad del tiempo. ¡Maravillas del uso de la ucronía!

El desfinanciamiento de la Salud Pública, y por consiguiente de la Salud Mental, en momentos de un incremento de la demanda de atención, está generando daños por la pérdida de profesionales y en parte por el cierre de dispositivos de atención. Pero Salud Mental es un campo social muy amplio y en vías de una mayor institucionalización. Este campo es social, incluye a la población. La Ley 26.657 ha generado un nuevo paradigma y un nuevo imaginario sobre el sufrimiento psíquico y los modos de cuidado y atención. Esto se expresa no sólo en los profesionales que forman parte de los servicios, sino también en los pacientes que solicitan atención, sus familias y personas cercanas.

Los Servicios, los profesionales y la población (atendida y con demanda potencial de atención) forman una red nacional muy consolidada y seguramente será una barrera defensiva potente frente a los avances de esta política de destrucción. El ejemplo más cercano lo

muestra el intento del gobierno de avanzar con el cierre del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, donde profesionales de la institución, junto a todo el personal de la misma y acompañados de pacientes, ex pacientes, familias de pacientes y organizaciones de la comunidad, lograron frenar e impedir este cierre.

*Noviembre 2024*  
*Emiliano Galende*



Silvia Faraone

### In memoria Silvia Faraone

Para describir a Silvia podemos hacerlo en un tiempo lineal *cronos*. Perteneció a la generación del sesenta, así es que vivió sesenta y cuatro años, o bien 23.447 días, o 562.728 horas, o 33.763.737 minutos, o 2.025.824.256 segundos, pero eso no revela nada de ella más que números y un lapso que debería haber sido, sin dudas, mayor y sin ese final injustamente sorpresivo e impensado. Pero si nos acercamos a la trayectoria de vida de Silvia en un tiempo *kairos*, tal como lo han concebido los griegos, pensaríamos en mojones significativos a lo largo de su recorrido que no resisten una medición, pero que si lo podemos sentir.

Desde el trabajo social, como su disciplina de base, se preocupó tempranamente por las personas con padecimiento mental cautivas en lugares de encierro, cronicadas por años y años en recintos donde prima sobre ellas la exclusión y la violencia. Sostuvo casi una obsesión por los procesos de reforma de esas instituciones construyendo sin dudas una nueva y consistente institucionalidad antes de su cierre definitivo. Se mantuvo en una búsqueda denodada por producir dignidad en quienes han visto vulnerados sus derechos y en quienes se pretende también patologizar su sufrimiento psíquico cuando las condiciones de vida complejas (econó-

mico-sociales, nutricionales, habitacionales, educativas y culturales) oprimen y la subsistencia se convierte en una meta tortuosa e inalcanzable. La exigibilidad de derechos de los que no tienen voz y la ética del cuidado inspiraron tanto su tesis de maestría en salud pública, como años más tarde y con mayor complejidad su tesis de doctorado en ciencias sociales. Llevó a cabo una cartografía de la des/institucionalización en salud mental en la Argentina (con barra invertida) como solía enfatizar, ese concepto potente, en el devenir de sus clases.

La podemos imaginar allá por el 2010 estudiando y escribiendo minuciosamente, dando sustento al texto de nuestra Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Así como también, años más tarde, frenando –con firmas y diálogos con multiplicidad de actores y colectivos– las embestidas por parte de diferentes grupos de derecha con intereses corporativos que pretendían desterrar la ley, señalándola como la única responsable de las fallas del sistema sanitario y de las prácticas en salud mental, en lugar de poner el foco en las escasísimas políticas públicas que son indispensables a la hora de embarcarse en verdaderos procesos de transformación y que, sin embargo, nunca terminaron de implementarse.

Quienes conocimos a Silvia sabemos de su persistencia, de su militancia y avidez por la defensa de los

derechos humanos en una conjunción indisoluble con la salud mental, promoviendo siempre acciones donde la premisa innegociable era *memoria, verdad y justicia*.

Otro hecho *kairos* que puede señalarse en su vida ha sido su capacidad de construir redes con otras y otros, armando lazos. Primero en su familia ensamblada, con un gran abanico de hijos creciendo en número y en vida compartida. Luego con toda la comunidad de trabajo social, pero también con otras disciplinas del campo de la salud mental con las que conformó su cátedra “Problemática de la salud mental en Argentina” (en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires), en esa misma universidad que la había convertido en trabajadora social y luego en docente y maestra, esgrimiendo orgullosamente que la interdisciplina se configura en la acción.

Entrelazó también cátedras a las que las denominó “hermanas” por afinidades ideológicas, teóricas y afectivas proyectando encuentros que redundarían en hacer crecer esa familia universitaria. Pero los lazos no se restringieron a la UBA, sus redes fueron interuniversitarias (con la Universidad Nacional de Lanús, con la Universidad Nacional de Entre Ríos, con la Universidad Nacional de Tres de Febrero, con la Universidad Nacional del Comahue, con la Red Federal de Univer-

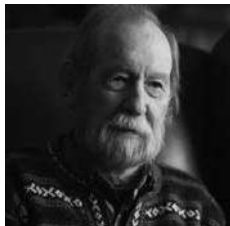
sidades por la salud mental comunitaria, sólo por mencionar algunas) además de otras redes intersectoriales e internacionales (en especial con las/os compañera/os brasilera/os a quienes enfáticamente valoró). Esos “tejidos” siempre fueron amorosos, ideológicos, reflexivos, los mismos que la acompañaron hasta el final de sus días recordándole el cariño que seguía vigente en cada uno de esos diálogos, canciones y gestos que iban directos al alma.

Otro hito *kairos* ha sido su entusiasmo, su fortaleza y sus incansables ganas, tanto para armar encuentros, jornadas y libros, como para anticipar calendarios, desafíos y nuevos proyectos. Todo acompañado de acuarelas, pinturas, colores mezclados con complicidades, conversaciones y llamados en horas, sin horario.

La recordaremos solidaria y generosa, tanto en el acto de enseñar y compartir sus ideas como en el hecho de pensar con otros, sin mezquinar pensamientos, teorías, conceptos e informaciones, poco frecuente en los medios académicos. Ese “pensar con” incluía también sumar voces, tensiones y escuchar diferencias porque la construcción si es colectiva alberga la diversidad, la disidencia.

El tiempo *cronos* de Silvia se terminó pero ahora seguiremos en un tiempo *aion*, circular, en el que resonaremos con sus ideas y su potencia, un tiempo donde haya un justo reconocimiento y un diálogo con su pensamiento que persista y crezca.

Flávia Torricelli



Mario Testa

### Como vamos a extrañarte, querido Mario...

El día 5 de noviembre de 2024, a la edad de 99 años, nos dejó nuestro Maestro Mario Testa. Efectivamente Mario fue nuestro Maestro pero también de muchas otras y muchos otros, estudiantes de posgrados en salud y en ciencias sociales, así como de trabajadoras y trabajadores del campo sanitario. Mario es una voz insoslayable en la reflexión, así como en la producción de conocimientos en salud, algunas y algunos lo restringen a las temáticas de la planificación, pero no podemos dejar de reconocer que su pensamiento y sus escritos han ido mucho más allá de los límites de esas áreas. Mario nos ayudó (y seguramente lo seguirá haciendo) a pensar en salud – casualmente, o no tanto, ese es el título de uno de sus tantos libros–, a comprender y reflexionar sobre ese objeto complejo que nos ocupa cotidianamente y que Mario analizó a partir de sus categorías analíticas, con las que nos enseñó a pensar y explicar, así como con sus conceptos operacionales, con los que nos comprometió a hacer.

Es inevitable recordar también como nos enseñó a pensar que todo problema de salud entraña una dinámica de poder, que el pensamiento estratégico es –justamente– un pensamiento sobre el poder en las organizaciones de salud, y cómo se operacionaliza para, en

un complejo marco de determinaciones y condicionamientos, producir situaciones sanitarias en los colectivos poblacionales. Él, como militante interpelado por la movilización y la acción política de los sujetos sociales, ocupado con las reflexiones y las acciones que promuevan transformaciones tendientes a una mejor salud para todas y todos, también nos enseñó que el juego estratégico es una combinación de opacidad y transparencia, entre lo que se muestra y lo que se oculta justamente en este juego de poder.

Siempre nos insistió con que no basta con pensar y reflexionar, que es necesario hacer, por eso tituló otro de sus libros como “Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación. (El caso de salud)”. Con el pensamiento estratégico se refirió al pensar políticamente, mientras que la lógica de programación promueve el pensamiento técnico.

Así, una vez más, Mario nos proponía que nosotras y nosotros somos trabajadoras y trabajadores que necesitamos fortalecer un accionar político-técnico, que no podemos pensar nuestras prácticas solamente desde la faz técnica (como nos plantea muchas veces la forma tradicional de enseñanza de las diferentes disciplinas que hacen a la salud), porque nuestra intervención es eminentemente política. Con nuestras prácticas somos



funcionales a determinadas fuerzas políticas, y si no pensamos y planificamos, nos piensan y nos planifican.

En esta línea Mario produjo otro desarrollo conceptual, el del triángulo de poder. Así nos explicó que todos los actores que están presentes en las organizaciones y en situaciones específicas vinculadas con la salud, son portadores de diferentes tipos de poder, y esa comprensión nos ayuda –una vez más– a pensar los procesos que determinan y condicionan las situaciones de salud de los colectivos poblacionales y, al mismo tiempo, nos permite elucidar los modos en que nos vinculamos con los demás sujetos a la hora de producir, o no, salud.

La historia de Mario nos ayuda a comprender sus posicionamientos y sus preocupaciones acerca de la salud, así como su determinante influencia en el pensamiento sanitario en nuestro país, en la región y en el mundo (sus discípulas y discípulos se cuentan en diferentes partes del globo, no solamente en América del Sur; una figura como la suya no puede limitarse por los continentes).

Se graduó como médico en 1951 y ejerció como cirujano neumonológico en el Hospital Cetrángolo de la Provincia de Buenos Aires; sin embargo, sus inquietudes rápidamente trascendieron la clínica y lo impulsaron

a viajar a Venezuela para realizar una maestría en temas de desarrollo entre 1961 y 1963. Allí comienza a entrar en la historia de la salud pública de la región a través de la participación en la gestación del Método CENDES – OPS en 1965. Esta metodología fue de las primeras iniciativas de planificación en salud, de la que todavía hoy utilizamos algunos indicadores que son de gran importancia en la gestión de los servicios de salud. Posteriormente se desempeñó en el Centro Panamericano de Planificación en Salud (en Santiago de Chile) y como funcionario de la OPS entre 1968 y 1971. Ese año decide retornar al país y participar de los movimientos tendientes a la recuperación democrática.

En 1973 es convocado por Rodolfo Puiggrós, Interventor de la Universidad de Buenos Aires, para que se hiciera cargo del Decanato de la Facultad de Medicina, donde, entre otras acciones de gran relevancia, fundó el primer Instituto de Medicina del Trabajo, a partir del cual se impulsó esta línea de reflexión y producción tan importante en nuestro país. La dictadura cívico militar lo obliga a exiliarse en Venezuela, donde continúa su trabajo, con múltiples viajes a Brasil, donde su participación es fundamental como impulsor de la reforma en salud y su protagonista, el movimiento sanitario.

Con el retorno de la democracia en la Argentina, Mario vuelve al país y trabaja con una institución de gran importancia como fue el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de la Asociación Médica de Rosario, orientado por Carlos Bloch, Susana Belmartino e Irene Luppi, entre otros. Incluso antes de la caída de la dictadura Mario participó escribiendo artículos en los Cuadernos Médico Sociales editados por esta institución, aunque con el seudónimo de Pablo Alexandre (paráfrasis del nombre de sus dos hijos), ya que su propio nombre estaba proscripto.

Mario también fue una figura imprescindible para el desarrollo de los posgrados de salud de la UNLa. Participó con Emiliano Galende, Mirta Clara, Elena de la Aldea, Alicia Stolkiner, Raquel Castronuovo y Rubén Efrón, entre otros, del primer equipo docente de la Maestría en Salud Mental Comunitaria, pero también fue parte fundamental para la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, en la que formó a innumerables equipos en los temas de planificación, programación y políticas.

La partida de Mario deja un vacío imposible de llenar. Su mirada clara y reflexiva sobre los problemas de salud será sin dudas necesaria en este difícil momento histórico que atravesamos como país. Nos queda su

profusa obra, rica en textos, clases, conversatorios, y también quedamos nosotras y nosotros que nos consideramos sus discípulas y discípulos.

Vamos a extrañarlo mucho...

Alejandro Wilner

# Las otras clínicas. Acompañar prácticas y procesos: del kliné al kiné<sup>1</sup>

**HARGUINDEY, María Alicia.**

Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología Social Comunitaria. Miembro del Dispositivo de Enlace Comunitario de la Región XII (La Matanza). Docente en la Carrera de Especialización en Psicología Social Comunitaria del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (Distrito XIV, Morón).

Contacto: [licharguindey@gmail.com](mailto:licharguindey@gmail.com)

**USSHER, Margarita.**

Magíster y Especialista en Psicología Social Comunitaria. Directora de la Carrera de Especialización en Psicología Social Comunitaria del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (Distrito XIV, Morón). Ex docente e investigadora Universidad de Buenos Aires (UBA) y Universidad Nacional de Moreno (UNM).

Contacto: [margausser@gmail.com](mailto:margausser@gmail.com)

**WAJNERMAN, Carolina.**

Magíster en Políticas públicas y Licenciada en Psicología. Coordinadora de la Red Territorial de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Salud Pública de La Matanza. Docente de la Carrera de Especialización en Psicología Social Comunitaria del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (Distrito XIV, Morón).

Contacto: [carolinawajnerman@gmail.com](mailto:carolinawajnerman@gmail.com)

**Recibido:** 15/05/24; **Aceptado:** 31/07/24

**Cómo citar:** Harguindey, M.A., Ussher, M. y Wajnerman, C. (2024). Las otras clínicas. Acompañar prácticas y procesos: del kliné al kiné. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 19-34

## Resumen

Este texto surge en el marco de la Carrera de Especialización en Psicología Social Comunitaria del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (Distrito XIV, Morón). Buscamos producir una revisión discursiva del término *clínica*, pluralizando sus sentidos, para ampliar su alcance a otras prácticas no reconocidas en los haceres de los equipos territoriales, aunque estén enunciadas en los marcos legales que abogan por una perspectiva de derechos. En esa búsqueda encontramos la necesidad de superar el límite de una única definición y de pasar a pensar clínicas que producen rupturas y se sostienen en posiciones críticas, respecto de aquella nacida con la raíz *kliné*, la del cuerpo *enfermado*<sup>2</sup> y recostado.

Las clínicas que reconocemos e invitamos a reconocer son aquellas que tienen a la otredad como protagonista y a los cuidados como objetivo, que resisten a lo unívoco, se nutren de la rebeldía y la incomodidad, apuestan a lo agudo de diferentes modos de simbolización en su relación con el otro, haciendo reacción, resonancia y creación, incluyendo el juego, el humor y los lenguajes corporales y saberes culturales diversos. Son clínicas con sensibilidad y que abren la posibilidad de abarcar y conjugarse con la dimensión comunitaria,

y que se despliegan en los bordes de la clínica hegemonizada. Clínicas múltiples, participativas, que elegimos llamar cónicas, críticas, perrunas, rizomáticas, que anclan y desbordan sobre distintos suelos, eligiendo también otros modos de narrar y ser narradas.

**Palabras clave:** clínica - cuidados - salud - salud mental - comunitaria

**The other clinics. Accompany practices and processes: from kliné to kiné**

## Abstract

This text arises within the framework of the Specialization Course in Community Social Psychology of the College of Psychologists of the Province of Buenos Aires (District XIV. Morón). We seek to produce a discursive review of the term clinic, pluralizing its meanings, to expand its scope to other practices not recognized in the work of territorial teams, although they are stated in legal frameworks that advocate a rights perspective. In this search we find the need to overcome the limit of a single definition and begin to think about clinics that produce ruptures and are held in critical positions, with respect to that born with the *kliné* root, that of the sick and recumbent body.

The clinics that we recognize and invite to recognize are those that have otherness as a protagonist and care as an objective, that resist the univocal, are nourished by rebellion and discomfort, bet on the acuteness of different modes of symbolization in their relationship with the other through reaction, resonance and creation, including play, humor and body languages and diverse cultural knowledge. They are clinics with sensitivity and that open the possibility of encompassing and combining with the community dimension and that are deployed at the edges of the hegemonized clinic. Multiple, participatory clinics, which we choose to call cynical, critical, dog-like, rhizomatic, that anchor and overflow on different soils, also choosing other ways of narrating and being narrated.

**Keywords:** clinic - care - health - mental health - community

### Presentación

Este texto surge en el marco de la Carrera de Especialización en Psicología Social Comunitaria del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (Distrito XIV. Morón), en la búsqueda de producir una revisión discursiva del término *clínica*. A través de la historia, lo que llamamos clínica en el cam-

po de la Salud Mental se ha diversificado para dar lugar a distintos modos de hacer en la intención de producir terapéuticas y procesos de cuidado. Algunos de estos modos fueron pensados originalmente como estrategias para la atención de personas que no se adaptan a los protocolos clínicos tradicionales (Lancetti, 2011), pero el término *otras clínicas* podría extenderse hacia lo que queda por fuera de la formalidad definida como práctica hegemónica, y nombrar aspectos no reconocidos de lo que hacen los equipos en diferentes prácticas de Salud Mental, entre las cuales nos interesan especialmente las territoriales y las que se realizan en el marco de lo público.

### Las otras clínicas

Las *otras clínicas* van surgiendo como respuesta a la necesidad de acompañar la diversidad del padecimiento humano, comprendido a partir de la situación en que surge y de las posibilidades de abordarlo, considerando además los recursos de las personas, las familias y las comunidades en que se manifiestan. En algunas ocasiones, las *otras* personas para quienes se pensaron las *otras clínicas*, ponen en escena una concepción ontológica que nos mueve a investigar los mecanismos de producción del *nosotros* (Lewkowicz, 2004; Salazar Villava, 2011). Un *nosotros* que frecuentemente olvida que las

diversidades son un hecho de la vida, que incluye una multiplicidad de situaciones de vivir, de sufrir, de amar, de morir, y por lo tanto, debería haber también diferentes modos de abordar los padecimientos; múltiples modos de acompañar y cuidar.

La clínica que buscamos revitalizar no es posible sin la construcción de un *nosotros* ampliado y extendido, sostenido en la hospitalidad, que tenga en cuenta la alteridad, que siempre se manifiesta como misteriosa y diversa. La hospitalidad no es fácil, afirma Derri-da (2001), el recibir, acoger a alguien en nuestra casa/institución o acompañarle en recorridos y territorios. Esto nos interpela, nos transforma y también interroga nuestras funciones institucionales. Las *otras clínicas* se construyen desde una relación singular, entre personas que se encuentran comprometidas en abordar el padecimiento subjetivo.

Desde esta perspectiva, las *otras clínicas* no son solamente la clínica *de* lo otro sino que son necesariamente clínicas *con* la otredad, promoviendo la otredad como protagonista y participante activa. Son *otras* porque no son concebidas o reconocidas institucionalmente como *la* clínica en tanto la *única* o parte de ella. Nos interesa abrir el campo de reflexión acerca de su quehacer dado que implican múltiples saberes, corporales y

culturales en situación, y un conjunto de acciones que se construyen desde y en la resonancia del encuentro, que podemos potenciar si las visibilizamos.

En este sentido, cabe decir que lamentablemente siguen siendo clínicas *otras*, a pesar de ser enunciadas por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), cuando en el Art. 9° expresa que el padecimiento mental debe abordarse en un marco “interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud” y “se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”. Esto implica una construcción diferente del rol de los equipos de salud/salud mental y de otros actores sociales; otros modos de estar respecto a lo instituido hegemónicamente en las instituciones.

Si partimos de que toda clínica se sostiene en diferentes formas de poder, las *otras clínicas* buscan interpe-lar las prácticas de normalización y control y repensar las bases teóricas en las que se fundan esas prácticas. Clínicas ordinarias y exóticas. Clínicas normativas y extrañas. Clínicas que no se nombran o no se animan a nombrarse. Clínicas nómadas, peregrinas, apátridas, lúdicas. Clínicas en la intemperie, a cielo abierto, del no lugar, cartográficas, itinerantes, andariegas, en movimiento. Clínicas rizomáticas que conectan diferentes

eslabones semióticos, organizaciones de poder, lenguajes relacionados con las artes, las ciencias y las luchas sociales (Deleuze y Guattari, 1976)

En el camino de des-cubrir aquellas *otras clínicas*, proponemos pensar en diferentes círculos concéntricos desde lo uno a lo otro, configurando grados o niveles en cuanto al giro hacia la alteridad que son capaces de abarcar. A las *otras clínicas* les tememos muchas veces porque eso otro corre el riesgo de quedar en el lugar del no-ser, de lo excluido de ciertos campos del saber y el poder. Sin embargo, podemos reconocer diferentes situaciones y campos de lo clínico. Nuestro punto de partida es el hecho de que efectivamente la diversidad de formas clínicas existe, es parte de nuestra realidad institucional, aún con su escasa legitimación.

Es comprensible que les temamos: las *otras clínicas* nos mueven del cuerpo acostado, enfermo, del paciente en reposo, hacia los desplazamientos y movimientos que van del consultorio al territorio ampliado. Es por esto que pensando desde la dimensión espacial, en un primer esbozo para pensar las *otras clínicas*, categorizamos el giro de *unas* hacia *otras clínicas* de la manera que sigue:

1. *Lo otro según lo uno*: en este círculo ubicamos un primer modo de hacer lugar al conocimiento y aplicación de otros modos clínicos, en el cual la clínica se mantiene todavía en las coordenadas espaciales conocidas e instituidas en tanto dispositivo. Sin embargo, en el marco de esta hegemonía aparecen intentos e invenciones que generan una apertura en relación a lo otro, a otras perspectivas. Este primer giro de perspectiva se caracteriza por la sospecha de eso otro, la apertura conceptual, afectiva, corporal hacia ejes diferentes a los instituidos en el campo hegemónico de la clínica. Algunos aportes conceptuales en este sentido que nos gustaría mencionar son: Psiquismo creador (Fiorini, 1995), Interferencia -como modo de pensar la transferencia- (Berenstein, 2004), Inconsciente colonial capitalístico cafisheístico (Rolnik, 2019), entre muchos otros modos de configurar las coordenadas y perspectivas clínicas.

2. *El lugar de lo otro*: son aquellas clínicas que en su práctica promueven una conjugación efectiva de *otras clínicas* en tanto posibles, viables y vitales. El punto de inicio se da muchas veces cuando no hay consultorio, cuando toca hacer una entrevista en el domicilio de quien consul-

ta, cuando se dan encuentros de pasillo o nos vamos al aire libre, se abren puertas, cuando salimos a caminar algo se con-mueve. De este modo, se empieza a jaquear el cuerpo y el modo de pensamiento. El cambio de coordenadas espaciales del encuentro permite comenzar a configurar otro posicionamiento ético y político, que muchas veces está en el giro anterior como idea, el territorio interpela al dispositivo. Son clínicas itinerantes, nómades, peripatéticas, a la intemperie. Clínicas que en su práctica resultan cuestionadoras de lo instituido pues son el inicio del dislocamiento; clínicas que en su modo de hacer ya huelen a algo distinto.

3. *Las clínicas otras*: configuración de otros modos de estar y habitar, metodologías y efectos. Marcos teóricos *otros* en intersaberes y con el protagonismo activo de la otredad, con posibilidad de pensar y actuar desde lo comunitario y lo colectivo. Implican un hacer distinto, marcan otro eje, son prácticas clínicas que ponen en riesgo la identidad, el rol profesional, el nombre. Esto abre al des-disciplinamiento, la interdisciplina, la transdisciplina y el rumbo a lo intersapiential o los intersaberes.

Desde una acepción de *otras* que sigue el sentido del acto hegemónico al acontecimiento, las *otras clínicas* serían las disidentes, las que hacen ruptura a lo instituido como uno, y que se diferencian respecto de aquello ya reconocido como hacer clínico para producir otras búsquedas. ¿Desde dónde nos involucramos en el que-hacer clínico? ¿Cómo acompañamos múltiples modos deseantes? ¿Qué nos preguntamos frente a los nuestros deseos otros, frente a otros nuestros deseos en el camino de la descolonización de las prácticas?

Desde este último giro, el que nos gusta explorar, pensamos en situaciones y campos del hacer clínico con la otredad como protagonista, basados en el reconocimiento de que la diversidad es constitutiva y parte de la realidad, produciendo modos de estar y habitar, metodologías y efectos múltiples, roles móviles y activos, y también una escucha distinta.

### **De *Kliné* a *Kiné*. Clínica crítica, clínica cínica**

¿Cómo fue que *Kliné* es casi lo opuesto de *Kiné*? El *kline* (del griego κλίνη, y en plural klinai) es un antiguo tipo de mueble, especie de diván o lecho, donde reclinar en la clínica al enfermo. Mientras que *Kiné* es movimiento, presente en la palabra *cine* por ejemplo.



Creemos que es allí donde la clínica puede encontrarse con algo más que enfermedad y padecimiento.

La homofonía nos hace rastrear, desde ese olfato de los oídos, otra palabra en la que también reconocemos el ejercicio de la otredad. Parece ser que *ánico* tiene orígenes en Grecia donde Antístenes y Diógenes se comportaban como perros y se los apodaba con el nombre *kynikos*, que es la forma adjetiva de *kyon*, perro. La causa era el modo de vida que habían elegido estos personajes, especialmente Diógenes, con su desvergüenza como posición crítica frente a la sociedad y sus objetivos. Diógenes adoptaba gestos y actitudes perrunas, provocando el escándalo de los ciudadanos. Los cínicos, como los perros, tenían diversas formas de vivir, con cierta impudicia a la hora de manifestarse públicamente. Diógenes, el Sócrates delirante, como lo llamaba Platón, se enorgullecía del calificativo y se consideraba guardián de los principios de la filosofía, contra aquellos que la normativizaban rígidamente (García Gual y Laercio, 1987).

Franco Basaglia, desde su cinismo y delirio, también estaba orgulloso de recibir del *establishment* psiquiátrico, el juicio que le endilgaba falta de seriedad y respetabilidad:

Resulta demasiado fácil al establishment psiquiátrico definir nuestro trabajo como falta de seriedad y de respetabilidad científica. Este juicio sólo puede halagarnos, puesto que en fin de cuentas nos asignaron toda la falta de seriedad y de respetabilidad atribuida desde siempre al “enfermo mental”, así como a todos los excluidos. (Notariani, 1980, p.91)

En esa misma línea, desde la Especialización en Psicología Social y Comunitaria del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de Morón, en el Seminario “Las otras clínicas”, venimos promoviendo la idea de que una clínica crítica es cínica, es perruna y pide *menos perreras y más perro*. No se trata de rechazar lo perruno (vale por *lo otro*) sino de ampliar esos bordes que definen los modos clínicos (Harguindey, 2022); explorar los límites de lo establecido y recuperar la fuerza vital arrasada en la “proxenetización” o “cafishéo” que el régimen neoliberal necesita para impulsarse. Perrear es un hacer y un sentipensar desde el saber del cuerpo, en su condición de vivo y “devenir sensible de esos afectos en acciones, que pueden ser teóricas, artísticas, políticas, existenciales u otras” (Rolnik, 2009, p. 70). Expresa esta autora:

Pensar es necesariamente una práctica de ‘cura’ de las obstrucciones del flujo vital, y también una práctica

política, dado que esa acción pensante participa activamente en la definición de los destinos de una sociedad. En suma, estética, clínica y política son immanentes a este tipo de práctica del pensamiento. (Rolnik 2009, p. 70)

Antonio Lancetti (2011) la piensa anticlínica; relata las experiencias de la deconstrucción manicomial en Brasil ante el objetivo de poner a las personas de pie e inventar emprendimientos que produzcan el deseo de vivir fuera del hospicio. Clinicando desde la osadía y la invención. Pensando la salud “no como lucha contra una dolencia o un desvío sino como producción de vida, arte de (de)subjetivación, potencia de encuentro” (p. 23). Llamándola también “transclínica” para diferenciarla de una clínica ampliada comprendida sólo como ampliación de “presupuestos criticados por los procesos de transformación institucional, hacia nuevas áreas” (p. 17), propone recursos que “a veces son poéticos; otras veces, dramáticos, cuando no patéticos” (p. 37).

### **Una clínica con dimensión comunitaria**

Desde las prácticas de equipos interdisciplinarios que abordan el padecimiento subjetivo va surgiendo un nuevo paradigma clínico que para Maritza Montero (2010) tiene cuatro aspectos:

1. El diálogo entre dos campos: el clínico y el comunitario
2. El lugar protagónico de las prácticas, que construye método y teoría en el andar.
3. La complejidad del campo de trabajo que entrelaza los padecimientos subjetivos con las cuestiones sociales
4. La necesidad de producir enfoques teóricos y metodológicos que a su vez estén sostenidos por una perspectiva ético-política basada en los Derechos Humanos.

Estas dimensiones parten de interrogar el Modelo Médico Hegemónico que se caracteriza por su individualismo, biologismo y “por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normatización, de control y de legitimación” de la organización social existente (Menéndez, 2020, p. 2). Una clínica con dimensión comunitaria no se contenta con asistir los padecimientos sino que busca visibilizar y modificar las condiciones sociales que lo producen.

Agustín Barúa Cafarena (2023) denomina “clínica” a una forma de intervención en Salud Mental que, con “sensibilidad comunitaria”, propone articular

discursos clínicos y comunitarios desde una dimensión transdisciplinaria, intercultural, antimanicomial y popular. Las clínicas comunitarias dan lugar a conversaciones con diferentes lenguajes y en diferentes territorios, están orientados por una ética del cuidado, generan dispositivos singulares para cada situación, no son prácticas solitarias sino que surgen de equipos que producen, cuestionan y se interrogan creativamente (Ussher, 2019).

Las clínicas comunitarias no buscan intervenir con las personas aisladas, sino con sujetos colectivos, las comunidades como totalidad (Fernández Álvarez, 1998), partir de situaciones y no de casos; mirar más procesos que estructuras. El trabajo clínico con comunidades nos lleva a pensar la situación como el punto de partida de la intervención, la complejidad de cada situación permite entender la demanda desde diferentes puntos de vista y la forma en que estos puntos de vista cobran significado para los distintos actores. Es a partir del análisis de esa situación que el equipo puede comenzar a planificar estrategias de trabajo interdisciplinarias e intersectoriales, basadas en una perspectiva de Derechos Humanos. Carlos Matus (2008) afirma que para comprender una situación debemos adentrarnos en las explicaciones que cada uno de los actores expresa: “el diagnóstico es un monólogo que alguien no situado hace encerrado en su

propia visión del mundo que lo rodea. La apreciación situacional, en cambio, es un diálogo entre un actor y los otros actores” (p. 149).

El concepto de situación parte del escenario de la vida cotidiana de las personas que nos consultan, del entrelazamiento discursivo y las posibilidades de generar espacios de diálogo que modifiquen las condiciones que sostienen el sufrimiento (Ussher, 2019). La dimensión comunitaria de la clínica nos permite interrogar, desde diversas posiciones, la experiencia de estar con otros, pensar un *nosotros*, tanto desde una identidad compartida como en las diferencias.

### **El estar, los cuidados, el Estado**

Las *otras clínicas* recuperan una noción integral del cuidado, que es espontáneo y también reflexivo/planificado, que “se hace amalgamando en un mismo movimiento naturaleza y cultura, sujeto y objeto, el yo y el otro” (De la Aldea, 2019, p. 14). El cuidado está al servicio de la vida, implica disponibilidad y deseo de cuidar y ser cuidado. El cuidado se teje en las relaciones íntimas amorosas, de ma-paternidad, de amistad y también en las redes comunitarias y sociales, que son co-responsables de los procesos de cuidado. El cuidado surge a partir de un *estar con los otros* nutrido por la ternura, *estar*

perseverante, aún en la incertidumbre, estar esperanzador y utópico, aún en los fracasos. Rodolfo Kusch ha planteado la importancia de la dimensión del *estar*, en contraposición al *ser* subrayado por la modernidad occidental; ejercitar el estar aún en el caos, respirar codo a codo con los otros, quizá nos lleve a construir caminos de bien-estar y buen vivir (Wajnerman, 2023).

Cuidar y ser cuidado es una necesidad propia de la vida. Donde hay una necesidad surge un derecho que interpela al Estado como responsable indelegable del cuidado de los ciudadanos. Las *clínicas* que nos ocupan emergen desde nuestras prácticas y lo hacen al amparo y/o en diálogo con el Estado, que asume a la salud como derecho, como plantea la Ley Nacional de Salud Mental. Si la salud solo dependiera del mercado, no habría movimiento ni pluralidad en los modos de vivir y sufrir; la salud solo sería mercancía y el sentido único prevalecería.

Para el mercado lo otro queda en el lugar del no-ser, excluido, expulsado a condiciones precarias de vida, no merecedoras de cuidado, vidas encerradas en prisiones manicomiales para que permanezcan invisibles. “Si una vida se considera carente de valor, si una vida puede hacerse desaparecer sin dejar rastros o consecuencias aparentes, eso significa que esa vida no se concebía ple-

namente como viva, y por lo tanto, no se concebía plenamente como llorable” (Butler, 2022, p. 41).

### **Escribir las *otras clínicas*. La otra escritura**

¿Puede el discurso de lo *uno* transformarse en palabras de un *nosotros*?

Para que “nosotros” pueda ser pronunciado hace falta una condición de legitimidad. Que los otros allí incluidos demanden la aparición de esa voz en su nombre y que el discurso se sostenga en el sentido común. Nosotros es comunidad de sentido; para actualizarse precisa una delegación en virtud de la cual quedan representados. (Salazar Villava, 2011, p. 101)

La representación de un nosotros es siempre errática, transitoria. Unos toman la responsabilidad de ser sujetos de enunciación, buscando esas palabras fugaces en transformación y movimiento. Lo que narramos es la memoria de haceres y sentires compartidos, de afectaciones y afectos múltiples. Cada narración de procesos colectivos es una invitación a reescribirse desde lenguajes diferentes, a reconocerse errante y errada, a convocar a nuevas expresiones que den cuenta de caminos que se abren.

Es por eso que creemos que las *otras clínicas* se escriben distinto, para mostrar los huecos entre las palabras, los silencios y los grandes ruidos tan ensordecedores que muchos oídos no logran captar. Son otras formas de narrar que encontramos en muchas de las escrituras de los bordes.

La escritura no es un espejo del hecho, tal y como solemos entenderlo desde una supuesta neutralidad; en las *otras clínicas* encontramos con frecuencia un ejercicio de espejar los sentidos múltiples, las resonancias afectivas. Es una escritura cartográfica que además no solamente incluye el hecho en sí y *lo hecho* sino lo *deshecho*. Justamente estas escrituras suelen aparecer especialmente en esas *otras clínicas* donde lo hecho y los hechos necesitan de espejos quebrados que narren la fragmentación, de espejos inclinados que muestren la proyección al infinito de los despojos y los bordes de la subjetividad que no se ven con las narrativas del espejo de frente, de escrituras oblicuas que solo adquieren sentido frente a otras.

A continuación traemos ejemplos de escrituras en base a prácticas en las instituciones que condensan, orientan e interpelan a las prácticas.

### a. Visita domiciliaria

Vestida de azul con la capa de la virgen  
cose banderas que llevó al hospital  
su habla florido no nombra emociones,  
su voz en los ojos me hace llorar.  
Mahoma no fue otra vez a la montaña;  
la estuve esperando, no pudo llegar,  
porque la luz del día la oscurece,  
sólo en su cuarto se quiso quedar.  
Hoy fui a su casa en Perú y Juan Florio  
previo llamado con su mamá,  
María sólo quiere vivir en su cuarto  
y de la familia no oír nada más.  
Si es para música, se acuerda de cuándo  
traer su micrófono y unirse a cantar  
quizá entonces haga cuerdas caminando  
a esta montaña que la quiere escuchar.

(Wajnerman y Harguindey, 2022, p.5)

### b. Cuchillo y miedo

- De ningún modo y en ninguna circunstancia iremos al psicólogo. Ni que lo pidas vos ni que lo pida el mismísimo presidente.

Nosotros odiamos a los psicólogos. -¿Sabías que soy psicóloga? -Obvio.

Son abuela, madre e hijo. Todos de acuerdo en eso y en un par de cosas más relacionadas a la magia negra, la magia mala, la magia del daño, “la que nos gusta”. Después venían las diferencias. Que me tenés podrida, que la odio, que no la aguanto más. S. había amenazado a sus compañeros de escuela con un cuchillo y varias frases intimidantes. La escuela exigía tratamiento psicológico. ¿Pueden hacerlo?, ¿es legal? Estaban preocupados. Se firmó acuerdo con el servicio local, firmaron madre y abuela comprometiéndose a llevarlo al psicólogo. -Si! Firmamos eso para que nos dejen en paz. Si no puede ir a la escuela que no vaya. -Para mi mejor, dice S. -Odio la escuela. Muchas visitas, llamadas, insistencias en lograr encuentros donde hablaban los tres, a veces al mismo tiempo. Logramos salir a caminar solo con S. y por el barrio. “Aburridísimo”, decía. Pero nos esperaba. Sumamos en la caminata el tocar timbre en la casa de otro joven y luego una más, para unirse a la caminata. “No quiero ver a nadie. Todo lo que hacen ustedes es aburrido y te dije que no me gustan los psicólogos”. Llevamos juegos y hojas para dibujar en la plaza. Observamos plantas, contamos historias. Compartimos estrategias y experiencias con el equipo escolar. En una jornada de salud S. permite que lo mire un dentista por

primera vez y acepta la aplicación de vacunas. -¿Por qué nunca hablan de las cosas que me gustan a mi? -¿Cuáles serían? -Cementerios, magia negra, muertes. Investigamos historias de cementerios, rituales, seres mitológicos, empezamos a salirnos del libreto para crear. Compartimos con otros. Cumple 15, cumple 16 y 17. Queda poco tiempo de escuela secundaria. No sabemos qué pasará. Junto a la mamá nos piden que seamos la psicóloga de ellos, porque ellos odian a los psicólogos, pero sólo porque no parecemos psicóloga... es que nos hablan. (El plural aquí es forzado, pero es plural). (Harguindey, 2022, p. 34)

### c. Si yo supiera llorar

Si yo supiera llorar haría de mis lágrimas una letanía de amor, haría que mis lágrimas fueran un susurro continuado, como el obrero que vuelve solo de su fábrica. Si yo supiera llorar...

Si yo supiera llorar quisiera que mis lágrimas fueran como las manos de un niño,

cálidas, pequeñas, de acariciar juguetón. Quisiera que mis lágrimas fueran honradas como el nido del gorrión, que endulza lo áspero de las pajas. Si yo supiera llorar...

Si yo supiera llorar... Dejaría que mis lágrimas me empaparan la cara, como la lluvia monótona, de tibios lagrimones. Dejaría que mis lágrimas se expresaran en la transparencia de unos ojos acuosos, femeninos. Si yo supiera llorar...

Si yo supiera llorar, lloraría como niño al que han suspendido, como el negro que se siente solo y rechazado, como la pobre mujer que ha regalado su cuerpo por un poco de dinero, como el muchacho sin más horizontes que el placer.

Si yo supiera llorar...

Si yo supiera llorar, creo que mis lágrimas serían como las de mi Dios, triste y cansado, hundido en la nostalgia de una iglesia pueblerina. Si yo supiera llorar...

Si yo supiera llorar... pero no. Yo no sé llorar. Yo nunca he llorado. Aunque me

quedara solo... infinitamente solo...nunca, nunca beberían lágrimas mis ojos, porque aunque pudiera llorar,...¡ yo no sabría llorar!

(Ignacio Martín-Baró, 1963)

Si yo supiera llorar: ¿habría perdido el encuadre...? Ignacio Martín-Baró, fundador de la Psicología de la Liberación, ya nos hablaba de lo que hoy reconocemos como implicación, desgaste profesional, profesional quemado y atrapado en encerronas trágicas que producen el “Síndrome de Padecimiento”, donde opera la mortificación cultural que se hace dolor en los trabajadores y trabajadoras además de las poblaciones. (Ulloa, 2012, p. 141). Sujetos presos de instituciones manicomializadas (¿perreras?) que por unos pocos pesos, se someten para someter... ¿Cómo cuidar a estos equipos para que también puedan cuidar?

### Reflexiones para seguir trabajando

En el escrito situamos brevemente la conformación de un campo clínico en el que lo uno y lo otro coexisten, desde lo institucional y en las prácticas. Se revisó la noción de clínica desde la etimología y horizontes de sentidos posibles, desde las prácticas que desbordan lo instituido y producen diferentes modalidades de trabajo frente al padecimiento subjetivo. Proponemos las clínicas como dispositivos/disponibilidades que acompañan y amplían múltiples estrategias deseantes, buscando descuadrar los cuadros clínicos, descolgar los sentidos en que se anclan las vidas. Buscar nuevas coordenadas espaciales -que abren lugar y perspectiva a la otredad- y

temporales -urgentes o en espera, continuas y discontinuas-, para favorecer la participación de diferentes actores y sujetos no tan sujetos a las configuraciones de nuestras coordenadas preexistentes.

Lewkowicz afirmaba que el Estado representa el lazo social (2004), instituye el tipo de lazo que le da consistencia y existencia a la sociedad. La ciudadanía y sus derechos son el soporte subjetivo de los Estados nacionales. Es por eso que remarcamos la responsabilidad del Estado y el lugar de lo público como garante del cuidado, dando la posibilidad de acoger la multiplicidad de situaciones y padecimientos. Un Estado que permita generar lazos diversos, clínicas varias, que interpele, acompañe, forme, cuide equipos adecuados para esta tarea. Si quedamos solas y solos, expuesta/os a la violencia del mercado, a la colonialidad cafisho (Rolnik, 2019), no hay posibilidad de la clínica otra. El Estado, en la búsqueda de equidad y justicia social, es fundamental para producir y sostener un escenario desde donde interrogar las configuraciones que instituyen lo que es entendido como lo uno y lo único posible.

Finalmente cabe decir que los intentos por escribir desde las *otras clínicas* necesariamente se dan en otros modos de escritura y se referencian en otros registros y bagajes, como lo literario, lo periodístico y lo artísti-

co, sin exclusión del campo académico y en diálogo con los saberes populares. Creemos que la revitalización de nuestras prácticas va en esos rumbos...

### Bibliografía

Barúa Caffarena, A. (2023). *Ejedesencuadrá: del encierro hacia el Vy'A*. Ediciones CICCUS.

Berenstein, I. (2024). *Devenir otro con otro(s): ajenidad, presencia, interferencia*. Paidós.

Butler, J. (2022). *Sin miedo. Formas de resistencia a la violencia de hoy*. Taurus.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1976). *Rizoma. Introducción*. Pre-textos.

Derrida, J. (2001). *¡Palabra! Instantáneas filosóficas*. Trotta.

Fernández Alvarez, H. (1998). *La vertiente clínica de la salud mental. Psicología Clínica en el ámbito comunitario*. En: González, A.M. *Psicología comunitaria: fundamentos y aplicaciones*. Síntesis Editores. (pp. 223-232)

Fiorini, H. (1995). *El psiquismo creador*. Paidós.



García Gual, C y Laercio, D. (1987). *La secta del perro. Vidas de los filósofos cínicos*. Alianza editorial.

Harguindey, M. A. (2022). *Aportes de la salud colectiva al abordaje de la salud mental en las prácticas de promoción y protección de derechos de NNyA*. Trabajo final de Especialización. Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito XIV.

Lancetti, A. (2011). *Clínica peripatética*. Hucitec Editora.

Lewkowicz, I. (2004) *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Paidós.

Martín-Baró, I. (1963). *Si yo supiera llorar...* En: Biblioteca digital P. Florentino Idoate, S.J. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

Matus, C. (2008). *Adiós señor presidente*. EDUNLa.

Menéndez, E. (2020). *Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias*. En: *Salud Colectiva* (16). doi: 10.18294/sc.2020.2615

Montero, M. (2010). *Para una psicología clínica comunitaria: antecedentes, objeto de estudio y acción*. En: Hicapíe Gómez, A. (Comp.) *Sujetos políticos y acción comuni-*

*taria*. Ed. Universidad Pontificia Bolivariana. (pp.199-219)

Notariani, M. (1980). Entrevista con Franco Bagaglia. En: *Originales y Revisiones*, 20(73), 91- 99. <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15686/15545>

Rolnik, S. (2019). *Esferas de la insurrección*. Tinta Limón.

Salazar Villava, C. (2011). Comunidad y narración. La identidad colectiva. *Tramas* (34). UAMX. (pp. 93-111)

Ulloa, F. (2012). *Salud ele-Mental. Con toda la mar detrás*. Libros del Zorzal.

Ussher, M. (2019). *La clínica comunitaria: desafíos y complejidades. Dossier de Psicología Comunitaria*. Instituto de Investigación de la Universidad del Museo Social Argentino, 71-97.

Wajnerman, C. y Harguindey, M.A. (2022). *Las otras clínicas. Acompañar políticas deseantes. Del kiné al kiné: lo cínicico y lo clínico, el perreo y otros bordes*. En: Primera Jornada de Psicología “Lo inédito de lo cotidiano”. Residencia de Psicología del Hospital Zonal General de

Agudos Dr. A. Balestrini. La Matanza. Agosto 2022.

Wajnerman, C. (2023) *¿Algo huele mal? Vías hacia el bien-estar americano entre olor, vínculos y símbolos*. En: Tasat, J. y Pérez, J. (Coord.) *El Hedor de América. A 50 años de América profunda de Rodolfo Kusch*. UNTREF-CLACSO, (pp. 65-78)

### Notas

1. Una primera versión de este texto se presentó en la Primera Jornada de Psicología “Lo inédito de lo cotidiano”. Residencia de Psicología del Hospital Zonal General de Agudos Dr. A. Balestrini. La Matanza. Agosto 2022.

2. Nos permitimos este neologismo ya que decir enfermo era seguir pensando un cuerpo definido por su enfermedad, enfermado incluye lo que ve quien mira e invita a buscar la causa de esa enfermedad.



# Aportaciones fenomenológicas a la epistemología de la atención *antimanicomial*

**ZURBA, Magda do Canto Zurba.**

Profesora Titular del Departamento de Psicología de la Universidade Federal de Santa Catarina (Brasil). Psicóloga. Magíster en Psicología. Doctora en Educación. Postdoctorado en Psicología Social. Postdoctorado Salud Mental y Atención Psicosocial.

Contacto: [macanzu@gmail.com](mailto:macanzu@gmail.com)

**AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho.**

Investigador Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública Sérgio Arouca de Fiocruz (Brasil). Médico psiquiatra. Maestría en Medicina Social. Doctorado en Salud Pública. Postdoctorado en AUSL (Italia).

Contacto: [pauloamarante@gmail.com](mailto:pauloamarante@gmail.com)

**Recibido:** 17/03/24; **Aceptado:** 30/08/24

**Cómo citar:** Zurba, M.D.C. y Amarante, P.D.C. (2024). Aportaciones fenomenológicas a la epistemología de la atención antimanicomial. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 35-47

## Resumen

Existen marcadores epistemológicos que describen la transición científica de una sociedad manicomial a una sociedad *antimanicomial*. En este sentido, desde el contexto histórico actual, entendemos la ruptura con el modelo positivista como *un a priori de la* reforma psiquiátrica. *Epoché* esboza los principales aspectos epistemológicos de la asistencia en salud mental *antimanicomial*. Esta comprensión implica la inclusión del concepto de conciencia desde la perspectiva de un proceso de devenir continuo en relación con la realidad, haciendo hincapié en la experiencia vivida y en el concepto de intencionalidad de la conciencia. Los principales autores de la reforma psiquiátrica ya han señalado interfaces teóricas con las bases epistemológicas de la fenomenología. Algunas categorías deben ser consideradas durante el trabajo de *epoché*, tales como: cuerpo, mundo, relación interpersonal y relación con el tiempo. Por esta perspectiva epistémica, podemos decir que

el campo de la salud mental *antimanicomial* enfatiza la importancia de la nosografía de los aspectos positivos de la vida humana, incluyendo factores como el ocio, el arte, el trabajo, la apropiación de espacios y la subjetivación colectiva como elementos de cuidado y promoción de la salud.

Palabras clave: epistemología de la salud mental - epoché - reforma psiquiátrica - movimiento *antimanicomial* - fenomenología.

### **Phenomenological contributions to the epistemology of antimanicomial care**

#### **Abstract**

There are epistemological markers that describe the scientific transition from an asylum society to an anti-manicomial society. In this sense, from the current historical context, we understand the break with the positivist model as an a priori of psychiatric reform. *Epoché* outlines the main epistemological aspects of anti-manicomial care. This understanding implies the inclusion of the concept of consciousness from the perspective of a process of continuous becoming in relation to reality, emphasizing the lived experience and the concept of intentionality of consciousness. The main authors of psychiatric reform have already pointed out

theoretical interfaces with the epistemological bases of phenomenology. Some categories must be considered during epoché work, such as: body, world, interpersonal relationship and relationship with time. Through this epistemic perspective, we can say that the anti-manicomial care field emphasizes the importance of the nosography of the positive aspects of human life, including factors such as leisure, art, the appropriation of spaces and collective subjectivation as elements of care and promotion of health.

Keywords: epistemology of mental health - epoché - psychiatric reform - anti-manicomial movement - phenomenology.

#### **El contexto**

Muchos de los desafíos actuales que enfrentamos para consolidar un modelo de salud mental *antimanicomial* en América Latina están relacionados con el tipo de sociedad que hemos desarrollado. Las dificultades entre modelos de sociedad y epistemología en las prácticas de atención son intrínsecas. Sucede que, a nivel mundial, vivimos tiempos semejantes a lo que Frederick Jameson (1997) denominó "posmodernidad" o "capitalismo tardío" - terminología que tomó prestada de Ernest Mandel (1985) para señalar una época en que el

capitalismo alcanzaría su tercera fase, marcada por la globalización, la estandarización de hábitos y experiencias, así como por una lógica cultural hegemónica que simularía la vigilancia constante de los comportamientos como aparente práctica de la libertad individual. Cuestiones similares fueron también señaladas por Debord (1997) en "La sociedad del espectáculo", donde vaticinaba -desde los años setenta- que el futuro de las décadas siguientes sería el del auge del capitalismo, que transformaría todo lo que le rodeaba en un espectáculo para ser consumido: la belleza, la inteligencia, la discapacidad, el amaneramiento, todo sería objeto de consumo. El *simulacro* sería el nuevo orden.

Las experiencias subjetivas descritas como "post-modernas" son, en este sentido, la continuación de un proyecto de modernidad permeado por el vaciamiento de profundidad y contenido. La producción subjetiva de la singularidad del sufrimiento psíquico se ha colocado en el orden de la universalidad (Heller, A. 1994), dando lugar a una explosión de diagnósticos y clasificaciones psicopatológicas en la época contemporánea (Zorzanelli et al; 2014).

Evidentemente, no es posible desligar la transición científica del campo de la salud mental de sus marcadores históricos, políticos, sociales y económicos que

infligieron condiciones reflexivas a los teóricos en su tiempo. En este sentido, vemos el momento actual bajo análisis en los estudios contemporáneos como el "capitalismo tardío" (Jameson, 1997) o la era de la globalización, cuyos preliminares comenzaron en el mismo entorno que Foucault (2000) describió como la "edad de la razón". Los lugares de conocimiento conquistados con esfuerzo por los movimientos sociales en el campo de la construcción de políticas para una sociedad sin institucionalización en los tratamientos de salud mental también consistieron en rupturas científicas.

### **De los movimientos sociales a la epistemología**

La reforma psiquiátrica y toda la legislación complementaria que regula el tratamiento en libertad fueron logros que demuestran la importancia de la organización de la sociedad civil en la lucha por sus intereses. También es importante destacar que, más allá de los movimientos sociales, la base epistemológica del modelo *antimanicomial*, -expresión utilizada en Brasil- consiste en una confrontación con el positivismo en las ciencias.

Básicamente, el modelo de desinstitucionalización anula la correspondencia cartesiana (Descartes, 1987) entre causas y síntomas. Del mismo modo, pasa a mos-

trar que buscar la etiología de los diagnósticos del DSM (American Psychiatric Association [APA], 2014) no produce caminos para el tratamiento, sino que la cura consiste en prácticas que promuevan la autonomía, la ciudadanía, la participación, la cultura, el arte y la inserción socio-comunitaria.

La ruptura con el positivismo, por tanto, es un *a priori de la reforma psiquiátrica*, aunque a menudo esté implícita en el funcionamiento cotidiano de los servicios. Dejar de buscar las causas de los "signos y síntomas" (Foucault, 1998) y centrarse en los procesos existenciales es hoy un eje importante en el trabajo de la red de atención psicosocial. Esta propuesta ha cambiado profundamente el campo de la salud mental y la comprensión de los profesionales.

Por otra parte, no se trata de un hecho pacífico, ni desde el punto de vista político ni desde el punto de vista teórico epistémico. Hay una insistencia en aumentar el número de diagnósticos y movimientos opuestos que, incluso sin ninguna base científica -ni siquiera en las ciencias positivas (Comte, 2022)- buscan correspondencias biológicas, tratando de justificar diagnósticos que, en realidad, sólo tienen marcadores sociales y culturales. En este sentido, una lectura atenta de los DSM nos muestra, como señala Caponi (2012), que todos los

descriptores de los criterios diagnósticos se guían por comportamientos, no por marcadores biológicos. La ilusión de que es necesario diagnosticar para tratar refuerza el aumento del número de clasificaciones DSM como un supuesto "avance en el campo", pero también crea la expectativa de descifrar las enfermedades.

La creación de nuevos significados a partir de manuales estadísticos baraja el orden de las relaciones asistenciales, quitando a la persona el derecho a hablar de sí misma, porque es el diagnóstico el que hablará por ella. Ahí radica una lucha por la ciudadanía y la emancipación, pero también un conflicto epistemológico sobre lo que se entiende por salud y enfermedad. Al mismo tiempo que el "síntoma" de la locura es signo de enfermedad (Foucault, 2000), el distanciamiento entre signo y síntoma permite dudar de la precisión que el signo puede revelar. En este sentido, los precursores de la reforma psiquiátrica y del modelo *antimanicomial* ya apuntaban a los fundamentos filosóficos de la fenomenología como contribución a la comprensión de la producción de significados en la conciencia-realidad (Spohr & Schneider; 2009).

Desde la formación del pensamiento hegemónico de la salud mental en el mundo a principios del siglo XX, con el creciente énfasis en el diagnóstico precoz,



América Latina ha resistido en el contexto de sus posibilidades. Por otro lado, la importación de teóricos europeos y norteamericanos de la psicoterapia, así como la formación académica basada en los DSM (Zorzanelli et al, 2014), llevó a los países latinoamericanos a descalificar sus propios saberes culturales, como las culturas de los pueblos originarios y sus matrices milenarias de atención al sufrimiento. Aun así, esto no ha impedido que tengamos destacados precursores como Nise da Silveira, Pichón Rivière, Alfredo Moffatt, entre otros renombrados e ilustres chamanes, curanderos y adivinos no reconocidos - no necesitamos nombrarlos a todos aquí.

Pero fueron héroes de una época en la que el modelo *manicomial* estaba vigente, una época en la que términos como "reforma psiquiátrica", "modelo *antimanicomial*" o políticas públicas en red aún no se habían establecido. De hecho, el propio SUS – Sistema Único de Salud (Brasil, 1990) surgió de la resistencia y la lucha de muchas personas implicadas en la construcción de otro modelo epistémico de atención sanitaria.

El hecho es que gran parte de los movimientos sociales latinoamericanos luchan por el derecho a la salud como responsabilidad del Estado, en oposición a las viejas ideas vigentes hasta la primera mitad del siglo

XX, en las que se consideraba que el individuo era responsable de cuidarse a sí mismo, y su enfermedad era vista como una responsabilidad personal, indiferente a cuestiones sociales, económicas, geográficas, urbanas y políticas, entre otras.

En Brasil, a partir de la década de 1970, este proceso fue impulsado principalmente por el protagonismo del movimiento de Reforma Sanitaria, que alcanzó un hito histórico durante la 8ª Conferencia Nacional de Salud, en 1986, presidida por Sergio Arouca. Muchos de los resultados de esa Conferencia sirvieron de base para la formulación del SUS, cuyos principios fueron aprobados en la Constitución de 1988.

Las tensiones nunca han terminado, pero hoy la aplicación de la legislación ha permitido avances como la garantía de un acceso universal, igualitario y plural a la salud para todos los ciudadanos, independientemente de su renta, raza o localización -y, sobre todo, responsabilizando al Estado de garantizar el acceso.

No se trata sólo de un cambio en la legislación, sino de una victoria paradigmática en relación con el concepto de enfermedad y sus determinantes sociales, aspectos que pueden explicarse mejor mediante la epistemología fenomenológica (Teixeira et al., 1989)

### ***Epoché* como epistemología de la atención a la salud mental**

Edmund Husserl es un gran representante del pensamiento fenomenológico moderno. Nació en 1859, vivió en Alemania y murió en 1938. Fue él quien llevó el término *epoché* al centro de la filosofía fenomenológica. La palabra "epoché" procede del griego y significa "suspensión" o "abstención". En fenomenología, *epoché* se refiere a un procedimiento epistémico por el que suspendemos nuestras creencias previas y presupuestos teóricos sobre el mundo para poder centrarnos exclusivamente en la descripción directa de las experiencias tal y como se presentan (Hursel, 2008).

A través de la *epoché*, el fenomenólogo pretende poner entre paréntesis sus prejuicios sobre la existencia o la realidad de los objetos. De este modo, la *epoché* es una herramienta para comprender las experiencias vividas de la forma más inmediata y directa posible, sin la mediación de conceptos o teorías preestablecidos.

Por eso, la relación entre la fenomenología y el existencialismo sartriano es muy importante para la antipsiquiatría y el movimiento anti-manicomial, ya que aborda una cuestión ontológica al mismo tiempo que esboza aspectos epistemológicos. El hombre es siempre

un ser en relación, y en este sentido su actividad -acto vivido- define su condición de existencia, en la medida en que la conciencia sólo se constituye en relación con el objeto (mundo). En otras palabras, esto nos lleva a la famosa afirmación del existencialismo fenomenológico: la existencia precede a la esencia.

Es importante subrayar que la conciencia sólo está constituida por la propiedad de la "intencionalidad", porque la conciencia es siempre conciencia de algo, si produce sentido en relación con la realidad. Sartre (2002) utilizó el concepto heideggeriano de que todo hombre es un "ser-en-el-mundo". Vale la pena recordar que la fenomenología aparece en la escena de la filosofía de la ciencia como un campo que cuestiona el positivismo de Comte (2022), señalando la imposibilidad de eliminar al observador de la escena en la búsqueda de una verdad absoluta sobre la realidad. De hecho, la conciencia se constituye en relación con el objeto, de modo que en la comprensión fenomenológica el sujeto es siempre un "ser en el mundo" en proceso de "llegar a ser". La experiencia vivida es la condición para la producción del sujeto.

Debido a esta definición de la conciencia -que es central en la episteme fenomenológica- resulta relevante describir las experiencias vividas. La descripción



fenomenológica trata los fenómenos - acontecimientos, el mundo, etc. - como intrínsecos a la constitución de la conciencia.

Para describir este ser-en-el-mundo, el fenomenólogo necesita actuar en una condición de *epoché*, suspendiendo sus valores e interpretaciones. Para ello, necesita reducir el fenómeno a "las cosas mismas". El reto de llevar a cabo la reducción fenomenológica requiere a menudo preparación y observación por parte del fenomenólogo, porque la conciencia opera dentro de un horizonte de sentido, un horizonte al que todos estamos sujetos. Este horizonte es dinámico y está influido por nuestra historia, cultura y contexto personal.

### **La fenomenología como base epistémica de la atención a la salud mental**

Entre los principales precursores de la reforma psiquiátrica y del modelo anti-manicomial, es posible reconocer importantes aproximaciones a las bases fenomenológicas. Tanto protagonistas italianos - como Basaglia (1985) y Rotelli (2015) - como otros precursores reconocidos, como Laing (1990); Cooper (2013); Szasz (1994), establecieron algún compromiso teórico-metodológico con la epistemología fenomenológica en momentos de sus obras y prácticas.

Basaglia y todo el movimiento italiano de reforma psiquiátrica tuvieron una influencia práctica en los movimientos sociales y en las transformaciones de la realidad brasileña (Amarante, 2015). Las repercusiones de su epistemología fenomenológica pueden verse en la medida en que dismantela el significado estigmatizador de los diagnósticos de la época y propicia la emancipación social de las personas en situación de malestar psicológico. Como señalan Perotti et al (2020), Basaglia insistía en que el problema no era la "enfermedad", sino la relación de la persona con el mundo.

Como nos recuerda Amarante (2009), Basaglia profundiza en la idea de "poner la enfermedad entre paréntesis" a partir de los aportes de Edmund Husserl. La psiquiatría tradicional, por el contrario, colocaba a la persona entre paréntesis para centrarse en la enfermedad. Para Basaglia, como señala Amarante (2009), la enfermedad debería ponerse entre paréntesis para que, de hecho, podamos cuidar a la persona en su existencia.

Ronald Laing, representante de la antipsiquiatría británica, en "El yo dividido", publicado originalmente en 1960, ya aportó muchas ideas epistemológicas que resultan útiles hoy en día. El autor se posiciona teóricamente como existencialista y fenomenólogo, a pesar de sus influencias psicoanalíticas básicas. Tomó el pun-

to de vista filosófico de la fenomenología para insertar todas las críticas posteriores a los métodos empleados por el modelo *manicomial* de la psiquiatría. Señala que el modelo habitual de la psiquiatría de la época tendía a considerar a la persona que sufre como un "paciente", por ejemplo, un "paciente esquizofrénico", cosificándola. Sin embargo, Laing denunció este supuesto epistemológico como inadecuado.

La cuestión que Laing señalaba, de forma inusual para la época, era que cada vez que utilizamos *un supuesto a priori* - que la otra persona está enferma - el profesional encontrará obviamente signos de la enfermedad que está buscando, ya que la mirada del observador no es neutral. Y entonces el autor trae a colación la cuestión planteada por la fenomenología, de que la realidad existe en la mirada de un observador, la realidad observada nunca es una realidad neutra o absoluta, porque el observador forma parte del campo.

Así es como, en los diagnósticos, la persona pierde su "ser-para-sí" y se convierte en un "ser-para-los-otros". Y es que el comportamiento del "enfermo" también puede estar en función del comportamiento de su observador, o del entorno hospitalario, por ejemplo, o de una situación vital concreta. Esta comprensión del hombre en su ámbito existencial -distinta de la objeti-

vación en una realidad estática - contribuye claramente a la atención de la salud mental.

El fenomenólogo psiquiatra Van den Berg, en su obra "El paciente psiquiátrico" (Berg, 1978), hace una gran aportación sobre qué puntos analizar desde el punto de vista de la descripción fenomenológica: la relación con el cuerpo (corporalidad), la relación con el mundo (objetos, espacio, ciudad, materialidad), la relación con otras personas (interpersonalidad, el otro), la relación con el tiempo (temporalidad, antes/después/ahora). Según Berg (1978), las repercusiones del pensamiento fenomenológico reflejan el pensamiento de diversas corrientes teóricas en una época de transformaciones epistemológicas. En las páginas finales de su obra, menciona enfáticamente la importancia de las contribuciones del filósofo francés Gaston Bachelard, especialmente en lo que se refiere a las nociones de tiempo y espacio. "*La obra de Gaston Bachelard merece una mención especial (...) Sus trabajos me parecen de un valor inmediato para la psicopatología*". (Berg, 1978, p.132)

En este proceso multifacético de los autores en un contexto histórico, nos parece particularmente útil la idea de un "obstáculo epistemológico", señalada por Bachelard (1996) con énfasis en un "nuevo espíritu científico". En este caso, incluso sin mencionar el pen-

samiento fenomenológico, el autor describe que el primer desafío para la producción del pensamiento científico es la capacidad de aceptar la realidad tal como es - confirmando así las mismas premisas de *epoché*. "Frente a la realidad, lo que creemos saber eclipsa claramente lo que deberíamos saber". (p.18)

En un intento de organizar con claridad "provisional" las diferentes etapas del pensamiento científico occidental, Bachelard (1996) propone en su obra tres momentos fundamentales: (a) el periodo del estado *precientífico*: desde la Antigüedad clásica, pasando por la Edad Media, el Renacimiento y el periodo de los famosos "avances científicos" de los siglos XVI, XVII e incluso XVIII; (b) el periodo del estado *científico*, cuya preparación tuvo lugar a finales del siglo XVIII, extendiéndose a lo largo del siglo XIX y principios del XX; (c) el periodo del *nuevo espíritu científico*, que se inició a principios del siglo XX, especialmente marcado por Bachelard en 1905, cuando los conceptos primordiales que guiaban la cultura mecanicista del pensamiento fueron cuestionados con las aportaciones de Einstein.

A partir de entonces, según el autor, todas las ciencias en general se vieron afectadas, al igual que la cultura, es decir, la forma de entender las "verdades". En definitiva, podemos decir que estamos viviendo un nuevo

*zeitgeist* en el campo de la salud mental, quizás desde una perspectiva postmoderna o un nuevo espíritu científico, cuyos desarrollos tienen un impacto significativo en nuestra comprensión del fenómeno de la locura. En este sentido, las aportaciones de la epistemología fenomenológica anuncian una ruptura con el modelo positivista de la psicopatología, contribuyendo a nuevas y complejas comprensiones en este campo de estudio.

### Consideraciones finales

Las condiciones epistemológicas de la práctica contemporánea de la salud mental moldean la atención sanitaria. Aspectos esenciales como la seguridad ontológica, la pertenencia y el sentido de legitimidad son características a menudo no explícitas que influyen en la formación de los profesionales de la red de atención a la salud mental, así como en las opiniones de los familiares, las comunidades y las políticas públicas. En otras palabras, desde un punto de vista histórico y epistemológico, la reforma sustancial de un modelo psiquiátrico basado en manicomios a un modelo democrático de atención a la salud mental no basado en manicomios, también depende de intenciones no explicadas entre actores sociales que tienen diferentes formas de entender la organización social, la política, la economía y la distribución urbana. En este sentido, los movimien-

tos sociales han jugado y juegan un papel importante en toda América Latina, colaborando y promoviendo cambios sustanciales en las epistemes de la atención a la salud.

En las últimas décadas, hemos asistido en todo el mundo a avances en el campo de las nuevas políticas de atención a la salud mental y las prácticas *antimanicomiales*. Estos cambios reflejan un nuevo enfoque de la atención que valora la autonomía de las personas y su participación activa en su tratamiento y cuidados. En el contexto de muchas luchas y tensiones, los movimientos de reforma psiquiátrica y lucha contra el modelo *manicomial* han buscado "un nuevo lugar social para la locura" en Brasil y también en el contexto del SUS (Amarante & Nunes, 2018).

Además, podemos contar con la valorización de formas de atención no farmacológicas a través de la Política Nacional de Prácticas Integrales y Complementarias de Salud (Brasil, 2023). Por otro lado, han surgido nuevos desafíos en la organización de los servicios y equipos en red. Como sabemos, la atención a las personas en situación de malestar psicológico o crisis existenciales depende no sólo de las estructuras de los servicios, sino también de los estilos de vida sociales, las condiciones del "buen vivir" (Krenak, 2020), la apropiación

cultural (Chartier, 2010) y la conveniencia de la cultura (Yúdice, 2013).

Al comprender *la epoché*, el campo de la salud mental *antimanicomial* enfatiza la importancia de una nosografía de los aspectos positivos de la vida humana, fortaleciendo los puntos favorables al desarrollo humano, ya que comprende la totalidad del campo fenomenológico de la vida humana y no sólo los signos o síntomas. Este modelo epistémico fortalece las estrategias de promoción y prevención de la salud.

En este sentido, las bases epistemológicas de un enfoque *antimanicomial* incluyen el ocio, el arte, el trabajo, la apropiación de espacios y los modos de subjetivación colectiva como elementos indispensables en la atención a la salud mental. Así, los "signos" y los "síntomas" no se entienden como excepciones o psicodiagnósticos, sino sobre todo como parte de la vida humana.

### Referencias Bibliográficas

Amarante, P. (2009). Reforma Psiquiátrica e Epistemología. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1),34-41. Acessível: <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/998/1107>

Amarante, P. (2015) *Teoria e crítica em saúde mental:*

*Textos seleccionados.* São Paulo: Zagadoni Editora.

Amarante, P. & Nunes, M.O. (2018) *A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.* *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):2067-2074.. Acessível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNt-j6kYYPQyvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt>

American Psychiatric Association - APA (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5.* Artmed, Porto Alegre.

Basaglia, F. (1979). *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática.* São Paulo: Brasil Debates.

Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.* Rio de Janeiro: Graal.

Berg, Jan Hendrik Van den (1978) *O paciente psiquiátrico: esboço de psicopatologia fenomenológica.* (2ª. ed.) São Paulo, Editora Mestre Jou.

Brasil (2023) PICS- Práticas Integrativas Complementares, Acessível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>

Brasil (1990). SUS – Sistema Único de Saúde, Lei

8080. Acessível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Lei8080.pdf>

Caponi, S. (2012) *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

Chartier, R. (2010) *A história ou a leitura do tempo.* 2ª. edição. Belo Horizonte: Ed.Autêntica.

Comte, A. (2022) *Discurso sobre o Espírito Positivo.* E-Book Kindle, Ed. Montecristo.

Cooper, D. (2013) *Psychiatry and Anti-Psychiatry* (The International Behavioural and Social Sciences Library: Classics from the Tavistock Press). E-Book, Londres, Routledge.

Debord, G. (1997) *A sociedade do espetáculo.* Rio de Janeiro: Contraponto.

Dartigues, A. (1992). *O Que é Fenomenologia.* São Paulo: Cortez.

Descartes, R. (1987). *Discurso do Método* (4. ed.) São Paulo: Nova Cultural.

Foucault, M. (2000) *A História da Loucura.* São Paulo, Ed. Perspectiva.

Foucault, M. (1998) *O Nascimento da Clínica*. Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro.

Guiomar, G. & Teixeira, J.A.C. (2007) Ronald D. Laing: A política da psicopatologia. *Análise Psicológica*, 25(4), 661-673. ISSN 0870-8231, Lisboa, Ed. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Heller, A. (1994) *Sociología de la vida cotidiana*. 4ª.ed. Barcelona, Ed. Península.

Husserl, E. (2008) *A ideia da fenomenologia*. E-book Kindle. Lisboa, Edições 70.

Krenak, A. (2020) *Caminhos para a cultura do Bem Viver*. E-book, Acessível em:

<https://www.biodiversidadla.org/Recomendamos/Caminhos-para-a-cultura-do-Bem-Viver>

Laing, R.D. (1973) *O Eu Dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura*. Petrópolis, Ed. Vozes.

Laing, R.D. (1983) *The Politics of Experience*. Reprint. Londres, Pantheon.

Laing, R., & Cooper, D. (1982). *Razão e Violência: uma década da filosofia de Sartre (1950-1960)*. Petrópolis: Vozes.

Perotti, I.S., Holanda, A.F. & Mariotti, M.C. (2020) *Franco Basaglia e a Fenomenologia: um caminho epistemológico por liberdade*. Perspectivas em Psicologia, v.24 (2) Uberlândia. Acessível em: <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/58308>

Sartre, J. P. (1987) *O Existencialismo é um Humanismo*. Col. Os Pensadores. 3ª ed. São Paulo: Nova Cultural. Disponível em <https://projetoaetheia.files.wordpress.com/2014/08/existencialismo-c3a9-humanismo-sartre.pdf>

Sartre, J-P. (2002). *Crítica da Razão Dialética: precedido por Questão de Método*. Rio de Janeiro: DP&A.

Santos, B. S. (1989) *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro, Graal.

Spoehr, B. & Schneider, D. de R. (2009). Bases Epistemológicas da Antipsiquiatria: A Influência do Existencialismo de Sartre. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 15(2), p.115-125. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672009000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672009000200007)

Rotelli, F. (2015) *Vivir sin manicômios: La experiencia de Trieste (Fichas para el siglo XXI no.31)*. Spanish Edition, e-Book Kindle.



Szazs, S. T. (1994). *Cruel Compaixão*. Campinas, Ed. Papirus.

Teixeira, S.F. org. (1989). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. Campinas, Cortês.

Yúdice, G. (2013) *A conveniência da cultura: usos da cultura na era global*. Belo Horizonte, Editora UFMG.



# Dimensiones de la vida cotidiana potenciadas por las experiencias estéticas y culturales de personas con padecimientos subjetivos

**ARIAS, Anabel.**

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional del Litoral (UNL). Especialista en Salud Mental (RISaM, Paraná, Entre Ríos). Trabajadora del Hospital Escuela de Salud Mental e Instructora de la RISaM (Sede Paraná, Entre Ríos).

Contacto: [lic.anabelarias@gmail.com](mailto:lic.anabelarias@gmail.com)

**Recibido:** 15/03/24; **Aceptado:** 28/08/24

**Cómo citar:** Arias, A. (2024). Dimensiones de la vida cotidiana potenciadas por las experiencias estéticas y culturales de personas con padecimientos subjetivos. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 48-70

## Resumen

El artículo presenta un trabajo de investigación realizado con el apoyo de las Becas Salud Investiga 2022-2023, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación en Salud. En la interfaz de los campos del arte, la salud y la cultura, aborda los procesos creadores y las experiencias culturales de personas con padecimientos subjetivos que han recibido diagnósticos en salud mental e integran grupalidades en contextos institucionales. Se buscó conocer cómo se expresan y qué continuidades establecen dichos procesos y experiencias estéticas en la vida cotidiana. Para dar respuesta desde una perspectiva socio-crítica, este estudio cualitativo tuvo un diseño exploratorio-descriptivo. Se realizaron observaciones y entrevistas en cuatro espacios grupales (música, teatro, radio y experimentación plástica) ofrecidos en un hospital monovalente de la región centro-este del país, en el periodo 2022-2023.



El análisis del corpus de datos permitió reconstruir la diversidad de propuestas grupales promovidas en la institución desde una perspectiva histórica, describir las etapas implicadas en los procesos creadores y finalmente, ubicar tres dimensiones de transformación de la vida cotidiana en la que esos procesos creadores son apropiados. Estas son: una dimensión estética que refiere a los sentidos respecto de cómo son vivenciadas estas experiencias y el lugar que ocupa el hacer creador en la vida cotidiana; una dimensión socializante que ubica sentidos relacionados a la posibilidad de construir vínculos soportes de lo cotidiano; y una dimensión proyectiva, que refleja sentidos vinculados a la ampliación de territorios de participación social y la emergencia de narrativas que permiten localizar perspectivas de futuro en los proyectos de vida.

Se concluye en que estos espacios cuentan con una larga trayectoria en la institución, pudiendo ubicarse continuidades entre los procesos creadores y la vida cotidiana con potencial de transformación singular, grupal, comunitario, social y cultural.

**Palabras Claves:** grupalidad - proceso creador - cultura - vida cotidiana - salud mental

## **Dimensions of daily life powered by the aesthetic and cultural experiences of people with subjective conditions**

### **Abstract**

The article presents a research work carried out with the support of the Salud Investiga Scholarships 2022-2023, awarded by the Ministry of Health of the Nation, through the Health Research Directorate. At the interface of the fields of art, health and culture, it addresses the creative processes and cultural experiences of people with subjective conditions who have received mental health diagnoses and integrate groups in institutional contexts. We sought to know how they are expressed and what continuities establish these processes and aesthetic experiences in everyday life. To respond from a socio-critical perspective, this qualitative study had an exploratory-descriptive design. Observations and interviews were carried out in four group spaces (music, theater, radio and plastic experimentation) offered in a monovalent hospital in the central eastern region of the country, in the period 2022-2023.

The analysis of the data corpus allowed us to reconstruct the diversity of group proposals promoted in the institution from a historical perspective, describe

the stages involved in the creative processes and finally, locate three dimensions of transformation of daily life in which these creative processes are appropriate. An aesthetic dimension that refers to the senses regarding how these experiences are experienced and the place that creative doing occupies in everyday life. A socializing dimension that locates meanings related to the possibility of building links that support everyday life; and a projective dimension, which reflects meanings linked to the expansion of territories of social participation and the emergence of narratives that allow us to locate future perspectives in life projects.

It is concluded that these spaces have a long history in the institution, and continuities can be located between the creative processes and daily life with the potential for singular, group, community, social and cultural transformation.

**Keyword:** groupity - creative process - culture - daily life- mental health

### Introducción

La promoción de prácticas vinculadas al arte y la cultura en el campo de la salud mental vienen estando presentes desde mediados del siglo XX (Gómez y Sava, 2020).

En Argentina, experiencias de magnitud como el “Frente de Artistas del Borda”, radios comunitarias como “La Colifata Asociación Civil”, “La Mira”, “La Bisagra”, colectivos de artistas de la salud mental, la constitución de la Red Argentina de Arte y Salud Mental en el año 1995 y, posteriormente, la creación de la Red Latinoamericana de Arte y Salud Mental en el 2021, han dado cuenta del interés por prácticas colaborativas y de participación social a las que se les reconoce el potencial de transformación, siendo esta dimensión, la sociocultural, estratégica en los procesos de reforma (Amarante, 2009).

Las oportunidades de acceso y la distribución de los bienes culturales suele ser desigual para personas cuyas vidas cotidianas se estructuran en la exclusión, los recorridos marginales y los horizontes empobrecidos (Kantor, 2008). Las producciones artísticas de personas usuarias de servicios de salud mental atraviesan notables desventajas, en relación a otras formas consolidadas en una cultura hegemónica, dominante y elitista, tendiendo a quedar en los márgenes de la sociedad. Para comprender estas experiencias en las que están insertas, Amarante, Freitas y Nabuco (2013) recuperan, a partir de un estudio sobre el campo artístico-cultural en la reforma brasileña,<sup>1</sup> la noción de “culturas de los outsiders” y se preguntan cómo disociar el campo artís-

tico-cultural de la atención psicosocial. Entienden que cuando esta separación se materializa, lo producido en esos contextos acontece sin el control ideológico-institucional del marco psiquiátrico (Amarante, Freitas y Nabuco, 2013), es reconocido como estético e incide en la transformación cultural y social del imaginario alrededor de la locura (Milhomens y Lima, 2014; Amarante, 2009). Claudia Bang y Carolina Wajnerman estudiaron la importancia de la creación colectiva en intervenciones comunitarias, proponiendo también una distinción de circuitos y posicionamientos posibles entre arte popular, arte erudito -de culto o de élite- y arte de masas (2010, p. 91).

A nivel provincial, en el Hospital de Salud Mental situado en la ciudad de Paraná (Entre Ríos, Argentina), las propuestas comprometidas con la promoción de procesos creadores también se vinculan a una fuerte crítica de las lógicas manicomiales, construyendo condiciones de oportunidad para el hacer. Si bien tienen anclaje institucional, pueden ubicarse tensiones en torno a lo siguiente:

- La escasa formación para la coordinación de grupalidades
- La reducida disponibilidad de recursos técnicos

para las actividades, la escasez en los registros escritos de prácticas grupales<sup>2</sup>

- La jerarquización de prácticas tradicionales -predominantemente individuales y en contexto de consultorio- por sobre las comprometidas en la distribución de los bienes culturales como instancias indispensables en la construcción de ciudadanía<sup>3</sup>
- La reducción del trabajo interdisciplinario -otra forma de grupalidad- a la interconsulta, dificultando una real producción colectiva para abordar los problemas centrados en lo cotidiano
- La presencia de creencias descalificadoras de estilos, ritos, consumos, preferencias y rasgos propios de las producciones artísticas-culturales de la población usuaria, delimitando así identidades estancas (Kantor, 2008) y reduciendo el lugar del artista “como agente de cambio en la transformación de la realidad” (Gómez y Sava A., 2020, p. 54).

Partiendo de esta diversidad experiencias que precisan de una mayor profundización metodológica y de socialización, se plantearon los objetivos de este estu-

dio. El problema de investigación se centró en conocer cómo son los procesos creadores y las experiencias culturales promovidas en las propuestas grupales artísticas-culturales de la institución y en qué medida se expresan como recurso potenciador para la vida cotidiana de personas con padecimientos subjetivos.

### Enfoque conceptual

La matriz conceptual se posicionó en las teorías críticas que ubican múltiples determinaciones históricas, sociales y culturales en los procesos y accesos a los derechos culturales.

En el esfuerzo de situar contextualmente los procesos creadores de personas que participan en servicios de salud, resultó nodal el concepto de experiencia nutrido de desarrollos que lo piensan en diversos sentidos. Desde el sentido de *transformación subjetiva*, “predomina un acto de interiorización, de transformación de uno mismo como resultado de una práctica” (Dicker y Frigerio, 2004, p. 13). En su incidencia en los *procesos sociales y culturales*, presenta una potencia para “contribuir significativamente a la deconstrucción de prejuicios” (Mamberti en Milhomens y Lima, 2014, p. 380). Por último, en su dimensión *intersubjetiva*, se vincula a los procesos grupales de creación colectiva, en las que “la creatividad

se expresa en la capacidad que tienen los sujetos para captar la realidad y transformarla, generando y expresando nuevas ideas” (Bang, 2019, p. 15).

Para pensar las formas estéticas de experiencia, el filósofo estadounidense John Dewey -precursor en el movimiento de la estética de lo cotidiano- sostiene una diferenciación crucial entre proceso y obra, ubicando en los actos de compromiso de creación y en la capacidad de imaginación en el campo del arte, un valor intrínseco que las justifica –independientemente del sentido social estético, instrumental, práctico e inmediato-, entendiendo que éstas pueden extenderse a ámbitos extraartísticos o extraestéticos (Eisner, 2004, p. 14). De esta manera, experiencia estética define a aquella que “emerge en la vida cotidiana, pero se define como una experiencia especial que hace que la vida no aparezca como un flujo homogéneo y uniforme de hechos banales” (Liberman; Maximinio, 2016, p. 143). Suely Rolnik (2001), por su parte, denomina dimensión o experiencia estética a aquello que acontece más allá de una dimensión psicológica (propia de las facultades de la memoria, inteligencia, percepción, sentimientos etc.), tratándose de una experiencia distinta de la subjetividad, vinculada a las sensaciones, que cuando se producen suelen molestar, incomodar o producir extrañeza, porque no se ubican en el mapa de sentido del que

usualmente disponemos. Refiere que esta dimensión se encuentra bastante desactivada en nuestra sociedad y usualmente está confinada al artista. En relación a sus alcances, ubica que al trabajar con los materiales del mundo se problematizan directamente sectores de la vida cotidiana.

En este sentido, Bruno Munari (1972) fue solidario con la idea de desmontar aspectos románticos que constituyen el mito de que la fantasía, la invención y creatividad son patrimonio de artistas que producen además obras maestras para personas supuestamente más inteligentes. Cuestiona las nociones polarizadas que dividen el arte puro del arte aplicado (las bellas artes y las artes industriales), el gran arte del arte menor, y a su parecer trajeron confusión. Reposiciona aquellas formas que valoran al arte como oficio en la que “a través de sus métodos de trabajo restablece el contacto entre el arte y el público” (p. 21).

Entendiendo el tejido de la cultura desde el afecto de lo cotidiano, el concepto de vida cotidiana, una noción pilar y de referencia en el campo de la salud, permite “comprender los procesos de construcción de la subjetividad en la reproducción de las condiciones de vida de los sujetos” (Lugano, 2002, p. 1). Al tratarse del “centro real de praxis”, un escenario abierto y en permanente

movimiento de las formas concretas producidas y re- producidas por las personas en relación con la naturaleza y con otras personas (Galheigo, 2003), nos acerca a la red de vivencias, sentidos y saberes construidos por las personas y a las relaciones de dominación que atraviesan la cuestión del significado cotidiano, abriendo puertas a su transformación. Para Uribe Fernández (2014) la vida cotidiana está “compuesta por pluralidad de sentidos y simbolismos, en espacios que la modelan a través de la vivencia del tiempo” (p. 105). Como trama unida, su densidad depende de los entrecruzamientos que van haciendo posible la apropiación de experiencias y la construcción singular y colectiva del tiempo y del espacio.

Marita Soto (2009), por su parte, define lo cotidiano como un tejido en un doble sentido. En su dimensión espacial puede pensarse como el fondo, el escenario estable de despliegue de las personas y en su dimensión temporal, indica lo previsible, la regularidad, con pausas y repeticiones. También ubica que esta matriz “que parece cambiar poco, que promete estabilidad, es el escenario de movimientos, conflictos, luchas, intercambios que tensionan el lugar del individuo y su relación con ese entorno” (p. 9). La autora se dedica a la investigación del entrecruzamiento entre los campos del arte y la vida cotidiana, siendo una referente importante so-

bre la estética cotidiana en América latina. En ese sentido, propone que algunos espacios, prácticas y objetos de la vida cotidiana pueden denominarse estéticas, en tanto presenten cualidades diferenciales en las que se pone en evidencia “un exceso, un algo más, no relacionado con decisiones y elecciones funcionales ni explicado exclusivamente por la búsqueda de reparación de alguna carencia” (p. 9). Entendiendo que “las definiciones en el campo de lo estético deben ser situadas históricamente para no señalar como artístico producciones que tienen o han tenido otro sentido al interior de su contexto” (Marin, 2020, p. 6). En este estudio, como ya se anticipó, se optó por la noción de experiencias estéticas para pensar los procesos creadores de personas que participan de servicios de salud, que tienden a presentar condiciones de producción, circulación y consumo desiguales respecto de aquellas que se presentan como formas institucionalizadas -y privilegiadas- dentro de la cultura del arte.

El campo de investigación y movimiento de la estética de lo cotidiano, surgido como una crítica a las instituciones, reconoce continuidades entre las artes y la vida cotidiana, buscando desplazar el enfoque de la estética moderna, occidental y contemplativa que distingue la experiencia estética de la vida real. Esta perspectiva supuso un aporte significativo en este estudio.

### **Abordaje metodológico**

Se diseñó un abordaje cualitativo de corte transversal, buscando describir la oferta de propuestas grupales artísticas y culturales promovidas en la institución desde una perspectiva histórico-político-institucional; conocer los procesos creadores según sus consumos y producciones culturales, las disposiciones propias ante el hacer de las personas que participan y las estrategias de coordinación promovidas, para comprender las dimensiones de la vida cotidiana potenciadas por estos procesos creadores.

Desde una perspectiva etnográfica, el trabajo de campo se trazó con la presencia directa de la investigadora en el terreno y el trabajo con los sentidos aportados por las personas participantes (PP). El proceso reflexivo atravesó diversos momentos: la recolección de datos, la toma de definiciones metodológicas y la reformulación a partir de los hallazgos provisionarios del análisis continuo.

El ámbito de estudio profundizó en cuatro propuestas grupales artísticas-culturales ofrecidas en la institución, analizando los procesos vinculados a la música, las artes plásticas, el teatro y la producción radiofónica. Se incluyó, en un muestreo intencional, a personas usua-

rias participantes con posibilidad de describir sus propias experiencias, a personas trabajadoras integrando el equipo coordinador de las grupalidades y a referentes afectivos que participaron de experiencias colectivas. La muestra quedó conformada por un total de 38 personas usuarias, 3 referentes afectivos y 7 personas coordinadoras.

La recolección de información se realizó entre diciembre del 2022 y septiembre del 2023. Se realizaron 11 observaciones participantes y se recogieron testimonios orales de 28 participantes en entrevistas en profundidad de las cuales 5 fueron grupales y 1 individual realizadas en sus espacios habituales. La entrevista individual devino de la identificación y sugerencia de una PP relevante para el aporte de elementos significativos. Se incluyeron datos y testimonios recogidos en actividades comunitarias de las cuales la investigadora participó: dos peñas culturales y una actividad en la plaza en ocasión al día mundial de la salud mental. Se realizó una revisión de documentos producidos por los proyectos.

Para el análisis se realizó, considerando aspectos del método comparativo constante (Sirvent, 2006), un análisis de contenido, produciendo un entrelazamiento de las operaciones de obtención de datos, codificación,

análisis e interpretación de la información y reflexividad a lo largo del proceso. Una vez organizados los datos de las distintas técnicas, se vincularon mediante una triangulación y se realizó una síntesis analítica.

El estudio cumplimentó las consideraciones éticas siendo avalado por el Comité de Bioética y el Comité de Docencia e investigación de la institución. Para todos los procedimientos se siguió un proceso que incluyó la comunicación clara y precisa, una gradual obtención de consentimientos informados y confidencialidad de la información, respetando la privacidad de quienes brindaron testimonios eligiendo otros nombres para su transcripción.

## Desarrollo

Se han recuperado voces vinculadas a espacios artístico-culturales en contextos de salud mental, las cuales ocupan un lugar protagónico en el desarrollo del estudio. Los temas recurrentes fueron organizados en apartados en los cuales se incluyen fragmentos de las entrevistas sostenidas con personas participantes, coordinadoras y referentes afectivos, utilizando transcripciones literales de expresiones recogidas como respuestas a las preguntas planteadas por la investigadora.

### **Propuestas grupales y procesos creadores promovidos en la institución**

El ofrecimiento de propuestas grupales expresivas-artísticas y de producción cultural (talleres, muestras, ferias, fiestas de la primavera, fiesta de fin de año, peñas) está presente en la institución desde su origen, siendo su sistematización escasa. En el periodo estudiado se reconstruyó la existencia de más de 30 propuestas grupales en los ocho equipos institucionales que sostienen prácticas en la interfaz arte y salud.

La oferta de talleres es dinámica, dependiendo de las demandas y la planificación anual de los equipos y sus disponibilidades para la coordinación. La coordinación se da predominante por mujeres, sostenidas desde diversas disciplinas del campo de la salud mental, principalmente por terapia ocupacional, trabajo social y psicología, incluyéndose en ocasiones a artistas quienes pueden acercar saberes técnicos a la actividad.

En relación a las cuatro grupalidades profundizadas, la población usuaria participante fueron personas adultas nacidas en Argentina y que residen principalmente en la ciudad de Paraná. El rango etario se presentó de manera diversa en los grupos. Disponen de ingresos económicos por debajo de la canasta básica (la mayoría

mencionó disponer de pensiones por discapacidad, y una sola persona una jubilación), predominantemente no presentan recursos habitacionales propios, pero si residen en viviendas familiares. En dos de las grupalidades predominó la participación de personas que concurren de manera ambulatoria, en otra principalmente personas internadas (de corta y mediana duración) y en otra ese factor fue variable.

De los cuatro espacios, uno se desarrolla principalmente en espacios culturales comunitarios, y tres en alternancia entre los espacios institucionales y espacios de la comunidad.

En estos espacios, los procesos creadores se observaron intrínsecamente ligados a los procesos grupales, reconociendo la importancia del grupo como potencia para el desarrollo de las experiencias estéticas. Aunque existen variaciones según las grupalidades y actividades estéticas que desarrollan, se observó una estructura común de organización temporal de los espacios, en las que se despliegan fases y transiciones que van desde el momento de llegada hasta la conclusión del encuentro grupal.



### **Vida cotidiana, procesos creadores y experiencias grupales, culturales y comunitarias**

Los temas recurrentes en torno a la pregunta sobre los aportes de estas experiencias, en reconfiguración de los proyectos de la vida cotidiana, fueron ordenados en tres dimensiones coexistentes: estética, socializante y proyectiva.

#### **La dimensión estética**

Las participaciones en espacios grupales de creación fueron significadas como un tiempo diferente en el continuo de la vida cotidiana y de facilitación de un estar diferente en quienes se encontraban transitando internaciones. Referidas como un tiempo de apertura, disfrute, distracción y diversión ligado al juego desde donde irrumpe la producción de aprendizajes en contextos que suponen exigencias diferentes respecto de otros espacios de la vida. En relación a esa temporalidad lúdica y a la posibilidad de invención, una participante dice: “el teatro es una fantasía, un como si, no quiere decir que lo que hagamos acá seamos en la vida cotidiana, está buenísimo darnos los permitidos acá” (Coordinadora). Otro participante menciona respecto del surgimiento de ideas: “poesía exprés [refiriéndose a un segmento radial] la cree en un juego con una com-

pañera a la que le mandaba por WhatsApp 5 palabras, ella hacía una poesía, yo hacía una y después las comparábamos a ver que surgía” (Alberto). Estas vivencias fueron significativamente ubicadas en diversas narrativas, en términos de acceso al derecho a la cultura, al disfrute y a la diversión, tal como expresan los siguientes fragmentos:

Venir rompe con la monotonía de lo cotidiano, me distraigo, me olvido de los problemas. Se habla del derecho al trabajo, educación y salud, pero no del derecho a la diversión. Eso se me ocurrió cuando fuimos a un festival, en ese entonces estaba participando en la radio, estábamos bailando, tomando una cerveza, me divertí mucho, volví con ese jolgorio vivido y pensé que no se habla de ese derecho. (Andrés)

También he visto y escuchado como que la gente más vulnerable no tiene derecho al esparcimiento. (Georgina)

Esto también fue advertido por una referente afectiva participante de un evento cultural, quien ubicó que este derecho, ya sea protagonizándolo o como asistente, es fundamental en los procesos de salud-enfermedad-cuidado, y no siempre tenido en cuenta en relación

a otros derechos que son reclamados. En sus palabras: “siempre ha sido sanador juntarse con otro para reírse, bailar, cantar, pintar, cualquier actividad artística, incluso la escritura, siempre es reconfortante” (Referente afectivo 1).

En relación a los procesos, mencionaron la producción de movilizaciones afectivas y tensiones paradójicas como parte de estas experiencias que interpelan subjetivamente. Estas movilizaciones fueron vinculadas a la alegría, felicidad, sensación de libertad, vitalidad, seguridad, anclaje, pero también a la angustia, miedo, vergüenza, desorientación, frustración, incertidumbre e incomodidad. Algunas narrativas ubicaban este aspecto: “las canciones que traemos nos tienen que interpelar por algo” (Facilitador artista). Esto coincidió con otra referencia respecto a quedarse reflexionando luego de grabar los bloques radiales: “no hay forma que vos escuches un programa de nosotros y no te quedés pensando” (Astor).

En relación a los bloqueos del flujo creativo, algunos participantes mencionaron que “se espera a que pasen. Son momentos en que no podés articular y después se van” (Andrés). Una participante contaba: “hoy es la primera vez que actuó, siempre estuve de espectadora. Y hoy asumí un rol de actuar, me animé” (Paula). Otro

participante también expresó las sensaciones vividas ante una nueva actividad propuesta en el taller y refirió:

El primer día que empezamos con las macetas pintadas no me animaba y después me dije “Si no me largo, no me largo más” y empecé y pinte y pinte y no paré...No quería meter la pata, tenía miedo de que me salga mal. Pero, si no te largas... te da miedo de equivocarte, pintarla mal, después pasa. (Esteban)

En los relatos apareció la grupalidad como el soporte posibilitador para el despliegue de estrategias de afrontamiento ante los bloqueos subjetivos y conflictos internos que desarticulan el proceso y obstaculizan la fluidez del hacer creador, permitiendo su representación simbólica, la disminución de efectos inhibitorios y asumiendo formas expresivas más comprometidas. En este sentido, una participante compartió su experiencia refiriendo que por su sintomatología no estaba pudiendo concluir procesos y le resultaba importante concurrir a los talleres: “Traigo para hacer tejido acá (...) Es como que todo me queda empezado y necesito apoyo para cerrar esos procesos” (Georgina).

En relación a la pregunta sobre el aprendizaje de los recursos técnicos y la apropiación de un lenguaje parti-

cular en la construcción del saber hacer, predominaron tres ideas: la necesidad de continuidad y presencia en el tiempo para la construcción de métodos, la mediación directa con objetos como recursos para la inspiración singular y grupal, y nuevamente, la potencia del encuentro con otros en espacios no convencionales que producen acontecimientos inesperados. En las narrativas expresaron: “ordeno las ideas en cuadernos, numerados, en los que anoto el día y la hora. Fui creando un método” (Héctor); “yo necesito hacerme mi tiempo para escuchar primero la canción. Prefiero hacer silencio” (Andrea), y otro refirió: “es sostener eso, escribir todos los días en un cuadernito para seguir con esa idea. La forma es: la práctica diaria” (Facilitador artista).

En relación a esta construcción sostenida en el tiempo una participante agrega: “a veces traemos canciones nuevas que las conocen uno o dos (...) y a medida que la vamos practicando vamos entrando en la canción” (Concurrente). Respecto de estos espacios, un participante argumentó: “es fuera de lo convencional, porque normalmente se ubica a la escuela como único lugar de aprendizaje, pero en la calle y de los otros se puede aprender. De todos se aprende” (Alberto). Otra compañera agregó: “el de acá no es un aprendizaje estructurado, sino desde otra forma, quizás estructura, pero distinta” (Valeria).

En relación a lo inesperado ligado a la potencia grupal, una participante ubicó que más allá de la creatividad y el tiempo personal de dedicación y producción previa de cada uno para la puesta posterior en la grupalidad -que suele ser un punto álgido en esa grupalidad, en ocasiones generando malestar-, siempre sucede que termina generándose una interesante producción colectiva. En sus palabras: “esto que tenemos poco material y termina siendo un programa de 2 horas re nutrido, no es que son dos horas que hablamos y divagamos, sino que se va generando una producción colectiva” (Coordinadora). Esto surgió también en otro espacio grupal en el que una participante, mencionando el proceso creativo de uno de sus integrantes, comentó: “él trae una canción y cuando la cantamos entre todos, con los arreglos del profe, la canción se transforma un poquito y va encontrando otras formas. Ahí está bueno lo que pasa grupalmente” (Coordinadora)

La creación fue referida como una experiencia a descubrir y construir desde el propio cuerpo y con sus tiempos singulares. Esto, más que ser entendido como algo “dado”, estuvo ligado a las coordenadas de existencia, a las posibilidades de participación y a la voluntad de expresión. Tres sentidos que configuran los alcances de los espacios y desplazan sentidos ligados a la profesionalización o el estatuto de consagración de artistas

extensamente arraigados. Una participante refirió que todos tenemos capacidades para la creación, sólo que no contamos con las mismas oportunidades propicias para descubrirlas. En este sentido, dice que “no todos pueden vivir en un buen ambiente y sucede que el alma, el cuerpo y la vida se va contaminando y hace que uno no se pueda desarrollar, ni siquiera descubrir. Hay gente que no sabe de lo que es capaz, ni sabe lo que le gusta” (Georgina).

En relación a los tiempos singulares, se mencionó una estrategia de uno de los espacios para facilitar la participación: “instauramos la figura del espectador, como un rol muy importante en el espacio. Quien dice venir a espectar generalmente después termina actuando también” (Coordinadora).

En relación a los alcances, una participante refiere que al espacio no concurren para volverse profesionales en el lenguaje artístico. Decía: “¿Cualquiera puede hacer una canción? Sí y no. También hemos hablado del virtuosismo de algunos músicos. Hay quienes hacen composiciones complejas, con muchos recursos a la hora de escribir” (Coordinadora). Resulta elocuente la observación siguiente que resitúa el valor del arte en comunidad en términos de búsquedas y alcances:

El arte en comunidad (...) traslada y desaparece esa idea del artista genio o ser espacial, para desplazar a otros sentidos y poder estar orgullosos de lo que hacemos: mover el cuerpo, soltar la voz, hacer una pincelada, dibujar y sobre todo en comunidad, porque el arte en soledad también tendrá su camino, podrá ser sanador, pero en comunidad tiene otros sentidos. (Referente afectivo 1)

De esta manera, las experiencias estéticas se presentaron como aquellas que irrumpen y se estructuran en un terreno de combinación entre técnica y juego, regla y casualidad, lo dado e inesperado, posibilitando la construcción de métodos propios y de encuadres colectivos.

### **La dimensión social-socializante**

Los espacios fueron mencionados como lugares de cuidado y pertenencia que posibilitan acercamientos seguros, afectuosos, solidarios, de aprendizaje y contención. Un participante refiere: “estamos con las personas que queremos estar, nos tratamos bien, vamos aprendiendo con quienes charlamos, con quienes nos sentimos libres de algún modo” (Alberto).

Otras participantes, compartiendo lo anterior, ubicaron la solidaridad y el afecto recíproco como una necesidad de recibir/dar contención compartida entre quienes concurren a los espacios:

Me gusta eso de poder ayudarnos unos a los otros, poder decir: “¿cómo estás?”, “¿a ver qué producción estás haciendo?”, pasar el tiempo, hacer, yo le muestro lo mío, ella lo de ella. (...) El primer trabajo que hice se lo regalé a una señora que también necesita ayuda y la ayudó para que ella sepa que la vida sigue y que hay cosas hermosas que se pueden hacer para sobrevivir. Le gustó muchísimo. (Vanina)

Venir acá es como un respiro. Encontrar gente que no te va a juzgar, te van a tratar con afecto, te van a contener y te van a ayudar a desarrollarte (...) Necesito estar con gente que crea más en lo que yo creo, esto del altruismo. Volver a conectarme con gente así para sentirme realizada, viva, feliz... Gracias a toda la gente que conocí pude dar un vuelco en mi vida. (Georgina)

También fueron referidos como lugares que permiten un distanciamiento crítico respecto de otros vínculos de lo cotidiano (la casa, la familia, los contratiempos

del día), permitiendo la transmutación colectiva de las intensidades vivenciadas. Un participante en ese sentido, comparó el espacio de taller con las estructuras y dinámicas presentes en su casa, las cuales parecieran imposibles de deshacer y dijo “si comparo esto con la casa (...) este es un espacio liberador, salvador, de compartir” (Alberto). Otra participante ubicó la posibilidad que se da en los espacios de transmutar las intensidades vivenciadas por cada persona que llega a la grupalidad. Al respecto, refería lo siguiente: “puedo estar muy cansada o haber tenido un día muy de mierda y pensar cómo voy a prestar energía que es una de mis funciones... Y pasa que eso se transforma y me voy con otra energía. Hay algo transformador en el encontrarnos. Tiene eso de mutar energías” (Coordinadora).

Se observó que la posibilidad de testimoniar otros procesos y sentidos en el encuentro entre mundos simbólicos, intereses y haceres singulares, produce una sinergia desencadenadora en las que confluyen la creación singular, grupal y colectiva. Un participante comparte su registro sobre el hacer de otro compañero: “me gusta como presenta él [el programa], lo que dice, es como un abrazo simbólico de bienvenida” (Andrés). Otro participante comparte cómo se ve afectada su producción singular en relación a la construcción grupal y con el afuera: “podría bajar un montón de información,

pero me parece que por los tiempos radiales y la dinámica de compensar con todes, trato de hacer un lenguaje que podamos entender todes y la gente que esté escuchando se quede con algo para reflexionar” (Astor). Este registro de nuevas miradas y sentidos va produciendo una sinergia desencadenadora de experiencias a través de la instalación de procesos democráticos de acceso. Una observación alumbra lo dicho produciendo una resignificación de las barreras:

Nos encontramos en el espacio habitual (segundo piso). Una de las coordinadoras comparte que hay dificultades en relación al espacio físico ya que no anda el ascensor y viene una persona que se desplaza en silla de ruedas. Se dialoga. El grupo resuelve desplazarse, mover todo lo necesario a planta baja para esperarlo. (Libro de campo, 2023)

Estas experiencias fueron vinculadas con la revalorización del patrimonio cultural y la restitución de ritos que supone complejas elaboraciones de carácter simbólico: reconocimiento, afirmación, resignificación de vínculos intergeneracionales, reconstrucción de realidades. Una participante vinculó un evento cultural al que asistió -gestionado por uno de los espacios grupales- a la noción de fiesta como expresión mestiza, efímera y profunda de celebración presente en todas las

comunidades y cuyo un potencial de felicidad incide a mediano y largo plazo. Ubicó el sentido de hermandad e igualdad como virtudes presentes en ese estar en un mismo espacio de celebración. La fiesta también fue ubicada como un momento de cierre de todo un proceso previo que permite llegar allí: “todo requiere organización, administración, gestión cuando nos predisponemos a una actividad celebratoria. Eso implica un proceso que se corona con la fiesta”. Asimismo, expresó respecto de la potencia comunicativa en la que se entrelazan discursos diversos: “palabras, música, la risa que me parece fundamental. Ese aspecto gozoso que tiene la fiesta y el arte comunitario o vivido en comunidad. Estábamos todos mezclados en una instancia que nos hacía bien a todos” (Referente afectivo 1).

Por último, se ubicó que los efectos transformadores no sólo propician reconocimiento e identidad en quienes portan la autoría de lo creado, sino que tienen un alcance mayor, provocando una multiplicación social que permite conmovir representaciones e imaginarios sociales cuando se presentan en espacios comunitarios. Respecto de estos espacios de integración de salud y cultura, una referente mencionaba, en relación al evento cultural al que había asistido: “fue un placer estar ahí, una caricia. En un marco de encuentro familiar, entre pares, amigos. La red afectiva está muy presente en ese

espacio. Así lo sentí en carne propia, muy disfrutable” (Referente afectivo 2). En el mismo sentido, otra persona dijo: “pienso que esos encuentros son sanadores para todos, no solo para las personas con padecimiento o vulneradas en algún sentido” (Referente afectivo 1).

### **La dimensión proyectiva de las experiencias estéticas y culturales**

Se observó que la participación en experiencias grupales facilita la emergencia de recuerdos, abriendo procesos proyectivos de elaboración y reparación simbólica a partir de la construcción de memorias personales y colectivas. Una participante compartió diversas escenas que vinculan lo creado por personas del taller a experiencias vitales:

En el taller de fotografía, una imagen sacada después quizás se asociaba al tiempo largo de una internación, a esa experiencia vital (...) Evelin hace composiciones a su mamá. Martín, vos traes el vínculo de pareja, y así. Vos Andrés, cuando traes tus composiciones en las que evocas a tu primer amor y esa historia. Andrea, vos cuando traes tu experiencia en otros espacios. Nos vamos trayendo con nuestras historias de vida, con nuestros atravesamientos. No sólo con

lo que nos pesa, también con lo lindo. (Coordinadora en diálogo con usuarias y usuarios)

Una participante rememora su experiencia en una internación, produciendo un distanciamiento crítico que le posibilita, en una transmisión socializada, ubicar contrapuntos, situando diversas escenas de prácticas desubjetivantes vividas en la institución y la posibilidad de concurrir a espacios del hacer como efecto subjetivante. En sus palabras:

A las 8 nos despertaban y desde la recepción a los gritos te iba llamando por apellido, tenías que hacer cola y te daban remedio molido en la boca. ¿Sabes cómo me sentí yo? es mi experiencia ¿no? como las vacas cuando las ponen en fila para meterlas en la manada, los peones les van gritando para que suban y a veces las empujan con un palo. Es como que hay una despersonalización. Quería guardar mis cosas y no había lugar. Las metieron en un lugar con llave y cada vez que quería algo, tenía que molestar, por ahí estaban ocupados. Le dije al psiquiatra que quería un lugar donde guardar mis cosas, mi ropa y me dijo “usted pide mucho, mucho lujo”. No es lujo, es algo básico. (...) Yo cuidaba mi ropa, quería ponerme lo mío, no cualquier cosa. Por otro lado,

vi que venía un grupo y se llevaban a las mujeres. Pregunté y me dijeron que eran las TO. Dije que quería aprender a hacer cajitas para guardar los escarpines que tejía y poder venderlos. Ahí empecé a ir. Después dejé de estar internada y ella me dijo que podía seguir yendo. Agradezco esa receptividad de parte de la terapeuta. Ella me enseñó a hacerlas, me dio el cartón, tengo los moldes para hacerlas, a hacer presupuestos. Hasta el día de hoy hago esa cajita. (Georgina)

Se observó en las participaciones grupales la habitación de procesos en los que se ponen a trabajar las jerarquías, los roles y las funciones. En una de las dinámicas del taller de teatro la facilitadora propuso la conformación de duplas para dramatizar una entrevista de salud. Una persona representaba al profesional y la otra a quien asiste a la consulta. En la dinámica no había guión, el contenido (conflicto a resolver) y el tiempo de duración no estaba prefijado. En la representación libre los elementos iban apareciendo intuitivamente. Un fragmento observado alumbra lo antedicho:

La participante que dramatiza el rol profesional repentinamente cambia de lugar las sillas y dice: “mejor te pongo esta que es más fea y me agarro esa linda, porque me toca hacer de profesional y

ellos siempre tienen la mejor silla”. El grupo se ríe. Vi en ella y en ese pequeño gesto de complacencia y transgresión una actitud crítica que puede -en el juego y la humorada- denunciar vivencias hostiles, de las típicas relaciones jerárquicas de poder de la institución, acontecidas en su proceso de internación. (Libro de campo, 2023)

En estos fragmentos se refleja que el trabajo proyectivo pareciera facilitar procesos de resistencia y distanciamiento de las lógicas individualistas, totalizantes y despersonalizadoras.

El hacer creador fue significado como lugar de multiplicación de los puntos de referencias, de apaciguamiento para el sufrimiento y de nuevas maneras de relación con la propia biografía. En numerosos relatos este hacer fue ligado a los procesos de recuperación y alivio de los padecimientos subjetivos. Un participante refirió que el arte lo transformó y que en sus composiciones encontró alivio a la ansiedad, al desasosiego. Dijo: “descubrí mi sensibilidad tocando el piano. Antes tenía el cinismo y me costaba socializar... Crear da lugar al deseo de expresar” (Andrés). Otra persona relató su padecimiento y que al encontrarse con un espacio de seguridad pudo comenzar a superar sus dificultades:



No podía salir de mi casa y al único lugar que podía salir era al taller. Al principio venía una hora y media, que era lo máximo que mi cerebro podía estar afuera de mi casa, y después ya sumé un segundo día de salir. No salía ni a la esquina o salvo con amigos muy cercanos que sabían lo que me pasaba y sabían socorrer esas situaciones. Pero es un espacio de tranquilidad. Siento que, si pasa algo, acá hay otra contención, lo vamos a solucionar, no es tan grave porque estamos para sostenernos. (Ástor)

También se recuperó la transformación de lo ordinario en lo extraordinario, ubicando la creatividad como una actitud que nos posiciona en el mundo y abre posibilidades en distintas actividades y escenarios de la vida cotidiana. Así lo afirma una participante respecto de otras actividades que realiza: “cocinar, también es un lugar de creatividad y también tengo que estar ahí para que suceda la magia... Embellece la existencia” (Coordinadora). Se reveló como “un esfuerzo que vale la pena. Enriquece a quien crea, lo que sea, una comida, una canción, un poema” (Facilitador artista).

Se recuperaron sentidos que revalorizaron las experiencias estéticas, como posible actividad laboral, afirmando otros terrenos de derecho y subjetividad, ligada

a las ocupaciones laborales, los entramados colaborativos y autogestivos para la materialización de deseos compartidos. Así, una participante comentó que le gustaba el comercio y había pensado un nombre que fuera marca para sus producciones de taller. Al respecto de esta posibilidad refirió:

Estaría bueno vender, para sustentar nuestras compras y no siempre depender del taller, porque también hay que gestionar nuestros propios trabajos, medios. No toda la vida vamos a estar con las chicas [señala a las coordinadoras], tenemos que largarnos solos y agradecer que tenemos recursos. (Vanina)

Me interesa, poder estar ocupada y tener un rédito económico. (...) Para mi recuperación es muy importante esto, reintegrarme a la vida social, laboral, cultural y esto puede ser una llave. (Georgina)

En cuanto a la pregunta respecto de la circulación social de lo producido y las proyecciones a partir del acceso, apropiación y movimiento de los bienes culturales, refirieron una ampliación de territorios, repertorios y desplazamientos por fuera de los conocidos. Un participante comenta que desde que concurre al

espacio amplificó los gustos musicales y fue invitado a una institución a dar una charla sobre su producción -a partir de intereses, que en otro momento de su historia personal causaron exclusión-, y que por ello el espacio “es un cable a tierra, es oxígeno, me da felicidad. Me gusta expandir mis conocimientos, transmitir, compartir” (Héctor). Resultó interesante la puntualización que realiza otra participante: “me hace pensar que me ayudó a ampliar los territorios mentales. En general siempre estaba pensando lo mismo, y el hecho de venir acá me hizo pensar en otras cosas, a eso me refiero con ampliar los territorios. Abrir el espectro y pensar en otras cosas” (Evelin). Otra persona insistió en la misma idea: “venir crea imágenes en la mente y te hace inventar” (Javier).

Esta diversificación también fue relacionada a las accesibilidades materiales y vinculares que ofrecen determinados espacios físicos. En ese sentido, una participante historizó sobre las etapas e intercambios que el taller tuvo en función de sus diversos emplazamientos, ubicando, las posibilidades de formalización de conocimientos y recursos técnicos ligados a la academia cuando la radio fue emplazada en la universidad y la promoción de actividades culturales que comenzaron a darse en la asociación civil y en el centro cultural provincial en donde se emplazan en el momento del estudio. De este modo, los espacios posibilitan diversas accesibili-

dades tanto a recursos materiales como vinculares. Al respecto dice que:

Pensar en una radio comunitaria, o una radio universitaria, nos abrió distintas posibilidades (...) Acá en la casa de la cultura te permite disponer de otras cosas. Salimos un jueves y hay algo cultural ahí afuera y ya nos quedamos (...) gente con la que podemos laburar y articular. Acá hemos podido gestionar proyectos de líneas de cultura que quizás en el ámbito de la salud ni sabíamos que existían. Acá ha sido más accesible. (Coordinadora)

### Conclusiones

Analizando el proceso de investigación se concluye en que los objetivos han sido alcanzados. La orientación elegida resultó oportuna para conocer en profundidad las propuestas grupales, siendo una fortaleza la posibilidad de flexibilizar el proceso en función de los tiempos grupales en el sentido de habilitar espacios propicios para los intercambios colaborativos. La diversidad de técnicas empleadas también se considera un punto fuerte de la metodología construida, lo cual posibilitó disponer de una diversidad de elementos para su análisis.

Debido a que, tal como propone el entramado de nociones teóricas de las perspectivas de la estética de lo cotidiano, el foco estuvo centrado en la potencia del acontecimiento de lo bello en las experiencias cotidianas, las reflexiones posibilitadas han girado predominantemente sobre preguntas que relacionan el arte, la sensibilidad, la belleza y la vida cotidiana, pudiendo encontrar entrecruzamientos más allá de lo que se asume como hecho artístico según la cultura occidental que marca lo que es y no es arte.

El estudio posibilitó conocer experiencias grupales vinculadas al hacer creador con una amplia trayectoria en la institución. Estas experiencias comparten una cosmovisión en la instalación y fortalecimiento de procesos de socialización de la cultura, con tendencia a la apropiación de espacios comunitarios. Influenciadas por las reformas y los reposicionamientos de las disciplinas del campo de la salud han ido ensayando formas de transformación: por un lado, repensando los tratamientos tradicionales desde una perspectiva de producción de salud/vida en articulación con el arte, la cultura y lo cotidiano; y por otro lado, produciendo un corrimiento de los reduccionismos que histórica y sistemáticamente han limitado lo estético a ser un medio o recurso con exclusivos fines terapéuticos.

Las tres dimensiones encontradas que vinculan los procesos creadores y la vida cotidiana (la dimensión estética, socializante y proyectiva) ubican a las propuestas grupales artísticas-culturales como prácticas de promoción del lazo social. Insertas en una estructura temporal que las enlaza, la trama grupal ofrece condiciones para el desarrollo de la creatividad, brindando contención y soporte para la exploración en la creación de imágenes; ya sean visuales, literarias, coreográficas, representativas, musicales. En ese sentido, las propuestas estructuran oportunidades de acceso a la cultura, abriendo una producción de conocimiento comprometido con la vida cotidiana.

Sin embargo, en relación a la circulación social de lo producido, se evidenciaron diferencias importantes en términos de repertorio e itinerarios, quedando circunscripta a la comunidad hospitalaria o a espacios liminales. Tal como plantean Liberman y Maximino (2016), circular por espacios de actividad, arte y cultura no garantiza la accesibilidad a una experiencia estética, ni tampoco su circulación. De este modo, se vuelve un desafío la instalación de políticas orientadas a la fabricación de estos accesos procurando una mayor y diversa circulación, tendiendo puentes en la restitución del tejido social.

Los resultados concuerdan con los desarrollos teóricos que concluyen en que la creación colectiva abre posibilidades de abordar la realidad de modos más complejos, construyendo futuros posibles, conformando lazos solidarios, comprometidos y transformadores de la propia realidad a través del arte, encontrando estas matrices un traslado a otros ámbitos de la vida (Bang, 2019).

El estudio permitió dar cuenta principalmente de los procesos en los contextos grupales institucionales y en instancias culturales producidas en la comunidad encontrando limitaciones para que las personas pudieran profundizar en sus experiencias estéticas en otros contextos.

Se espera profundizar en futuros estudios las experiencias y trayectorias estéticas (no exclusivamente a la luz del campo artístico) presentes en la vida cotidiana partiendo de escenarios no institucionales o terapéuticos, para desde allí identificar espacios, objetos, desplazamientos urbanos, prácticas y experiencias, en las que se producen cualidades o relaciones estéticas operadas en y por las personas.

Conocer y comprender el cotidiano desde contextos reales de vida podría posibilitar una visibilización ma-

yor de toda la red de conexiones que la producen en sus múltiples procesos relacionales.

Para concluir, se pone relevancia en la posibilidad de recuperar y socializar voces que son una usina de conocimiento situado sobre nuestra cultura y las experiencias vitales de colectivos sociales históricamente apartados, fortaleciendo así las bases de estudios comprometidos con la construcción de memorias que reivindicuen todas las experiencias que forman nuestra historia.

### Bibliografía

Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Topia.

Amarante, P., Freitas, F., Pande, M. y Nabuco, E. (2013). El campo artístico-cultural en la reforma psiquiátrica brasileña: el paradigma identitario del reconocimiento. *Salud Colectiva*, 9(3), pp. 87-299.

Bang, C. (2019). Teatro liminal y salud mental comunitaria: La potencia de su articulación en prácticas comunitarias de transformación social. En *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de*

*Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.* <https://www.aacademica.org/000-111/919>

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

Galheigo, S.M. (2003). O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 14, n. 3, p. 104-9, set./dez.

Gómez, N. (2020). *Las grietas del muro. Procesos de subjetivación adentro y afuera de un hospital monovalente. Una arqueología de las voces de "los otros" que están "adentro"*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Quilmes.

Gómez, N y Sava, A. (2020). Red argentina de arte y salud mental: "una puerta a la libertad". Procesos históricos, transformaciones y sentidos desde los aportes de la arqueología y reflexividad crítica. *Salud mental y comunidad*, (9), pp. 51-66.

Kantor, D. (2008). "Puntuaciones sobre consumos y producciones culturales en adolescentes y jóvenes". En

*Variaciones para educar adolescentes y jóvenes*. 1ra ed. Del estante editorial. pp.33-63

Liberman, F. y Maximino, V. (2016). Acessibilidade e experiência estética: um trabalho com mulheres em situação de vulnerabilidade. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, 24(1), pp. 139-146, 2016 <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0671>

Lugano, C. (2002.) El concepto de vida cotidiana en la intervención del Trabajo Social. *MARGEN*, (24). Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen24/cotidia.html>

Marin, M.F. (2020). Experiencia estética y salud mental: un escenario para la transformación individual y colectiva. Facultad de artes. Universidad Nacional de La Plata. Tesis de grado. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/122392>

Milhomens, A. E. y Lima, E.M.F.A. (2014). Recepção estética de apresentações teatrais com atores com história de sofrimento psíquico. *Interface*, 18(49), pp. 377-88.

Munari, B. (1972). *El arte como oficio*. Editorial Gustavo Gili.

Rolnik, S. (2001). ¿El arte cura?. En *Quaderns portàtils*. MACBA. Disponible en: <https://www.macba.cat/es/aprender-investigar/publicaciones/arte-cura>

Soto, M. (2009). Estéticas de la vida cotidiana. *Figuraciones*. *Revista de teoría y crítica de arte*, (6), pp. 9-12.

Uribe Fernández, M. L. (2014). La vida cotidiana como espacio de construcción social. *Procesos Históricos*. *Revista de historia, arte y ciencias sociales* (25), pp. 100-113.

#### Notas

1. En América latina, Brasil presenta un desarrollo científico importante sobre la temática, destacándose los estudios de investigadoras de la Universidad de San Pablo (Freire de Araujo Lima, Liberman, Santalucia Maximino, Costa Galvanese, entre otras, que desde el año 2006 investigan en torno a la temática).

2. Esto toma diversos alcances: a nivel institucional, en lo que respecta a las evoluciones en historias clínicas y a nivel más general, encontrando una escasez de producciones científicas publicadas en el país -siendo nulas en la provincia. En palabras de Addisi, “esta falta de registro puede derivar en una lamentable pérdida

de información, puesto que durante los talleres surgen experiencias, hábitos, costumbres, sensaciones, sentimientos, opiniones, creencias, temores, deseos” (2021, p. 17) fundamentales de los procesos subjetivos.

3. Un ejemplo de esto es la histórica dificultad para que las prácticas grupales se inscriban seriamente en las estadísticas realizadas por el Ministerio de Salud.



# Derivas regionales de la crisis de la psicología social. La subjetividad en clave histórica y social desde los aportes de la psicología de la liberación y de la psicología comunitaria

**MARTÍN, Santiago Andrés.**

Psicólogo. Becario doctoral de Conicet en el Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales (INCIHUSA) de Mendoza. Docente en la cátedra de Salud Mental Comunitaria de la Universidad de Mendoza. Estudiante del doctorado en Psicología de la Universidad Nacional de San Luis.

Contacto: [santiagoamartin1@gmail.com](mailto:santiagoamartin1@gmail.com)

**Recibido:** 15/03/24; **Aceptado:** 09/10/24

**Cómo citar:** Martín, S. (2024). Derivas regionales de la crisis de la psicología social. La subjetividad en clave histórica y social desde los aportes de la psicología de la liberación y de la psicología comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 71-86

**Resumen**

El artículo atiende a la crisis de la psicología social de mediados de siglo XX como un momento nodal para el desarrollo de elaboraciones regionales en la materia. Se considera que estas representan esfuerzos significativos para replantear las claves epistemológicas y los horizontes políticos de la psicología social. El artículo tiene como objetivo identificar, en la psicología de la liberación y en la psicología comunitaria, conceptos pertinentes para la construcción de una perspectiva psicosocial de trabajo en salud mental comunitaria. Específicamente, se trabaja, en un tono ensayístico, la idea de que la psicología de la liberación ofrece un horizonte de sentido signado por el carácter político de la intervención a través de la consigna de *escribir la propia historia*. Por su parte, la psicología comunitaria brinda



una herramienta conceptual importante para disolver la división individuo-sociedad, como es la categoría de *procesos psicosociales*. Ambos conceptos abren el ejercicio de la crítica a la hora de repensar la intervención en salud mental comunitaria sobre escenarios sociales convulsionados. En conjunto, estas derivas latinoamericanas de la crisis de la psicología social contribuyeron a la construcción de una perspectiva psicosocial que hoy resulta valiosa para el análisis de la subjetividad desde un punto de vista histórico y social.

**Palabras Clave:** psicología social - Latinoamérica - liberación - subjetividad

**Regional derivations of the crisis of social psychology. Subjectivity in a historical and social key from the contributions of liberation psychology and community psychology**

**Abstract**

The article addresses the mid-twentieth century crisis in social psychology as a pivotal moment for the development of regional elaborations in the field. These elaborations are considered significant efforts to rethink the epistemological foundations and political horizons of social psychology. The article aims to identify relevant concepts from liberation psychology and

community psychology for constructing a psychosocial perspective on community mental health work. Specifically, the essay explores the idea that liberation psychology offers a meaningful horizon characterized by the political nature of intervention through the call to *write one's own history*. Meanwhile, community psychology provides an important conceptual tool to dissolve the individual-society division, namely the category of *psychosocial processes*. Both concepts open the space for critical reflection when rethinking intervention in community mental health within turbulent social contexts. Together, these Latin American responses to the crisis in social psychology contributed to the construction of a psychosocial perspective that is valuable today for analyzing subjectivity from a historical and social standpoint.

**Key Words:** social psychology - Latin America - liberation - subjectivity

**Introducción**

La inquietud por lo social ha tenido una impronta considerable en el emplazamiento de la psicología como ciencia, incluso desde sus cimientos decimonónicos. La emergencia de una psicología social evidenció, temprano, la necesidad de un tratamiento específico,



por parte de la psicología, de las relaciones sociales en las sociedades contemporáneas. Sin embargo, hacia los años '70 del siglo XX, el carácter subjetivista que tuvo la psicología social dominante durante la primera mitad del siglo derivó en una generalizada "crisis de confianza". Esta crisis se expresó en la proliferación de distintas elaboraciones críticas que buscaron construir vías alternativas de comprensión y abordaje de lo psíquico-mental en clave social.

En América Latina se abrió un abanico amplio de posibilidades para tratar el asunto. En este marco, Latinoamérica representa, antes que una localización geográfica, un lugar de enunciación en el que nos colocamos a la hora de dar una mirada y ofrecer una lectura sobre la realidad sociohistórica que nos ocupa. Asumir la particularidad de Latinoamérica como una realidad diferencial respecto a la de otras latitudes hace patente la convicción sobre la posibilidad de pensar a partir de una realidad situada (Magallón Anaya, 2014).

Entre las derivas regionales de la crisis de la psicología social interesa destacar aquí los casos de la psicología de la liberación y de la psicología comunitaria. La intención de este artículo es identificar aportes de cada una de estas tradiciones de pensamiento para construir una perspectiva psicosocial de trabajo en salud mental

comunitaria, y, por lo tanto, para pensar el carácter crítico del rol profesional.

Este escrito es producto parcial de una reflexión en curso sobre las posibilidades de una perspectiva crítica latinoamericana en psicología social, frente a la insistente proliferación de perspectivas individuales y restrictivas en el campo de la salud mental comunitaria (Saforcada, 2010; Morales Calatayud, 1997). Si bien la idea que brega por comprender la salud mental sujeta a una serie de determinaciones sociales goza de consenso en las ciencias sociales de carácter crítico, circulan con fuerza perspectivas que la circunscriben a parámetros biológicos o psicológicos individuales, contribuyendo a privatizar problemas de orden sociopolítico (Capella, 2023).

Por el contrario, la psicología comunitaria y la psicología de la liberación comparten un espíritu crítico que guarda potencia para posicionar la salud mental como expresión de determinaciones sociales que se juegan en distintas escalas y dimensiones de una realidad asumida en términos sociohistóricos. A diferencia de una concepción individual del psiquismo, que la psicología suele abstraer de la sociedad, los estudios psicosociales se afirman en el reconocimiento del "vínculo interno fundamental por el que lo psíquico y lo

social existen y se constituyen lo uno en relación con lo otro” (Pavón-Cuellar y Orozco Guzmán, 2017, p. 141). En esa dirección, y de acuerdo con Solíz Torres, et al. (2019), “no podemos hablar de una dimensión psico-sino de una dimensión psicosocial, en tanto reconocemos y reivindicamos la subsunción de lo psicológico en lo social” (p. 43).

El artículo busca ser un itinerario posible de trabajo antes que una conclusión cerrada y espera contribuir al fortalecimiento de perspectivas atentas a los procesos políticos y económicos regionales en el estudio de la salud mental comunitaria. La inquietud que nos anima puede sintetizarse en el reconocido enunciado de Ignacio Martín-Baró sobre las preguntas que debe realizarse la psicología social:

No tanto deben centrarse en el dónde, sino en el *desde quién*; no tanto en cómo se está realizando algo, cuando *en beneficio de quién*, y por consiguiente, no tanto en el tipo de actividad que se practica (clínica, escolar, industrial, comunitaria, u otra), cuanto en *cuáles son las consecuencias históricas concretas* que esa actividad está produciendo. (Martín-Baró, 1998, p. 175)

El recorte realizado en este trabajo sugiere que, en el marco de la crisis de la psicología social, la psicología comunitaria ofreció la posibilidad de construir un objeto de trabajo que disolvía la dicotomía individuo-sociedad. Nos referimos a los *procesos psicosociales*. Por su parte, la psicología de la liberación diseñó un horizonte de sentido signado por el carácter político de la intervención. Se trata de la consigna de *escribir la propia historia*. Ambos conceptos son considerados, aquí, como herramientas que hacen visible el carácter situado, social e histórico de la configuración de la subjetividad en orden a hacer frente a la multiplicación de perspectivas individuales y restrictivas en salud mental comunitaria.

Con esta idea podemos destacar que los procesos psicológicos no se circunscriben a la individualidad intrapsíquica, sino que se constituyen, organizan y despliegan en el marco de complejas relaciones sociales de distinta jerarquía. La subjetividad se produce simultáneamente en las personas y en lo social a través de las dinámicas que imbrican la biografía con la historia o, en otras palabras, “no hay subjetividad sin la instancia histórico-social y cultural en que tiene lugar la vida, anudada en complejas redes de lazos sociales” (Ussher, 2018, p. 898).

### **Un marco epocal para la crisis de la psicología social**

En el marco de la incipiente psicología social de principios del siglo XX, la relación entre individuo y sociedad fue tematizada como un nudo problemático central. El tratamiento de este asunto tomó, más tarde, durante la consolidación e institucionalización disciplinar en Estados Unidos, la forma paradigmática de una exploración por la manera en que pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas resultan influidos por otras personas (Ibáñez Gracia, 1990).

En efecto, la definición por antonomasia de la psicología social norteamericana de mediados del siglo pasado la posiciona como una disciplina que busca “comprender y explicar cómo el pensamiento, el sentimiento y la conducta de las personas individuales resultan influidos por la presencia real, imaginada o implícita de otras personas” (Morales et al., 2007, p. 6). Esta definición, al hacer énfasis en la relación de la persona con su entorno social, permitía afirmar que los procesos psicológicos no tienen lugar en un vacío social, ya que siempre hay otras personas de referencia, presentes de manera física, imaginada o implícita (Morales et al., 2007).

Sin embargo, incurre en algunas dificultades ya que se ancla en un supuesto epistemológico fundamental por el que se asume la existencia de niveles analíticos relativamente autónomos para comprender el comportamiento: el individuo con su psique, por un lado; y la sociedad con su cultura, por otro (Crespo Suárez, 1995). Si bien “se trata de objetos construidos analíticamente y no de realidades materialmente delimitadas” (p. 19), al interpretar individuo y sociedad como realidades opuestas e independientes, se asume que a las reflexiones sobre lo social no le caben inquietudes por lo psicológico, y entonces lo psicológico sería exclusivo del individuo.

Por esta vía la psicología social norteamericana profundizó cada vez más un sesgo subjetivista, que soslaya consideraciones sobre las determinaciones socioeconómicas y políticas más amplias. Lejos de contribuir, entonces, a la transformación social, se puso al servicio de una enorme maquinaria destinada a apuntalar el orden capitalista.

Aunque el proyecto moderno de la ilustración posicionó las categorías de individuo y sociedad como pilares de las ciencias humanas y sociales, distintas corrientes en psicología social evidencian límites a la hora de articular pares que se han imaginado pertenecientes

a áreas de existencia diferentes y separadas (Fernández, 1997). En ese contexto, “la psicología social queda presa de una dicotomía entre lo individual y lo social –lo psico y lo socio– que acarrea una especie de esquizofrenia incapaz de integrar en un objeto de estudio claro” (Greco Díaz, 2005, p. 351). Así es que apenas pasada la mitad del siglo XX una contundente crisis de la psicología social advino a lo largo del continente.

Es insoslayable, para la comprensión de tal crisis en clave histórica, hacer mención al contexto social y político de la época. Es que entre los años ‘70 y ‘80 advertimos un clima de época ligado a una expectativa revolucionaria de parte de una pluralidad de sujetos políticos, propia de los llamados “largos sesenta” (Zolov, 2014). En el caso de América Latina, tales expectativas se hacían cuerpo en militantes de diversas agrupaciones y también se expresaban a través de contundentes discusiones en los ámbitos académicos, que imprimían una valorización política y un sentido revolucionario a sus reflexiones (Gilman, 2003).

Al calor de álgidas movilizaciones sociales, un panorama económico acuciante y un escenario político convulsionado, emergieron de manera prolífica teorías que expresaban una conciencia social clara por parte de intelectuales que adscribían a distintas disciplinas. En el

caso de la psicología, el panorama económico y político introducía el desafío de atender y dar respuesta a una realidad socialmente apremiante que escapaba por mucho a los esquemas interpretativos derivados de perspectivas centradas en la individualidad intrapsíquica.

En ese marco, se multiplicaron las posibilidades de crítica hacia una psicología social enquistada. Para Ibáñez Gracia (1990), la crisis de la psicología social puso en cuestión la relevancia de las investigaciones, su sesgo individualista y los parámetros técnicos y éticos. A modo de síntesis podemos decir que “lo que se empieza a cuestionar es, efectivamente, los fundamentos mismos de la disciplina tal y como ha quedado constituida a través de sus orientaciones dominantes” (p. 138).

En efecto, gran parte de las características de la psicología social instituida “recibían su legitimación a partir de unos supuestos epistemológicos que perdieron su credibilidad en los años setenta” (Ibáñez Gracia, 1990, p. 144). A propósito, Greco Díaz considera (2005) que “en la fase crítica se realiza un cuestionamiento de la teoría, meta teoría y metodología del paradigma o núcleo de inteligibilidad dominante; en este caso, el positivismo empiricista característico de la psicología social ‘oficial’ de antes de la crisis” (p. 349).

Además, Greco Díaz advierte (2005) el problema de un “encapsulamiento disciplinar” por el que “la psicología social no integra las aportaciones provenientes de ciencias como la economía, la antropología o la sociología, a la vez que se incrementa la distancia entre una psicología social individual y otra más de corte sociológico” (p. 350). Ciertamente, “por el peso de la psicología dominante alejada del contexto de desarrollo de las ciencias sociales su redefinición no fue hecha dentro de la psicología social” (Jiménez-Domínguez, 2004, p. 137), sino a través de las discusiones propias de la sociología militante, las teorías de la dependencia, la filosofía de la liberación y la pedagogía del oprimido.

Las referencias regionales en boga en ámbitos de las humanidades y las ciencias sociales contribuyeron a la indagación de la subjetividad desde perspectivas críticas, que contribuyeron a volver la subjetividad un campo de problema psicosocial. Esto es, específicamente, superar su inscripción en la clásica oposición individuo-sociedad y destacar la heterogeneidad de componentes que convergen en su producción (Fernández, 1997).

En esa dirección, distintas respuestas a la crisis, enunciadas desde América Latina, se orientaron a estudiar la relación entre el mundo psíquico y el espacio so-

cial, en estrecha relación con la dinámica política. Nos focalizamos a continuación en los casos de la psicología de la liberación y de la psicología comunitaria, para poner de manifiesto algunas de sus herramientas en el tratamiento de este asunto y la manera en que contribuyen al ejercicio de la crítica en el trabajo comunitario.

### **El legado teórico-político de la psicología de la liberación**

Ignacio Martín-Baró fue psicólogo y sacerdote jesuita. Vivió su niñez y adolescencia en España y se unió a la Compañía de Jesús a los diecisiete años, lo que lo llevó a realizar viajes de formación en distintos lugares de Europa y Latinoamérica. A partir de 1969 se radicó casi permanentemente en El Salvador, donde tomó contacto cercano con la teología de la liberación durante su trabajo en la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. En 1989 fue asesinado por un grupo de tareas del ejército salvadoreño junto a cinco compañeros y dos trabajadoras (Portillo, 2012).

En consideración de Martín-Baró, la psicología social dominante de su época carecía de una propuesta auténtica y se convertía en un instrumento de reproducción de un sistema de opresión, al replicar acríticamente investigaciones de corte funcionalista centradas

en construir estrategias para la integración al orden social dado (Martin-Baró, 1990). Ahora bien, en palabras del autor, “considerar que la realidad no es más que lo dado, (...), constituye una ideologización de la realidad que termina consagrando como natural al orden existente” (Martín-Baró, 1998, p. 290). Por lo tanto, denuncia a la psicología social un “apego al programa empirista de la ciencia y a todos los supuestos e implicaciones que se derivaban de la habitual analogía entre las ciencias naturales y ciencias sociales” (De La Corte Ibáñez, 2000, p. 438).

Para Martin-Baró la psicología social se basaba en dos supuestos epistemológicos básicos: el positivismo y el ahistoricismo. Respectivamente, la impronta positivista oculta aquello que en condiciones históricamente distintas es posible y el sesgo a-historicista plantea una naturaleza humana universal que escapa a las condiciones socio-culturales y políticas en las que se sitúa. El problema denunciado por Martín-Baró se relacionaba, por un lado, con la validez y la relevancia de las investigaciones realizadas; por otro lado, con la ausencia de compromiso de parte de la psicología con la liberación de sujetos oprimidos (Vázquez Ortega, 1990, p. 266).

Dado este estado de cosas, una psicología de la liberación supone antes que nada una liberación de parte

de la psicología de los supuestos epistemológicos dominantes y de sus horizontes políticos. Al respecto, Maritza Montero (2004a) considera que la idea de liberación en la obra de Martin-Baró es central y se caracteriza por tres aspectos que expresan los distintos cursos del trabajo del jesuita a lo largo de su vasta producción escrita. Estos se detallan a continuación.

1. En primer lugar, la idea baroniana de liberación se caracteriza por “propiciar una forma de buscar la verdad desde las masas populares” (Montero, 2004a, p. 23). Se trata de una concepción de la producción de conocimiento por la que las posibilidades de construir un saber valioso para la psicología social no se circunscriben a la investigación científica disciplinar. La relevancia del conocimiento se juega en los efectos que tiene sobre el mundo de las personas que han participado en su producción.

Es que todo el proyecto de una psicología de la liberación está atravesado por la búsqueda de un “aporte significativo a la historia de nuestros pueblos” (Martín-Baró, 1998, p. 295). La psicología social debe involucrarse con la realidad social, para transformarla y construirla. Por ello, a la manera de ver de Martín-Baró, la tarea de los y las profesionales debe embarcarse en una nueva praxis, tendiente a actuar sobre la realidad ya que “sólo

transformándola, le es posible al ser humano adquirir noticias de ella” (p. 298).

2. Después, la liberación implica “crear una praxis para la transformación de personas y sociedad a partir de sus potencialidades negadas” (Montero, 2004a, p. 23). En este punto cobra relevancia el trabajo de reconstrucción de la memoria colectiva puesto que, para el jesuita, “la psicología social trata de desentrañar la elaboración de la actividad humana en cuanto es precisamente forjada en una historia, ligada a una situación y referida al ser y actuar de unos y otros” (Martín-Baró, 1990, p. 10).

Pues, una renovación de la praxis en psicología se jugaría en una actividad transformadora de la realidad que “permita conocerla no sólo en lo que es, sino en lo que no es, y ello en la medida en que intentamos orientarla hacia aquello que debe ser” (Martín-Baró, 1998, p. 299). En el trabajo de Martín-Baró, el proceso de liberación tiene como condición de posibilidad el ejercicio de la memoria histórica de los pueblos. Se trata de la asunción de una responsabilidad que mantenga viva la identidad histórica frente a los mecanismos que la ocultan o la niegan para sumir a sus actores en el fatalismo. Sólo rescatando la propia historia es posible entender al ser humano de forma situada, y no sólo “descubrir las raíces de lo que es, sino el horizonte de lo que puede llegar a ser” (p. 170).

3. Finalmente, se trata de “descentrar la atención del status científico de la psicología de sí misma, para dedicarse a resolver los problemas de las mayorías latinoamericanas oprimidas” (Montero, 2004a, p. 23). A propósito de la crisis de la psicología social dominante de la época, Martín-Baró busca correrse de los criterios que delimitan la investigación y la intervención *científica*. Insiste en que, si el estatuto científico implica abandonar la concepción de historicidad y el compromiso político, entonces la psicología social debe optar por otra vía de legitimidad.

A nuestro modo de ver, los tres aspectos se articulan en la apertura a una reflexión sobre la historicidad de las prácticas y sus efectos políticos en términos de producción subjetiva. Se trata de principios orientados al ejercicio de la crítica sobre la propia situación histórica que animan, en palabras de Martín-Baró, a *escribir la propia historia*. Y para ello, la tarea de dinamizar procesos de concientización se vuelve nodal.

El trabajo de concientización, es decir, el proceso de asumir la propia inserción colectiva y una proyección histórica situada, no es entendido solamente como una toma de conciencia sobre los procesos individuales. Es fundamental comprender el ámbito de lo personal, “no como opuesto a lo social, sino como su correlato dialéc-

tico” (Martín-Baró, 1998, p. 168). En efecto:

(...) conscientización articula la dimensión psicológica de la conciencia personal con su dimensión social y política, y pone de manifiesto la dialéctica histórica entre el saber y el hacer, el crecimiento individual y la organización comunitaria, la liberación personal y la transformación social. Pero, sobre todo, la conscientización constituye una respuesta histórica a la carencia de palabra, personal y social, de los pueblos latinoamericanos, no sólo imposibilitados para leer y escribir el alfabeto, sino sobre todo para leerse a sí mismos y para escribir su propia historia. (Martín-Baró, 1998, p. 285)

Un proceso de conscientización abre la posibilidad de escribir la propia historia en la medida en que habilita la lectura de la propia experiencia en clave histórica. Es decir, se trata de un movimiento por el que se le devuelve a la experiencia su carácter histórico, y, por lo tanto, su carácter de modificable por acción de la propia agencia, siendo lo propio colectivo y no individual.

El autor toma distancia de las perspectivas por las que el ser humano es “reducido a un organismo individual cuyo funcionamiento podría entenderse en base a sus propias características y rasgos, y no como un ser histórico cuya existencia se elabora y realiza en la tela-

raña de las relaciones sociales” (Martín-Baró, 1984, p. 25). Ahora bien, al asumir la historicidad de la experiencia, Martín-Baró abre un tratamiento de lo mental como subjetividad por el cual busca designar las variables que inscriben lo mental en una época desde el punto de vista histórico y político.

### **Más allá del binomio individuo-sociedad: los procesos psicosociales en la psicología comunitaria**

En la emergencia de la psicología comunitaria convergieron fuerzas sociopolíticas propias de un contexto fértil para el activismo de cientistas sociales que se hacían eco del “momento histórico de ebullición y apertura al cambio social de los años sesenta” (Sánchez-Vidal, 1991). En ese marco la psicología comunitaria en América Latina se posiciona como una de las derivas de la psicología que “surge a partir del vacío provocado por el carácter eminentemente subjetivista de la psicología social” (Montero, 2004b, p. 19), y por lo tanto, “se plantea como una de las posibles respuestas a la crisis de la psicología social” de la época (p. 20).

La práctica concreta de psicólogos y psicólogas alumbrada por orientaciones provenientes de la pedagogía popular, la militancia social, etc. exigía “una re-



definición tanto de los profesionales de la psicología, como de su objeto de estudio e intervención” (Montero, 2004b, p. 20). Al respecto, el primer señalamiento referido a la definición de la psicología comunitaria “coloca a la comunidad como ámbito y sujeto del quehacer psicosocial comunitario” (p. 36).

De la mano, entonces, de las reflexiones propias de un abanico amplio de perspectivas críticas de la época, la psicología comunitaria latinoamericana asumía como propio el desafío de combinar una inquietud por lo social con principios de participación y compromiso. De esa manera la emergente disciplina se posicionó en sus comienzos como una referencia ineludible en el camino de registrar el quehacer de la psicología social en un horizonte de transformación social.

Al reformular las coordenadas de comprensión e intervención bajo estos términos, la psicología comunitaria se posicionaba como una rama de la psicología social que hace de los procesos psicosociales comunitarios su objeto de trabajo. Es decir, que la intervención comunitaria se realiza sobre la producción subjetiva de una comunidad (del Cueto, 2014) y una de las categorías recurrentes para encauzar ese trabajo es la de procesos psicosociales. En esa clave, los procesos psicosociales designan aspectos cognitivos, afectivos y motivaciona-

les que tienen efectos sobre la conducta de las personas, pero cuya dinámica arraiga en la organización general de producción y reproducción social (Montero, 2004b).

No es arbitraria la noción de *proceso* como modo de darse de tales dinámicas. Al respecto se ha señalado que “en la idea de proceso confluye la idea de movimiento: hacia adelante y hacia atrás, y a maneras de actuar, de proceder” (Plaza, 2019, p. 27). De modo tal que en la noción de *proceso* podamos incluir, por un lado, las trayectorias de sujetos, grupos y organizaciones; por otro lado, lo que deviene a partir de la interpelación, la pregunta o la incomodidad con una situación actual; además, lo que aún no es, ni es posible captar, lo que acontece, lo inesperado (Plaza, 2019).

A su vez, la psicología social comunitaria advierte un componente psicosocial que ocurre en situación y, por lo tanto, la categoría de *procesos psicosociales* expresa la intención de comprender dinámicas de interacción “específicas a ciertos contextos y culturas sobre las que se generan procesos psicológicos eminentemente sociales, irreductibles a la suma de las características psicológicas de las personas implicadas en esos procesos” (González Rey, 2014, p. 20). Se trata de procesos que, en última instancia, modulan “las relaciones mediante las cuales las personas se construyen a sí mismas y cons-

truyen su mundo de vida” (Montero, 2004b, p. 123). Es decir, que participan en la “construcción de un campo habitual de conocimiento, en el que se codifica y organiza la realidad cotidiana” (p. 123). En ese sentido, hacen al mantenimiento o a la transformación de las condiciones de vida de las personas, grupos o comunidades.

A modo de síntesis podemos decir que los procesos psicosociales representan un ensamble entre disposiciones actitudinales, psíquicas y emocionales que organizan la percepción y proporcionan un marco interpretativo típico de acontecimientos recurrentes en medio de un espacio social determinado. En conjunto, garantizan un ordenamiento compartido de la experiencia con respecto a disposiciones prácticas cotidianas, pero también con respecto a las relaciones interpersonales en curso.

Por esto último es que “son determinantes de las condiciones de resignación, inacción política y ausencia de demandas reivindicativas propias de grupos poblacionales marginales” (Solíz Torres, 2013, p. 97); o bien, son determinantes también de dinámicas de reivindicación, crítica, movilización y denuncia colectiva. En ocasiones funcionan como “mecanismos psicológicos de defensa” contra “la nocividad del proceso destruc-

tivo”, configurando “estrategias de salud mental que permiten, a las poblaciones afectadas, mantenerse en una situación de exposición ambiental y social nocivas sin sufrimiento mental aparente” (Solíz Torres, 2013, p. 96).

Sin embargo, también implican el ejercicio de un conocimiento crítico dirigido a cuestionar el carácter natural de ciertos hechos o relaciones, “revelando los mecanismos de poder que han fijado ese modo de ser, de hacer, o de comprender” (Montero, 2004b, p. 126). En esa dirección la apuesta de una intervención de orden comunitario “es la intencionalidad de crear las condiciones que permitan el surgimiento de nuevas subjetividades, en donde exista la invención de otras formas de vida” (del Cueto, 2014, p. 73). Se trata, de alguna manera, de apostar por la creación de mundos en los que tenga lugar la posibilidad de producir modos de vinculación inéditos.

### **A modo de cierre**

Los alcances de este ensayo son limitados ya que ofrece antes un itinerario posible de trabajo que un tratamiento exhaustivo de la cuestión de la subjetividad en el cruce de la psicología de la liberación y de la psicología comunitaria. Advertimos que las reflexiones in-

roducidas en el campo de la psicología social por parte de ambas tradiciones de pensamiento son fértiles para construir una perspectiva psicosocial en salud mental comunitaria, en la medida en que permiten localizar atravesamientos sociales, económicos y políticos de la producción subjetiva. En ese sentido, las tradiciones visitadas en este artículo sintetizan esquemas de comprensión y de abordaje para el trabajo en escenarios complejos, acorde a los desafíos propios de tiempos sociales álgidos.

En la psicología de la liberación el punto de partida de la reflexión baroniana es la realidad en tanto que social e histórica. En la perspectiva de Martín-Baró, la salud mental se configura al calor de las dinámicas sociales puesto que la propia subjetividad no es escindible de la historia. Por eso considera que una transformación de la realidad en sus dimensiones social, económica y política sólo puede darse si se produce paralela y sinérgicamente una transformación personal.

El trabajo de Martín-Baró se organiza fuertemente en torno a la construcción de principios orientativos para la renovación de la psicología social bajo la idea de liberación. La noción de escribir la propia historia juega en ello un papel importante ya que sintetiza, a nuestro modo de ver, las tres dimensiones de la noción de

liberación que señala Montero. De ahí que al proponer mediar la praxis por la exigencia de escribir la propia historia, Martín-Baró inscribe el rol de la disciplina en el horizonte de la liberación.

Se trata de poner en movimiento un proceso de concientización por el que los sujetos problematizan las fuerzas que convergen en la experiencia de su propia opresión. Con esto el autor enfatiza que las relaciones de poder dominantes niegan las posibilidades de leer la historicidad del mundo que se habita, y por lo tanto, de escribirlo. Es decir: una situación de opresión sería efecto de condicionamientos económicos estructurales, pero también de la interiorización de un horizonte de sentido en el que la realidad se asume como dada naturalmente y no como histórica.

Por su parte, la psicología comunitaria emerge igualmente en medio de la búsqueda por una práctica comprometida con los desafíos sociales de la realidad concreta. En ese camino brega por la producción de conocimientos situados y por la comprensión de la subjetividad como una dinámica tanto psíquica como social. Así, proyecta una intervención centrada en la producción de condiciones que permitan el ejercicio de la crítica de los marcos que codifican nuestro mundo.

En orden a operativizar la intervención para contribuir a la transformación social y personal, la psicología comunitaria latinoamericana centró su interés en la subjetividad a través de la noción de procesos psicosociales. Esta permite dar cuenta de la imbricación entre determinaciones sociales generales y esfuerzos de sentido particulares a la hora de codificar y decodificar el mundo. Por lo tanto, representa la intención de disolver la dicotomía individuo-sociedad en la medida en que tornan visible algo de la compleja relación entre estructura social y dinámica subjetiva de modo que se vuelva capaz de ser intervenida y, por lo tanto, modificada.

Preferir una teoría de la subjetividad para aproximarse al estudio de lo mental permite construir una perspectiva diferente a la de las ontologías de la conducta o de la conciencia que han sido bases de la edificación de la psicología. En otras palabras, “la subjetividad nos ofrece la oportunidad de visualizar procesos de la psique humana que han estado ocultos al orden conceptual impuesto por el comportamentalismo y por las teorías esencialistas de la mente humana” (González Rey, 2008, p. 34).

A propósito, las reflexiones en la psicología de la liberación y en la psicología comunitaria parten de una

realidad situada y conflictiva para proyectarse hacia el compromiso con la transformación de las condiciones que actualizan la opresión. Los aportes de cada una de estas tradiciones de pensamiento hacen de la psicología social un campo fértil para reflexionar sobre la subjetividad en clave psicosocial, en la medida en que facilitan herramientas para pensar la configuración de lo mental en clave histórica y política.

### Bibliografía

Capella, M. (2023) Salud Mental Colectiva y Determinación Social: Posibilidades Paradigmáticas. *Quaderns de Psicologia*, 25(2). <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1935>

Crespo Suárez, E. (1995). *Introducción a la psicología social*. Editorial Universitat.

De La Corte Ibáñez, L. (2000). La psicología de Ignacio Martín-Baró como psicología social crítica. Una presentación de su obra. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(3), 437-450.

Del Cueto, A. M. (2014). *La salud mental comunitaria: vivir, pensar, desear*. Fondo de Cultura Económica.

Fernández, A. M. (1997). Notas para la constitución

de un campo de problemas de la subjetividad. *Investigaciones en Psicología. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 2(3).

Gilman, C. (2003). *Entre la pluma y el fusil. Debates y dilemas del escritor revolucionario en América Latina*. Siglo XXI Editores.

González Rey, F. (2008). Subjetividad y psicología crítica. En B. Jiménez-Domínguez (Comp.), *Subjetividad, participación e intervención comunitaria: una visión crítica desde América Latina* (pp. 25-46). Paidós.

González Rey, F. (2014). Dilemas epistemológicos actuales en psicología comunitaria. En Flores Osorio, J. M. (Coord.), *Repensar la psicología y lo comunitario en América Latina*. Universidad de Tijuana.

Greco Díaz, A. (2005). Cambio discursivo en la psicología social: una revisión de la crisis a la luz de los planteamientos epistemológicos actuales. *Miscelánea Comillas*, 63(123), 337-366.

Ibáñez Gracia, T. (1990). *Aproximaciones a la psicología social*. Sendai Ediciones.

Jiménez-Domínguez, B. (2004). La Psicología Social Comunitaria en América Latina como Psicología Social

Crítica. *Revista de Psicología*, 8(1), 133-142.

Magallón Anaya, M. (2014). Filosofía y pensamiento crítico de la actualidad. *De raíz diversa. Revista especializada en estudios latinoamericanos*, 1(1), 41-65. <https://doi.org/10.22201/ppela.24487988e.2014.1.58206>

Martin-Baró, I. (1984). Guerra y salud mental. *Revista de Estudios Centroamericanos*, 39(429-430), 503-514.

Martin-Baró, I. (1990). *Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica*. San Salvador: UCA Editores.

Martin-Baró, I. (1998). *Psicología de la liberación*. Madrid: Editorial Trotta.

Montero, M. (2004a). Relaciones entre Psicología Social Comunitaria, Psicología Crítica y Psicología de la Liberación: Una Respuesta Latinoamericana. *Psyche*, 13(2), 17-28.

Montero, M. (2004b). *Introducción a la psicología comunitaria*. Paidós.

Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. Editorial UniSon.

Morales, F., Gaviria, E., Moya, M., y Cuadrado, I. (2007). *Psicología Social*. McGrawHill.

Pavón-Cuellar, D., y Orozco Guzmán, L. (2017). Estudios psicosociales: entre el psicoanálisis, la psicología crítica y todo lo demás. *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 13(2), 139-163.

Plaza, S. (2019). Apuntes sobre Psicología Comunitaria. En Barrault, O., Chena, M., Díaz, I., Muro, J., y Plaza, S. (Coords.), *Tramas que insisten: debates en psicología comunitaria*. Omar Andrés Barrault.

Portillo, N. (2012). The life of Ignacio Martín-Baró: a narrative account of a personal biographical journey. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 18(1), 77-87. <https://doi.org/10.1037/a0027066>

Saforcada, E. (2010). Salud pública: perspectiva holística, psicología y paradigmas. En Saforcada, E., de Lellis, M., y Mozobancyk, S., *Psicología y salud pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Paidós.

Sánchez-Vidal, A. (1991). Psicología comunitaria: origen, concepto y características. *Papeles del Psicólogo*, 50.

Solíz Torres, F. (2013). Procesos psicosociales en recicladores(as) del basural a cielo abierto de Portoviejo. *Revista Latinoamericana de Psicología Social Ignacio Martín-Baró*, 2(2), 91-123.

Solíz Torres, F., Vélez, C., y Maldonado Campos, A. (2019). *En tiempos de petróleo: Salud psicosocial en niños, niñas y adolescentes de las comunidades en las que operó Texaco*. Universidad Andina Simón Bolívar.

Ussher, M. (2018). La clínica comunitaria: desafíos y complejidades. *Conceptos. Boletín de la Universidad del Museo Social Argentino*, 93(504), 71-98.

Vázquez Ortega, J. J. (1990). Compromiso social y político en la psicología social de la liberación de Ignacio Martín-Baró. *Polis. Investigación y análisis sociopolítico y psicosocial*, 0(1), 263-289.

Zolov, E. (2014). Introduction: Latin America in the global sixties. *The Americas*, 70(3), 349-362. <https://doi.org/10.1353/tam.2014.0016>

# Acerca del funcionamiento de dispositivos residenciales territoriales para usuarixs de un hospital psicoasistencial de la provincia de Buenos Aires. Un enfoque desde la salud mental comunitaria

**ETCHEPARE, Carla.**

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en Psicología Clínica y en Salud Mental Comunitaria. Residencia y jefatura en la RISaM del Hospital y Comunidad Ramón Carrillo (ex Colonia Montes de Oca). Psicóloga en Talleres de Rehabilitación en Salud Mental del GCBA.

Contacto: [carla.etchepare@gmail.com](mailto:carla.etchepare@gmail.com)

**COSTA, Ayelén.**

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes (UNQUI). Especialista en Salud Mental Comunitaria. Residencia y jefatura en la RISaM del Hospital y Comunidad Ramón Carrillo (ex Colonia Montes de Oca). Becaria de Terapia Ocupacional en Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan.

Contacto: [lic.costa.to@gmail.com](mailto:lic.costa.to@gmail.com)

**Recibido:** 09/04/2024; **Aceptado:** 23/09/2024

**Cómo citar:** Etchepare, C. y Costa, A. (2024). Acerca del funcionamiento de dispositivos residenciales territoriales para usuarixs de un hospital psicoasistencial de la provincia de Buenos Aires. Un enfoque desde la salud mental comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 87-109

**Resumen**

El presente artículo pone en conocimiento los resultados de una investigación realizada durante el año 2022, que intentó dar cuenta de cómo se desarrollaban los dispositivos residenciales territoriales dependientes del Hospital Nacional y Comunidad Dr. Ramón Carrillo, creados en 2004 a partir de la Reforma del Modelo de Atención y Rehabilitación Integral en la Provincia de Buenos Aires. La implementación de estos dispositivos aspiraba a la sustitución de las camas asilares, partiendo de la consideración de que una gran cantidad de personas con padecimiento mental presentaban dificultades para la inclusión social, y a la vida en comunidad en condiciones adecuadas que pudieran garantizar la autonomía personal y el funcionamiento social. Esta investigación presenta un enfoque mixto de tipo descriptivo-exploratorio, con un diseño transversal a través de entrevistas semi-estructuradas a profesionales,

grupos focales a usuarios y la aplicación de la Escala de Prácticas Restrictivas a coordinadores de los dispositivos. Su objetivo es conocer el funcionamiento de los mismos a través de todos sus actores para así poder describir sus características, evaluar prácticas restrictivas y su situación actual respecto a la vida diaria y a la inclusión de las personas usuarias en la comunidad. Los resultados demuestran cierta convivencia, en líneas generales, de prácticas restrictivas y otras que favorecen la autonomía de las personas. Asimismo, se da lugar a la palabra de éstas, quienes manifiestan conformidad y bienestar con las condiciones de vida que llevan en los dispositivos.

**Palabras Clave:** Salud Mental Comunitaria - Dispositivos residenciales de salud mental - Discapacidad - Autonomía - Restrictividad

### Abstract

This article presents the findings of a research conducted in 2022 that aimed to understand the development of residential community devices that depend on the Dr. Ramón Carrillo National Hospital and Community, established in 2004 as part of the Comprehensive Care and Rehabilitation Model Reform in the Province of Buenos Aires. The implementation of these

devices aimed to replace asylum beds, considering that many individuals with mental illness faced challenges in social inclusion and community living under conditions that could ensure personal autonomy and social functioning. This research adopts a mixed descriptive-exploratory approach with a cross-sectional design, involving semi-structured interviews with professionals, focus groups with users, and the application of the Restrictive Practices Scale to device coordinators. The objective was to understand their functioning through all stakeholders, describing their characteristics, evaluating restrictive practices, and assessing their current situation regarding daily life and inclusion of users in the community. Overall, the results demonstrate a co-existence of restrictive practices and others that promote user autonomy. Additionally, the perspectives of users indicate satisfaction and well-being with the living conditions provided by these devices.

**Keywords:** Community Mental Health - Mental Health Residential Devices - Disability - Autonomy - Restrictiveness

### Introducción

Históricamente, el concepto de padecimiento mental y sus modelos de atención han experimentado di-



versos cambios significativos: la transición del modelo de prescindencia, donde se hablaba del “loco” que requería aislamiento y reclusión por su supuesta peligrosidad; al modelo rehabilitador del “enfermo”, susceptible de atención sanitaria. Por último, el modelo social y de atención comunitaria que enfatiza la consideración social de personas con padecimiento mental como personas con derechos y deberes, fomentando la participación y el empoderamiento de éstxs.

Sin embargo, se encuentran diversas dificultades en el camino, derivadas tanto del padecimiento mental como de las consecuencias en términos de discapacidad personal, pero también de la existencia de obstáculos o barreras de accesibilidad, que “evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”, tal como refiere la Ley Nacional de aprobación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad 26.378 (2008) en su preámbulo.

En este sentido, en Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) propone un cambio al modelo de atención comunitaria y, entre otras cuestiones, la sustitución definitiva de los manicomios por dispositivos alternativos (art. 27), estableciendo que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del

ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud, orientándose al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (art. 9).

En esta línea, con apoyo de políticas públicas, comenzaron a crearse en el ámbito nacional recursos habitacionales, hogares y dispositivos residenciales comunitarios, pretendiendo favorecer la inclusión social a través de la integración de estas personas en sus barrios y promoviendo la autonomía personal, bajo el supuesto de que a través del ejercicio de recuperación del rol social podrían empoderarse y hacerse valer como sujetos de derechos.

El texto “Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental” (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019) resulta una referencia de gran relevancia al señalar que éstos tienen como objetivo dar respuestas a las personas con padecimiento mental que no cuentan con posibilidades de acceso a una vivienda digna, y que se encuentran realizando tratamiento ambulatorio o en condiciones de ser externadas de instituciones monovalentes de salud mental. En cada uno convivirían personas que requieran diferentes grados de apoyo y diferente tiempo

de permanencia, implementándose un sistema de apoyos flexible. Asimismo, recomienda articular con otros efectores de la Red Integrada de Salud Mental, la persona y sus referentes vinculares para generar estrategias individuales que aboguen por la “promoción de las habilidades y responsabilidades, la autonomía creciente en actividades de la vida cotidiana y la promoción social, cultural y educativa” (p. 56).

Por último, menciona que el dispositivo de inclusión habitacional no es un servicio de internación que requiere la conformidad de la persona para ingresar y permanecer en éste, teniendo en cuenta la voluntad de retirarse del mismo por decisión propia, así como de disponer en la cotidianeidad respecto a su entrada y salida, teniendo como referencia el cuidado y respeto por las demás personas convivientes. Este aspecto enfatiza el rol de la persona con padecimiento mental como sujeto de derecho, favoreciendo su autodeterminación.

En línea con lo expuesto, se localiza como antecedente en la provincia de Buenos Aires, el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A.) en el Hospital Interzonal Dr. José A. Esteves, que se lleva a cabo desde 1999 y cuyo objetivo principal es la externación y reinserción social de personas con internaciones prolongadas en la institución, demostrando

que “existen alternativas prácticas y sustentables a la manicomialización y al encierro en el tratamiento del padecimiento mental severo y la cronicidad” (Cáceres et al., 2009, p. 299). El Programa sienta sus bases en la reconversión de los “recursos del propio Sistema de Salud para una construcción colectiva orientada a la restitución de derechos” (p. 300). Se destacan como puntos claves la capacitación al personal del hospital para desarrollarse en espacios comunitarios, la promoción de la participación activa de lxs usuarixs como protagonistas de su proceso de externación, y la creación de un centro de día con base comunitaria, siendo éste el lugar de referencia para las personas externadas y un espacio abierto a la comunidad con propuestas tendientes a la integración social y la promoción de la salud.

La investigación en la cual se basa el presente artículo se llevó a cabo entre los meses de abril y junio del año 2022 y tuvo por finalidad conocer cómo se desarrollaban los dispositivos residenciales territoriales (DRT) dependientes del actual Hospital Nacional y Comunidad Dr. Ramón Carrillo (HCRC), ex Colonia Montes de Oca. Éste es definido como la “única institución en el sistema público de salud nacional que atiende población con discapacidad intelectual y patologías psiquiátricas” (Keena et al., 2017, p. 14). A partir del año 2004, la institución inició un proceso de Reforma del Modelo

de Atención y Rehabilitación Integral que comprendió la creación de dispositivos residenciales en Torres y Luján, provincia de Buenos Aires, “con el objetivo de resolver problemas endémicos de la vida institucional: la situación de aislamiento, la rígida reproducción de las prácticas, la restricción a las libertades individuales, el incremento de la anomia y el desplazamiento de fines que caracteriza el proceso de institucionalización” (Sommoza et. al., 2017, p. 80). La creación e implementación de estos dispositivos aspiraba a la sustitución de las camas asilares del HCRC y partía de la consideración de que una gran cantidad de personas con padecimiento mental presentaba dificultades para la inclusión social y la vida en comunidad, y que con las condiciones adecuadas pudieran garantizar la autonomía personal y su desenvolvimiento en la misma.

Keena et al. (2017) destacan que en estos dispositivos priman garantizar aspectos tales como: la flexibilidad en el apoyo; la autonomía en las decisiones de la persona; el acceso a oportunidades de inclusión social y la participación de lxs usuarixs en la gestión de la vida cotidiana; la mejora en las relaciones interpersonales; mayor bienestar material; mejores características del hogar y del entorno residencial; incremento de las competencias (oportunidades educativas, de entrenamiento y ocio, ocupación más frecuente y estable, red

de apoyos más sólida, un acceso más fácil a los recursos de la comunidad, mayor participación y satisfacción general más elevada), entre otros.

En este sentido, Tapia, Bustos y Grandón (2014) refieren que existen una serie de variables de estos dispositivos que influyen y contribuyen a determinar el desenvolvimiento social de las personas usuarias. Un entorno flexible combinado con la promoción de relaciones positivas entre usuarixs y profesionales, disminuye las tasas de reingreso hospitalario y aumenta el nivel de funcionamiento en relación al autocuidado, habilidades domésticas, habilidades comunitarias y habilidades en las relaciones sociales, siendo para estos autores una variable de relevancia en los procesos de rehabilitación.

Asimismo, Wright y Kloos (2007) indican que si bien hay modelos de estas viviendas que facilitan la recuperación e integración, hay otros que se mantienen bajo una perspectiva más asilar. En esta línea, algunas investigaciones (Kyle y Dunn, 2007; López et al., 2005) señalan que el nivel de restrictividad del dispositivo se asocia negativamente con la autonomía que desarrollan las personas usuarias, además de influir en la relación que se establece entre éstas y lxs cuidadorxs. Entendemos como restrictividad o prácticas restrictivas a

las acciones o actos intencionados llevados a cabo por alguien, que restringen la movilidad de una persona y su capacidad de tomar decisiones o actuar de manera autónoma. Al respecto, la organización española Plena Inclusión (2022) indica que estas prácticas también incluyen a “las acciones que realiza el personal sin pensarlo para imponer una restricción, es decir: las intervenciones restrictivas no se deben considerar necesariamente deliberadas”(p. 14).

Tapia, Bustos y Grandón (2014) han encontrado que la restrictividad se asocia con una limitación de las habilidades domésticas y comunitarias de las personas usuarias de servicios residenciales; específicamente, una menor restrictividad del dispositivo se relaciona con mayores habilidades para la vida diaria de lxs usuarixs.

En relación con lo expuesto y considerando la escasa investigación que existe sobre la implementación de estos dispositivos residenciales de Salud Mental desde una perspectiva comunitaria en Argentina, se espera que los resultados de este trabajo contribuyan al desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento a fin de favorecer el ejercicio de ciudadanía por parte de las personas usuarias.

## Objetivos

Conocer el funcionamiento de los DRT que dependen del HCRC a través de las personas usuarias, coordinadorxs y equipo interdisciplinario de salud mental, para poder describir sus características, analizar las prácticas restrictivas y la situación actual respecto a la vida diaria e inclusión de las personas usuarias en la comunidad. Asimismo, dar cuenta de las percepciones de las personas usuarias acerca de su inserción en el dispositivo.

## Metodología

La investigación presenta un enfoque mixto de tipo descriptivo-exploratorio con un diseño transversal mediante entrevistas, grupos focales y encuestas.

Para poder llevar a cabo dicho estudio se recolectó información a través de 14 trabajadorxs (coordinadorxs y equipo interdisciplinario) vía muestras de máxima variación y 14 usuarias mayores de 40 años pertenecientes a 3 dispositivos ubicados en la localidad de Luján.

Éstas últimas vía muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que por decisión institucional se excluyen de la muestra a usuarixs de 6 dispositivos ubica-

dos en la localidad de Torres y 3 de Luján, debido a que al momento de la recolección de información se encontraban en proceso de reorganización y reestructuración de los mismos.

Se utilizan las siguientes herramientas de recolección de información:

- *Encuesta*: se aplicó a coordinadorxs de todas las residencias la Escala de Prácticas Restrictivas de Jordá y Espinosa (comunicación personal, 15 de diciembre de 2021) adaptada a nuestro contexto. La misma evalúa el funcionamiento de los dispositivos residenciales en las siguientes áreas: actividades personales, posesiones personales, comida, higiene y salud, habitaciones de lxs usuarixs y servicios. El instrumento original es una adaptación del “Hospital and Hotel Practices Profile” de Wykes (1982) y consta de 55 preguntas dicotómicas (Sí/No) relacionadas con las áreas enumeradas. El estudio de fiabilidad del instrumento original se realizó en 58 alojamientos situados en Valencia (España), donde habían sido trasladadas personas con “trastorno mental severo”, y fue realizado con el objetivo de poder contar con información adecuada

sobre las condiciones en las que los residentes estaban siendo atendidos, considerando que los servicios públicos deben garantizar que se proporcionen derechos humanos fundamentales, dignidad y una atención sanitaria adecuada (Jordá y Espinosa, 1991b, p.151-152). Para el presente estudio se eliminaron algunos ítems a fin de adaptarlo al contexto estudiado, quedando constituido por 43 preguntas. Para evaluar la restrictividad de las prácticas específicas y en consonancia con la evaluación realizada en Chile por Grandón et al. (2015), se separaron las prácticas restrictivas del dispositivo en generales y aquellas que tratan de restricciones hacia lxs usuarixs.

- *Grupo focal*: se llevaron a cabo tres grupos focales (uno por dispositivo) destinados a personas usuarias con el fin de generar espacio de diálogo, valorando la percepción de cada participante acerca de sus experiencias, permitiendo la interacción del grupo y el intercambio.
- *Entrevistas semi-estructuradas*: realizadas a profesionales del equipo interdisciplinario de los DRT (equipo técnico), buscando crear

situaciones de conversación que faciliten la expresión natural de percepciones y perspectivas por parte de éstxs.

- *Observación participante*: Transversal a los anteriores instrumentos mencionados.

El presente estudio contó con la aprobación del comité de ética del HCRC. Implicó la voluntariedad y autorización vía consentimiento informado de cada una de las personas participantes, asegurando que la información proporcionada sería tratada de manera confidencial respetando el anonimato de sus datos personales.

## Resultados

### 1. Acerca del objeto de estudio y su funcionamiento

Los DRT surgen en 2004 y forman parte de la red de dispositivos territoriales del HCRC. Tienen como finalidad la inclusión social de personas con discapacidad y padecimientos mentales que transitaron internaciones prolongadas en la institución.

Están ubicados en el partido de Luján: 6 de ellos en la ciudad de Luján y 6 en Torres, pueblo de 2664 habitantes (INDEC, 2010) donde también se encuentra el

HCRC y en el que varias generaciones de familias han trabajado desde su creación en 1915 (Esses, 2012).

La institución provee el pago de la renta de los inmuebles y los servicios, así como los insumos básicos para la alimentación, salvo tres dispositivos que abonan su propio alquiler con las pensiones de lxs usuarixs, en común acuerdo con las curadurías correspondientes. Los dispositivos mantienen la apariencia de una vivienda particular. Algunos tienen una habitación y baño destinada al uso exclusivo del personal, y cuentan con un sector destinado al almacenamiento de las historias clínicas y medicación.

Según el organigrama institucional, los DRT dependen de la Dirección de Rehabilitación del HCRC, cuentan con una coordinadora general y una comisión de enlace encargada de los dispositivos ubicados en la localidad de Torres. Cada uno tiene su propio coordinadorx, quien responde por el mantenimiento y organización de las cuestiones cotidianas de la residencia. Éstxs también funcionan como un nexo entre el equipo técnico y operadorxs, mantienen comunicación con referentes afectivos y comunitarios, y organizan los cuidados básicos de salud. Cada dispositivo cuenta, en promedio, con 6 operadorxs que permiten una cobertura de 24hs de servicio. Éstxs son contratados por el

HCRC, siendo figuras fundamentales a la hora de promover la vida en comunidad, proveyendo a las personas usuarias los apoyos necesarios.

Pese al rol destacado que tienen, no todos cuentan con capacitación formal en salud y/o salud mental, motivo por el cual el equipo técnico refiere trabajar de forma constante con ellxs para psicoeducar y generar estrategias enfocadas en lxs usuarixs, que se alejen del asistencialismo y de las prácticas manicomiales tales como el desvalimiento, la infantilización y objetivación del sujeto o el premio-castigo, entre otras.

Los DRT brindan alojamiento a 65 personas usuarias distribuidas en 12 hogares: 5 son de mujeres y 7 de hombres, uno de ellos especialmente adaptado a personas que requieran apoyos extendidos. Sus edades oscilan entre los 23 y 76 años (Tabla 1). Los diagnósticos por salud mental predominantes que refiere el equipo profesional son: discapacidad intelectual, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Éstos suelen asociarse también a discapacidades motora, visual o auditiva, y a enfermedades como epilepsia, diabetes, hipertensión arterial y obesidad, entre otras.

Tabla 1. Datos demográficos de las personas usuarias alojadas en los DRT.

| Variables                           | n (65) | %     |
|-------------------------------------|--------|-------|
| <b>Sexo (*)</b>                     |        |       |
| Hombre                              | 41     | 63,08 |
| Mujer                               | 24     | 36,92 |
| <b>Rango edad</b>                   |        |       |
| 20 a 35 años                        | 1      | 1,53  |
| 35 años un mes a 45 años            | 11     | 16,92 |
| 45 años un mes a 65 años            | 40     | 61,53 |
| Mayor a 65 años                     | 13     | 20    |
| <b>Tiempo de permanencia en DRT</b> |        |       |
| Menor a un año                      | 7      | 10,76 |
| Entre 1 año un mes y 5 años         | 10     | 15,38 |
| Entre 5 años un mes y 10 años       | 31     | 47,69 |
| Mayor a 10 años y un mes            | 17     | 26,15 |

Fuente propia. Marzo 2022  
(\*) corresponde a sexo biológico según documentos institucionales.

A lo largo de los años el equipo de los DRT ha atravesado diversas modificaciones tanto en su recurso humano como en su organización. Todxs lxs profesionales entrevistadxs marcan un punto de inflexión entre lo que se trabajó siempre y la línea de trabajo actual. La investigación fue llevada a cabo mientras se atrave-

saba un proceso de reestructuración que implicaba la redistribución de las personas usuarias en los diferentes dispositivos según necesidad de apoyos, lo que implicó la creación de un DRT adaptado para personas que requieran un apoyo más extensivo y la apertura de un nuevo DRT para mujeres en Torres. Este cambio trajo consigo la sistematización de la solicitud de vacantes y la creación de un perfil específico para poder ingresar a los dispositivos: lxs profesionales de la sala de internación deben solicitar vacante a la Dirección de Rehabilitación, quien facilita una planilla de evaluación que es analizada por el equipo de profesionales de los DRT. Si la respuesta es favorable se lleva a cabo una evaluación presencial con la persona usuaria. Entre los requisitos previos se solicita que ésta posea algún padecimiento mental y/o discapacidad intelectual y que, por dicha condición, necesite de apoyos para vivir en la comunidad; haber cursado una internación en el HCRC; tener entre 18 y 60 años de edad; estar clínica y psiquiátricamente estable; no poseer vivienda o no poder disponer de la misma; carecer de referentes socio afectivos con quien pudiera vivir y poseer algún tipo de ingreso económico. Para hacer efectivo el ingreso al programa es necesario que el equipo de sala y la persona usuaria muestren su conformidad mediante la firma de un consentimiento informado. El periodo de adaptación y evaluación oscila entre los 3 y 6 meses.

En esta misma línea, el programa que antes era llamado "Dispositivos Residenciales Comunitarios" cambió su nombre a los actuales "Dispositivos Residenciales Territoriales" para enfatizar su ubicación en territorio, diferenciándolo así de la comunidad que también está representada por lxs usuarixs que residen en el HCRC.

En lo que respecta al equipo técnico de salud, está formado por psicólogx, médicx psiquiatra, médicx clínico, trabajador social, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, profesorxs de educación física y nutricionista. Solo los dispositivos de Torres cuentan con terapeuta ocupacional y servicio de limpieza, ambos prestadores también del HCRC. Según afirman, trabajan de manera interdisciplinaria, manteniendo comunicación continua y una reunión de equipo con una frecuencia quincenal para establecer estrategias de intervención. Como objetivo principal de su tarea concuerdan en que trabajan en pos de aumentar la autonomía de las personas usuarias. Lxs psiquiatras destacan dentro de su labor diaria, más allá del control farmacológico, la psicoeducación que realizan tanto a coordinadorxs y/u operadorxs, así como también a referentes comunitarios.

Todxs lxs profesionales asisten a los dispositivos de manera semanal, manteniendo entrevistas con usuarixs y/o coordinadorxs a demanda y supliendo el requeri-



miento de tratamiento ambulatorio por tales especialidades. También participan de las asambleas convivenciales, acompañan las actividades que se llevan a cabo en la comunidad y promueven el vínculo con sus referentes afectivos. Si bien refieren que menos de la mitad de lxs usuarixs poseen vínculos familiares, de todos modos trabajan a los fines de favorecer estos lazos.

Se promueve el trabajo en equipo entre profesionales, coordinadorxs y operadorxs, buscando generar espacios de encuentro donde puedan debatir las diferentes demandas específicas de cada dispositivo, a modo de poder pensar estrategias en conjunto. Éstos suelen darse en el cotidiano dentro de los dispositivos y se ha podido observar allí un flujo continuo del equipo técnico.

Se trabaja de manera intersectorial utilizando los recursos disponibles en la comunidad, principalmente en los dispositivos de Luján, donde el equipo articula con escuelas y otros centros de referencia, tales como clubes o centros de jubilados. Según lo relevado se evidencia que los dispositivos ubicados en Luján cuentan con mayor variedad de actividades en comparación a los de Torres, ya que este último no posee espacios de socialización. Todas las personas entrevistadas resaltan la ubicación en Luján como un facilitador para la pro-

moción de autonomía y accesibilidad, donde muchxs usuarixs participan, por ejemplo, de un programa de radio, asisten a una colonia de vacaciones de verano y realizan actividades deportivas, entre otras cosas. Acerca de esta diferencia entre Torres y Luján, unx de lxs profesionales relata:

Torres es un pueblo, recién ahora se están generando algunas actividades que se van a hacer, como la biblioteca con musicoterapia. Con algunas usuarias se ha intentado coordinar con un centro de jubilados (...) pero en Torres siempre costó un poco más. La falta de oferta, o las pocas que hay, no son pensadas para los usuarios, no hay un trabajo a nivel comunitario o de la misma gente que vive ahí y trabaja en el hospital.

## **2. “Nada de nosotros sin nosotros”: La perspectiva de las personas usuarias**

Se realizó la modalidad de grupo focal en tres dispositivos de mujeres ubicados en Luján. Todas las entrevistadas fueron mujeres mayores de 40 años con más de 11 años viviendo en las residencias. Expresan que fueron internadas en el HCRC durante su juventud y que a lo largo de los años pasaron por diferentes casas, cambiando de compañeras. Resaltan el vínculo

formado entre ellas, alegando que cuando estaban en el HCRC no interactuaban de la misma manera con sus compañeras.

Respecto al proceso de cambio de dispositivo de internación a DRT, resaltan que fue dificultoso debido a los temores que les representaba el vivir por fuera del encierro institucional, pero que luego de un tiempo fueron adaptándose. Incluso en uno de los grupos relatan el miedo que tenían a ser independientes. Hoy todas coinciden en que el cambio fue positivo y que les agrada vivir en los DRT: resaltan disfrutar de salir solas, tener pareja, vivir en familia, sentirse cómodas y en libertad: “Somos independientes, nos sentimos con más libertad, no es como en el pabellón que compartíamos todo, acá es una casa, como una familia”, relató una de las usuarias.

En lo referente a las actividades domésticas, en cada dispositivo se organizan de manera particular para repartirse los quehaceres diarios como limpiar y cocinar, según el interés y las habilidades de cada una. En uno de los dispositivos, una usuaria relata: “siempre tenemos el cartel de lo que tenemos que comer solo los sábados podemos comer lo que queremos. La nutricionista nos hace comer verdura”.

En cuanto a la vida en comunidad, mantienen contacto con los comercios cercanos, se visitan con usuarixs de otros dispositivos, realizan salidas en compañía de operadorxs o acompañantes terapéuticos, concurren a sus trabajos, actividades recreativas y/o educativas.

El rol de los operadorxs es fundamental, ya sea para promover la autonomía y autodeterminación o bien para ir en detrimento de ella, tal como queda evidenciado en los resultados del próximo apartado. En los grupos realizados, se ha destacado por parte de las usuarias una muy buena relación con la mayoría de ellxs, y que en caso de haber inconvenientes pueden comunicarlos al equipo con la confianza de ser escuchadas y tomadas en cuenta.

### 3. Prácticas Restrictivas

Al analizar las prácticas específicas presentes en la escala de restrictividad, 21 de los 43 ítems miden restricciones generales, en tanto que 22 representan restricciones directas a la persona usuaria. Se observaron diferencias significativas en el nivel de restrictividad general. Como se puede ver en la Tabla 2, las mayores restricciones de los dispositivos están relacionadas con los horarios para levantarse y en el control y/o responsabilidad por el dinero de lxs usuarixs, afirmado por

Tabla 2. Prácticas restrictivas generales

| #     | Descripción   | PR  |      | PNR |      |
|-------|---|-----|------|-----|------|
|       |   | n   | %    | n   | %    |
| 1     | Diariamente los residentes se levantan a una hora determinada                           | 11  | 100  | 0   | 0,0  |
| 2     | Los fines de semana los residentes se levantan a una hora determinada                   | 5   | 45,5 | 6   | 54,5 |
| 3     | Las puertas permanecen cerradas con llave para evitar que salgan los residentes.        | 1   | 9,1  | 10  | 90,9 |
| 4     | El personal del centro puede entrar en las habitaciones a cualquier hora                | 8   | 72,7 | 3   | 27,3 |
| 6     | El horario de visitas está restringido  | 1   | 9,1  | 10  | 90,9 |
| 8     | Hay equipo interdisciplinario que visita regularmente la residencia                     | 11  | 100  | 0   | 0,0  |
| 9     | Hay que preguntar al personal cuando se quiere visitar al médico general.               | 2   | 18,2 | 8   | 72,7 |
| 10    | Hay reuniones periódicas del personal del dispositivo con los residentes                | 2   | 18,2 | 9   | 81,8 |
| 11    | La puerta principal permanece cerrada a partir de una hora determinada de la noche      | 9   | 81,8 | 2   | 18,2 |
| 13    | Los residentes deben estar en la cama a determinada hora de la noche                    | 2   | 18,2 | 9   | 81,8 |
| 14    | Durante la semana hay que regresar antes de determinada hora de la noche                | 7   | 63,6 | 4   | 36,4 |
| 16    | Durante la noche se revisa que estén los residentes                                     | 6   | 54,5 | 4   | 36,4 |
| 18    | Se revisa que los residentes están en la cama durante la noche                          | 7   | 63,6 | 3   | 27,3 |
| 20    | Los fines de semana el personal se asegura que los residentes se levantan por la mañana | 11  | 100  | 0   | 0,0  |
| 21    | Un peluquero/a visita regularmente la residencia.                                       | 2   | 18,2 | 9   | 81,8 |
| 27    | El personal es responsable de algún modo del dinero de los residentes                   | 11  | 100  | 0   | 0,0  |
| 31    | Las medicinas que están controladas por el personal, se entregan personalmente cada vez | 10  | 90,9 | 0   | 0,0  |
| 32    | Hay un control periódico del peso de los residentes                                     | 9   | 81,8 | 2   | 18,2 |
| 35    | Hay restricciones a la libre colocación de las cosas personales en la residencia.       | 2   | 18,2 | 9   | 81,8 |
| 36    | Periódicamente se revisan las pertenencias personales para buscar cosas prohibidas      | 4   | 36,4 | 7   | 63,6 |
| 41    | El momento de baño está supervisado por el personal                                     | 4   | 36,4 | 7   | 63,6 |
| TOTAL |   | 125 | 55   | 102 | 45   |

Fuente propia. Abril 2022

la coordinación de todos los dispositivos (100%). Otra práctica restrictiva que obtuvo puntaje significativo (91% de los dispositivos lo afirmaron) es el control de la medicación, tanto de su administración como del guardado de la misma. Se observa también que el personal puede ingresar a las habitaciones en cualquier momento (72%) y controla que lxs usuarixs se encuentren en sus camas durante la noche (64%).

En términos de las actividades donde existen menores restricciones se encuentra el permitir visitas y los horarios de éstas, que las puertas no permanezcan cerradas, la libertad para que lxs usuarixs puedan decorar sus espacios y acostarse en el horario que deseen por la noche.

Al analizar la restrictividad directa a lxs usuarixs, se observa que es menor en referencia a las restricciones generales. En la Tabla 3 se puede observar que en ningún dispositivo está permitido el consumo de bebidas alcohólicas ni fumar en las habitaciones. Un 72.7% no posee llave de la puerta principal. Un 63,6% no tiene permitido que ingresen personas del sexo contrario a la habitación y deben notificar al personal antes de salir. Tienen mayor libertad en aquellas actividades que tienen que ver con la administración de sus pertenencias personales y con la posibilidad de elegir ropa, horario

de descanso en su habitación, horarios del baño y para prepararse una bebida caliente.

Se analizaron también los resultados según ubicación de los dispositivos, siendo los de Luján (PR = 44%) los que se caracterizan por presentar menos prácticas restrictivas en comparación a los de Torres (PR = 47%). El dispositivo que presenta menor puntaje de prácticas restrictivas (es decir, menos cantidad de PR sobre el total de los 43 ítems planteadas en la encuesta) presentó un PR = 15; y el que más puntaje presenta, arrojó como resultado PR = 28.

En base al resultado observado en la escala, se puede afirmar que el personal es responsable del dinero de los residentes (100% según escala de PR). Esto podría deberse a que, según han referido lxs profesionales, la mayoría de lxs usuarixs poseen restricciones de su capacidad jurídica respecto de recibir apoyo para la administración de su dinero. Al igual que en otras actividades, se evalúa el caso individual, cada DRT suele contar con un fondo en común y, según lo que estipule le coordinadxr analizando las necesidades de lxs usuarixs, se les permite que administren pequeñas sumas de dinero. En lo que respecta a la toma y administración de la medicación, la escala arroja un porcentaje del 100% como responsabilidad del personal. Sin embargo,

Tabla 3. Distribución de la restrictividad directa hacia las personas usuarias

| #     | Descripción   | PR |      | PNR |      |
|-------|---|----|------|-----|------|
|       |   | n  | %    | n   | %    |
| 5     | No se puede ver la TV después de determinada hora de la noche   | 4  | 36,4 | 7   | 63,6 |
| 7     | No está permitido que las personas del sexo contrario (excluido el Personal) entren en las habitaciones | 7  | 63,6 | 4   | 36,4 |
| 12    | Los residentes tienen llave de la puerta principal  | 8  | 72,7 | 3   | 27,3 |
| 15    | Los residentes no pueden salir solos sin informar al personal   | 7  | 63,6 | 4   | 36,4 |
| 17    | Hay restricciones para el consumo de bebidas alcohólicas  | 11 | 100  | 0   | 0    |
| 19    | Los residentes no hacen su propia cama, la hace el personal   | 1  | 9,1  | 10  | 90,9 |
| 22    | Los residentes eligen el menú   | 5  | 45,5 | 5   | 45,5 |
| 23    | Durante las comidas se puede elegir la bebida   | 2  | 18,2 | 8   | 72,7 |
| 24    | Los residentes participan en la planificación del menú  | 4  | 36,4 | 6   | 54,5 |
| 25    | Los residentes pueden hacerse mate o un café o té   | 0  | 0    | 11  | 100  |
| 26    | Los residentes pueden prepararse comida o comer entre comidas principales                               | 5  | 45,5 | 6   | 54,5 |
| 28    | Les está permitido a los residentes tener fósforos o encendedor   | 0  | 0    | 11  | 100  |
| 29    | Los residentes pueden tener hojas de afeitar, cuchillos o tijeras                                       | 1  | 9,1  | 10  | 90,9 |
| 30    | Los residentes tienen medios para guardar bajo llave sus pertenencias                                   | 7  | 63,6 | 4   | 36,4 |
| 33    | Los residentes pueden elegir la ropa que quieren vestirse   | 0  | 0    | 11  | 100  |
| 34    | Los residentes tienen suficiente cantidad de ropa   | 1  | 9,1  | 10  | 90,9 |
| 37    | Los residentes pueden descansar en su cama durante el día si así gustasen                               | 0  | 0    | 11  | 100  |
| 38    | Los residentes se lavan sus propias ropas   | 5  | 45,5 | 6   | 54,5 |
| 39    | Los residentes tienen responsabilidad total sobre el uso de sus pertenencias                            | 0  | 0    | 11  | 100  |
| 40    | Los residentes pueden encerrarse con llave o pestillo en el baño  | 11 | 100  | 0   | 0    |
| 42    | Los residentes pueden elegir la hora del baño o ducha   | 0  | 0    | 11  | 100  |
| 43    | Los residentes pueden fumar en las habitaciones   | 11 | 100  | 0   | 0    |
| TOTAL |   | 90 | 38   | 149 | 62   |

Fuente propia. Abril 2022

de las entrevistas con profesionales se desprende que esto sería producto de la pandemia por Covid-19, donde lxs usuarixs convivían permanentemente con lxs operadorxs en una situación de aislamiento. Previo a ese contexto, refieren que algunxs usuarixs administraban su propia medicación.

En lo que respecta a las salidas por fuera del dispositivo, un 63% debe dar aviso al personal para poder realizarlas. Se evalúa el caso individual teniendo en cuenta sus intereses y habilidades. Si es un paseo fuera de lo cotidiano (familiares o de lejanía) se requiere dar aviso al equipo técnico. Algunxs tienen permitidxs salidas dentro del ámbito cotidiano y uso del transporte público, sobretodo lxs que poseen un trabajo.

Al respecto, en lo que refiere al área laboral, son muy pocxs usuarixs lxs que se desempeñan en un empleo formal, lxs profesionales indicaron que la mayoría asiste a un taller protegido ubicado en Torres o a emprendimientos sociolaborales que brinda el HCRC. En algunos dispositivos de Luján se llevan a cabo talleres donde confeccionan diferentes productos que luego pueden ser comercializados.

Las visitas de familiares se coordinan con el equipo técnico y/o coordinadrx del DRT. Según la escala refe-

rida, un 90% de los dispositivos tienen un horario de visitas flexible. En cuanto a los medios de comunicación algunxs usuarixs cuentan con teléfono celular propio; asimismo está permitido que con el apoyo del operadrx hagan uso del teléfono fijo.

### Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación y descritos en los apartados anteriores, podemos observar que en los DRT dependientes del HCRC conviven de igual manera, en líneas generales, prácticas restrictivas y otras que favorecen la autonomía de las personas usuarias.

Algo que ha llamado la atención, es la falta de relación entre la puntuación de práctica restrictiva y su funcionamiento real del día a día, siendo que lo que se puntúa como restrictivo en las escalas, es considerado y justificado en el dispositivo como un nivel de cuidado. Se observa en ejemplos como: establecer horarios para una adecuada convivencia, consultar sobre salidas, informar a dónde van y establecer horario de regreso.

Al analizar el nivel de restrictividad de las prácticas específicas, generales del dispositivo y a lxs usua-

rix, aparecen diferencias significativas, lo que indica que hay prácticas restrictivas consensuadas entre todos los dispositivos. Se puede observar que los DRT tienen normas rígidas sobre los horarios de llegada, el consumo de alcohol y tabaco, y el libre desplazamiento nocturno. En esta misma línea, el personal supervisa que lxs residentes estén en sus camas durante la noche y pueden ingresar en las habitaciones en cualquier momento.

Por otra parte, la restrictividad de los dispositivos limita la toma de decisiones de las personas usuarias en acciones como el manejo de los fármacos y del dinero. Si bien el apoyo hacia éstas es un aspecto importante en estos dispositivos, debe estar orientado a que aprendan habilidades y aumenten su autonomía, pues esto favorece su inclusión en la comunidad (Wong y Solomon, 2002). Al respecto, según Palacios (2008):

Los profesionales tienden a definir la independencia en términos de actividades de autocuidado, tales como bañarse, vestirse, asearse, cocinar y comer sin asistencia. Las personas con discapacidad, sin embargo, definen la independencia de manera diferente, considerándola como la capacidad de autocontrol y de tomar decisiones sobre la propia vida, más que realizar actividades sin

necesidad de ayuda. (p. 142)

Se puede pensar que las instituciones de salud mental, en su afán de ofrecer el mejor servicio a sus usuarixs y evitar así posibles daños o situaciones de riesgo, pueden priorizar aspectos más relacionados con la seguridad que con la autonomía del usuarix. Es importante resaltar que en la enunciación anterior subyace una tensión entre el refuerzo del paradigma tutelar y la ampliación de un enfoque comunitario, la cual es clave en los procesos de reforma en salud mental y de desinstitucionalización. Es por ello que, a la hora de intervenir, es importante “evitar tanto los gestos de sobreprotección discapacitante como la desatención a la que podría conducir la desestimación de la dificultad” (Cáceres et al., 2009, p. 303). Pese a que la política de salud mental ha incluido el enfoque comunitario, en la vida cotidiana de los DRT por momentos parecería que se continúa considerando a lxs usuarixs como “necesitadxs de cuidados”, con poca capacidad de autorregularse y de decidir sobre aspectos tan básicos como el horario para despertarse. Es importante destacar en este sentido, cabría preguntarse si como causa o efecto, que lxs usuarixs de los DRT no tienen el alta de internación del HCRC, lo que explica, por ejemplo, que continúen algunas prácticas restrictivas relacionadas con el cuidado de la salud por parte de lxs profesionales y/o

operatorxs, tales como el control de la medicación o de las comidas según enfermedades clínicas. Es entonces importante que las estrategias de intervención estén dirigidas a brindar los apoyos necesarios para impulsar la autonomía, ya que “son las que pueden abrir caminos singulares hacia grados crecientes de libertad y accionar autónomo” (Cáceres et al., 2009, p. 303).

Según Corrigan (2002), el empoderamiento es central para que lxs sujetxs puedan pasar de “pacientes” a actores sociales. Por tanto, es importante entender que los DRT, como parte de la red sanitaria, deben favorecer que lxs usuarixs adquieran la capacidad de control de sus vidas y participen en la comunidad (Wong, Filoromo y Tennille, 2007).

La lógica manicomial y la institucionalización de las personas con padecimiento mental conlleva a la vulneración de derechos y va en detrimento de su autodeterminación, pues a la persona usuaria se le imponen horarios para realizar actividades, encuentran amenazada su intimidad y la posibilidad de efectuar opciones personales. Encontramos bajos niveles de restrictividad en estos aspectos, por lo que se entiende que en los DRT se trabajaría en pos de promover la autodeterminación, la autonomía y la capacidad de decidir de las personas usuarias, aunque éstas muchas veces se ven supedita-

das a cada dispositivo, algunos de los cuales continúan reproduciendo ciertas prácticas asilares manicomiales.

Con lo anteriormente expuesto, podemos observar una convivencia del modelo rehabilitador (tutelar, asilar, manicomial) junto con el social: el primero caracteriza a la diversidad funcional en términos de salud/enfermedad (centrándose en los diagnósticos médicos) y considera que las personas deben ser rehabilitadas o normalizadas, poniendo el foco en las cosas que no puede realizar de manera independiente y adoptando una respuesta paternalista; y el modelo social remarca la necesidad de un cambio de la sociedad, que promueva la inclusión a través de superar las barreras sociales, rescatando las capacidades de la persona y resaltando las limitaciones como sociales y no individuales, proponiendo pensar en un modelo que, más allá de la discapacidad puesta en los cuerpos, permita pensar en aquellas barreras actitudinales, sociales y culturales que determinan las condiciones de existencias de igualdad en las sociedades.

La coexistencia de los distintos modelos, no sólo muestra la vigencia de ambos, sino permite pensar que el modelo de la rehabilitación sigue fuertemente atravesando las prácticas profesionales y los servicios de salud mental. Que hoy la discapacidad sea una cuestión



de Derechos Humanos parece incuestionable. Sin embargo, conviven miradas, prácticas y sistemas basados en paradigmas distintos. Más allá de que los cambios en los discursos se han extendido ampliamente en las prácticas, en las manifestaciones de la cultura y en las estructuras de la sociedad, se mantienen aún vigentes ambos modelos (rehabilitador y social).

Un aspecto que no se incluyó en profundidad en la presente investigación, y que creemos importante tener en cuenta para futuros análisis, es el relacionamiento con lxs vecinxs y sus actitudes. Sabemos, según información suministrada por la coordinación de los DRT, que la adquisición de los inmuebles tras conocer el uso que se le dará a los mismos, llevó a que muchas operaciones no se pudieran concretar, lo que indica un alto nivel de estigma sobre este colectivo. Los estereotipos sociales muestran a las personas con diagnóstico psiquiátrico como peligrosas y, en general, como incapaces de autogestionarse. Consideramos imperante la necesidad de implementar estrategias que aboguen por el trabajo con la comunidad, en busca de romper el estigma asociado a los padecimientos de salud mental, propiciando que haya más espacios de participación comunitaria.

No queremos dejar de mencionar la diferencia sus-

tancial observada en lo que respecta a la ubicación de las viviendas y su relación con el entramado comunitario: en la ciudad de Luján se cuenta con variados medios de transporte, comercios, clubes, espacios de esparcimiento, etc., muy favorables para la reinserción social, la integración comunitaria y, por ende, una mejora de la calidad de vida. Algo que ha llamado la atención es que los dispositivos ubicados en el pueblo de Torres, muy cercanos al HCRC, contradicen en cierta manera las pautas brindadas por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019), que menciona la integración de estos dispositivos al tejido comunitario, descartando que se encuentren en zonas alejadas de la vida social y que estén insertos o próximos a instituciones monovalentes de salud mental.

A pesar de ello se entiende que los primeros dispositivos fueron creados recién reglamentada la Ley Nacional de Salud Mental (2010). Sin embargo, consideramos importante rever esta cuestión teniendo en cuenta que Torres es un pueblo que sentó sus bases con la creación del HCRC, por lo cual muchos de sus habitantes, y varias generaciones, trabajan o han trabajado allí o en los DRT, de modo que hay un imaginario construido sobre los padecimientos mentales y su abordaje.

Creemos imperante la necesidad de implementar

estrategias que aboguen por el trabajo con la comunidad en busca de romper el estigma asociado a los padecimientos de salud mental, propiciando que haya más espacios de participación comunitaria. En este sentido, destacamos la experiencia del P.R.E.A, en la que se creó un centro de día que ofrece talleres y actividades promotoras de salud para la comunidad en su conjunto donde participan personas externadas desde su condición de vecinxs. Según Cáceres et al., (2009), esto “posibilita ir aportando a la conformación de un imaginario social no discriminatorio y, por lo tanto, favorable a la reintegración de las personas internadas en los hospitales psiquiátricos como parte de la vida comunitaria” (p. 304).

Dentro de las limitaciones de la presente investigación, encontramos la elección de la muestra no probabilística por conveniencia, la cual no permite generalizar los resultados del grupo focal a otrxs usuarixs que no sean lxs que participaron debido a su proporcionalidad, sobretodo en lo referente al género de la población abordada y a la ubicación de los dispositivos de ésta. Sin embargo, nos parece importante rescatar y resaltar el haber podido visibilizar lo relativo a las actitudes y opiniones de lxs usuarixs. La valoración subjetiva que éstxs expresan sobre los DRT es tomada como “medida de resultado”, ya que consideramos que la satisfacción

de lxs usuarixs debería ser uno de los objetivos de los dispositivos. No obstante, entendemos que esta valoración surge en comparativa con el régimen vivido en sus internaciones, donde su autonomía, identidad e intimidad se encontraban más restringidas. Esta decisión se toma debido a que en el campo de la salud mental, los aspectos subjetivos han cobrado cada vez más importancia, en el marco del cambio conceptual que supone el paradigma de la atención comunitaria en salud mental. En efecto, hablar de ciudadanxs, sujetos de derechos, significa entre otras cosas reconocer la capacidad para opinar y pertinencia de las opiniones, en consonancia con el énfasis en las dimensiones subjetivas, que incorporan modelos como los basados en el concepto de “recuperación”, o la perspectiva de “empoderamiento”. Consideramos su palabra como indispensable en la planificación y evaluación de servicios e intervenciones.

A modo de cierre, es preciso reconocer la gran importancia que tienen en la vida de las personas los programas residenciales: “la vivienda ha dejado de ser exclusivamente un tema de bienestar social, sino más bien se considera un componente importante del tratamiento y de las políticas en salud mental” (Kloos y Townley, 2011, p. 105). Enfocarse en un modelo centrado en las necesidades y deseos de lxs usuarixs debería ser nuestro norte. Esto va de la mano de brindar la

posibilidad de poder pensar un proyecto de vida en el que puedan lograr las diferentes metas que se propongan según sus intereses y habilidades, y así correrlos del lugar de pacientes, para dar lugar a su subjetividad, es decir, para pensarse más allá del padecimiento mental. Este enfoque nos permitiría reconocer y validar a las personas como sujetos de derechos y agentes activos en la construcción de su propio bienestar, fomentando su autonomía y el desarrollo de una identidad que no esté exclusivamente determinada por el diagnóstico o su condición de salud. Al situar la vivienda y los programas residenciales como espacios de desarrollo personal, se abre la puerta para que las personas en tratamiento puedan proyectarse en una vida autónoma, con capacidad de decidir sobre sus entornos y las actividades significativas en su día a día, favoreciendo su inclusión en la comunidad y contribuyendo a la construcción de una sociedad más equitativa y respetuosa de la diversidad humana.

### Agradecimientos

Queremos agradecer especialmente al equipo de Docencia e Investigación del Hospital Nacional y Comunidad Dr. Ramón Carrillo, quienes nos han acompañado y supervisado en el desarrollo de la investigación. Asimismo, hacer una mención especial al equipo

de los Dispositivos Residenciales Territoriales quienes nos brindaron la posibilidad de acceder a nuestro objeto de estudio con suma amabilidad. Por último, y no por ello menos importante, agradecer a las personas usuarias que nos han abierto las puertas de sus hogares para que podamos sumar sus voces a este escrito.

### Bibliografía

Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M. y Riva Roure, M. (2009). El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *Revista argentina de psiquiatría Vertex*, 20 (86), 299-307.

Corrigan, P. (2002). Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 73 (3), 217-28. <https://doi.org/c10.1023/a:1016040805432>

Esses, J. (2012). *No tan distintos. Historias de gente con discapacidad mental*. Capital Intelectual.

Grandón, P., Bustos, C., Cova, F., y Tapia, C. (2015). Evaluación de la restrictividad de dispositivos residenciales para personas con un diagnóstico psiquiátrico en el modelo de salud mental comunitaria en Chile. *Universitas Psychologica*, 14 (4), 1359-1370.

Honorable Congreso de la Nación. (2008). Ley Nacional N° 26.378. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo, 6 de junio

Honorable Congreso de la Nación (2010). Ley Nacional de Salud Mental, Ley N° 26.657, 25 de noviembre.

Jordá, E. y Espinosa, J. (1991b). Study of alternative accommodation, using the hospital hostel practices profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 151-156.

Keena, C., Rossetto, J., Somoza, M. y de Lellis, M. (2017). Dispositivos residenciales comunitarios asociados a la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca" de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista argentina de psiquiatría Vertex*, 131, 11-22.

Kloos, B. y Townley, G. (2011) Investigating the Relationship between Neighborhood Experiences and Psychiatric Distress for Individuals with Serious Mental Illness. *Adm Policy Ment Health*, 38 (2), 105-116. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0307-y>

López, M., Fernández, L., García-Cubillana, P., Moreno, B., Jimeno, V., y Laviana, M. (2005). Evaluación

del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía. *Rehabilitación Psicosocial*, 2 (2), 44-55.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019). Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental. Anexo I de RESOL-2019-715-APN-SGS#MSYDS

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Editorial CINCA

Plena Inclusión (2022). *Reducción de las prácticas restrictivas centradas en cada persona. Planificación y acciones*. BILD Publications Bild Publications y Plena inclusión España. <https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2022/01/ReduccionRestricciones.pdf>

Rossetto, J. y de Lellis, M. (2007). El proceso de reforma institucional: la experiencia de tres años de gestión en la Colonia Nacional Montes de Oca". *Revista Argentina de psiquiatría Vertex*; 18 (73), 225-238.

Somoza, M., de Lellis, M., Keena, C. y Rossetto, J. (2017). Calidad de vida en usuarios de dispositivos residenciales comunitarios en salud mental. *Investigaciones en psicología*, 22(1), 79-88.

Tapia, C., Grandón, P. y Bustos, C. (2014). Relación entre el funcionamiento de un hogar/residencia protegida para personas con trastorno mental severo, el apoyo social del cuidador y las habilidades de la vida diaria de los residentes. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 52 (1), 20-28. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000100003>

Wong, Y., y Solomon, P. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, 4, 13-28. <https://doi.org/10.1023/A:1014093008857>

Wong, Y., Filoromo, M., y Tennille, J. (2007). From principles to practice: A study of implementation of supported housing for psychiatric consumers. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34 (1), 13-28. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0058-y>

Wright, P. y Kloos, B. (2007) Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology*, 27 (1), 79-89. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2006.12.001>



# La continuidad en procesos de atención en salud mental en la ciudad de Rosario, Santa Fe, desde la perspectiva de usuarios/as

**VELZI-DIAZ, Alberto.**

Psicólogo, Universidad Nacional de Rosario (UNR), Magister y Doctor en Salud Colectiva (Unicamp, Brasil). Docente, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Investigador Independiente del Consejo de Investigaciones de la UNR.

Contacto: [algiova@gmail.com](mailto:algiova@gmail.com)

**PIETRODARCHI, Jimena.**

Psicóloga, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Diplomada en Salud Mental Comunitaria, UNLa. Docente, Facultad de Psicología, UNR. Integrante del equipo técnico en Centro Territorial de Salud Mental "La Posta Norte", Rosario.

Contacto: [jimepietrodarchi@gmail.com](mailto:jimepietrodarchi@gmail.com)

**Recibido:** 14/04/2024; **Aceptado:** 04/10/2024

**Cómo citar:** Velzi-Diaz, A., Pietrodarchi, J., Santanocito, G., Garcete, E., Toth, C., Starna, G., y Benítez, P. (2024). La continuidad en procesos de atención en salud mental en la ciudad de Rosario, Santa Fe, desde la perspectiva de usuarios/as. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 110-127.

**SANTANOCITO, Gisela.**

Psicóloga y Profesora de Psicología, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria (UNR). Docente e investigadora, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

Contacto: [giselasantanocito@yahoo.com.ar](mailto:giselasantanocito@yahoo.com.ar)

**GARCETE, Esmeralda.**

Psicóloga y Profesora de Psicología, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria (UNR). Docente, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

Contacto: [esmeraldagarcete@hotmail.com](mailto:esmeraldagarcete@hotmail.com)

**TOTH, Camila.**

Lic. en Psicología. Ex Residente Hospital José Tiburcio Borda.

Contacto: [camilatoth1@gmail.com](mailto:camilatoth1@gmail.com)



**STARNA, Germán.**

Lic. en Musicoterapia. Acompañante terapéutico y Operador Comunitario en Dispositivo Territorial de Soporte para el abordaje de situaciones socio-subjetivas complejas. Musicoterapeuta en Equipo Técnico, Municipalidad de Pérez.

Contacto: [starnagerman@gmail.com](mailto:starnagerman@gmail.com)

**BENITEZ, Paola.**

Psicóloga. Especialista en Ps. Clínica, Institucional y Comunitaria, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Docente, Facultad de Psicología, UNR. Integrante del Consejo Directivo del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental de la provincia de Santa Fe.

Contacto: [paolabenitez.psi@gmail.com](mailto:paolabenitez.psi@gmail.com)

**Resumen**

En este artículo investigamos la continuidad de los procesos de atención de un grupo de usuarios/as de servicios de salud por motivos de salud mental, y tiene como objetivos analizar la continuidad de la atención en el Sistema de Salud de la ciudad de Rosario, desde la perspectiva de usuarios/as con Padecimiento Mental Severo y Persistente (PMSP), describir la utilización que hacen de la red de servicios y analizar la valoración del vínculo que establecen con los equipos de salud. Para profundizar la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, particularmente en lo que respecta a la planificación, gestión y fortalecimiento de los servicios comunitarios de salud y salud mental, resulta fundamental –entre otros objetivos– situar con precisión grupos poblacionales cuyas problemáticas (vulnerabilidad psicosocial, vinculadas a las violencias, dificultades en el acceso a la vivienda, entre otras) requieren de la implementación de estrategias de abordaje similares, más allá de la singularidad de cada caso e independientemente del diagnóstico. Utilizamos una metodología cualitativa, basada en el análisis del discurso. Entrevistamos 15 usuarios/as, indagando en torno a diversos aspectos socio-demográficos, como principalmente aquellos relativos a sus procesos de atención. En cuanto a los resultados, encontramos que

los/as usuarios/as hacen uso de una serie de servicios de salud y salud mental, con diversos grados de articulación entre sí, incluso combinando y alternando entre servicios de diferentes niveles de atención.

**Palabras clave:** atención primaria de la salud – trastornos mentales graves – servicios comunitarios de salud mental – planificación en salud comunitaria – perspectiva del paciente

**Título original en inglés:** *Continuity in mental health care processes in the city of Rosario, Santa Fe, from user's perspective*

### **Abstract**

In this article we research the continuity of the care processes of health services users' for mental health reasons and aims to analyse the continuity of care in the health system of Rosario city, from users with severe and persistent mental health condition (SPMH) perspective, describe the use they make of the service network and analyse the assessment of the bond they establish with health teams. To deepen the implementation of the National Mental Health and Addiction Law, particularly as regards the planning, management and strengthening of community health and mental health services, it is essential to precisely identify population

groups whose difficulties (psychosocial vulnerability, problematics linked to violences, difficulties in housing access, among others) require the implementation of similar approach strategies, beyond the uniqueness of each case and regardless of diagnosis. We use a qualitative methodology, based on discourse analysis. We interviewed 15 users, investigating various socio-demographic aspects, as mainly those related to their care processes. Results: We find that users make use of a series of health and mental health services, with varying articulation stages, even combining and alternating between services of different care levels.

**Keywords:** primary health care – severe mental disorders – community mental health services – community health planning – patient preferences

### **1. Introducción**

En los últimos años, las investigaciones realizadas por este equipo de trabajo presentan un hilo conductor respecto del estudio de temáticas ligadas a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (LNSMyA), principalmente haciendo foco en investigar las condiciones de posibilidad para el sostenimiento de procesos de atención en salud mental de forma ambulatoria, promoviendo la autonomía de usuarios/as y,



en lo posible, evitando las internaciones en hospitales monovalentes. Luego de realizar diversas investigaciones desde la perspectiva de las/os trabajadoras/es, éstas nos interrogaron e impulsaron a conocer la perspectiva de las personas usuarias de los servicios y dispositivos de salud mental respecto de sus experiencias de atención/cuidado. Este artículo presenta resultados de una investigación cuyo objetivo es analizar la continuidad de la atención desde la perspectiva de usuarios/as del sistema de salud con Padecimiento Mental Severo y Persistente (Velzi-Díaz et al., 2022).

Históricamente, el modelo médico hegemónico (Menéndez, 2020) que se expresa en las instituciones sanitarias, con prácticas fragmentarias y lógicas asilares ha impactado en la vida de estas personas y sus familias. Esta es una de las razones por las cuales el modelo social de la discapacidad y el modelo de salud mental comunitaria destacan el necesario protagonismo de usuarios/as de los servicios de salud/salud mental y entienden que es fundamental tener en cuenta su voz, sobre todo de quienes han padecido las intervenciones manicomiales.

Este es un punto irrevocable que marca en la cultura el lema “nada sobre nosotros/as sin nosotros/as” (ONU, 2006), impactando en la vida de quienes lo nombran y lo ponen en práctica constituyéndose en actores cla-

ves en la lucha por sus derechos e intentando poner en agenda políticas públicas con su participación efectiva, acordes a sus necesidades y respetuosa de sus derechos.

En ese sentido, consideramos importante situar con precisión grupos poblacionales cuyas problemáticas (vulnerabilidad psicosocial, vinculadas a las violencias y los consumos, dificultades en el acceso al trabajo y la vivienda, entre otras) sean abordadas, más allá de la singularidad de cada caso e independientemente del diagnóstico, a partir de la implementación de estrategias similares. Desde la psiquiatría se ha desarrollado la categoría de Trastorno Mental Severo y Persistente (TMSP), ofreciendo elementos para comprender con mayor rigurosidad las singularidades de un grupo de usuarios/as que precisan una atención/cuidado diferenciada y sostenida en el tiempo.

Para algunos autores (Ruggeri et al., 2000; Parabiaghi et al., 2006; Lopez y Laviana, 2007) parece existir consenso en torno a qué aspectos tener en cuenta para una definición operativa de Trastorno Mental Severo:

- Una sintomatología caracterizada por las dificultades de captación de la realidad y de manejo, entre otras cosas, de las relaciones interpersonales.

- Evolución prolongada en el tiempo (habitualmente más de dos años), lo que implica además una utilización continuada o muy frecuente de distintos tipos de recursos sanitarios y sociales, entre los que se hace hincapié en los de hospitalización.
- Alteraciones en varios aspectos funcionales, como la vivienda, tareas de la vida cotidiana, las relaciones sociales, el empleo, la conducta social.
- Lopez y Laviana (2007) proponen agregar una cuarta dimensión: la existencia de un medio social próximo (contexto) poco tolerante o agotado, que debe ser considerado a la hora de analizar la situación de las personas que requieren atención y definir las intervenciones.

En el marco de esta investigación, realizamos una revisión y análisis histórico de la categoría (TMSP), proponiendo un deslizamiento del concepto de trastorno hacia el de padecimiento mental severo y persistente a la luz del paradigma de Derechos Humanos y Salud Mental en la Argentina (Velzi-Diaz et al., 2022).

Las personas que se incluyen en la categoría Padecimiento Mental Severo y Persistente corresponden a

grupos de usuarios/as externados/as o en proceso de externación de los Hospitales Psiquiátricos (HP) (con énfasis en aquellas con internación de larga data), quienes se atienden ambulatoriamente y que periódicamente podrían requerir internaciones breves, así como aquellas que, sin haber llegado al HP, también precisan de estrategias sólidas y sostenibles en el tiempo para evitar llegar al mismo.

El modelo de Salud Mental Comunitaria enmarcado en la LNSMyA nos desafía a construir procesos de atención de las personas con padecimientos severos y persistentes que sean sostenidos continuamente a lo largo del tiempo, que se desplieguen, fundamentalmente, en el territorio donde viven y que estén enmarcados en la interdisciplina y la intersectorialidad.

En este sentido, nos propusimos conocer la perspectiva de usuarios/as respecto de sus procesos de atención como dimensión central a la hora de desarrollar políticas públicas y/o evaluar prácticas, dispositivos o servicios. ¿Qué uso hacen de la red de atención? ¿Se atienden en el primer nivel de atención, en el segundo nivel, en ambos? ¿Hay articulación entre los diferentes servicios/efectores en donde reciben atención? ¿Cómo se conforman sus equipos de referencia? ¿Con qué dificultades se encuentran? ¿Tienen una participación acti-

va en el tratamiento y en la construcción de su proyecto terapéutico? ¿Qué características deberían tener los/as trabajadores/as de la salud mental? ¿Cómo fue la atención durante la pandemia?

En este artículo nos proponemos analizar la continuidad de la atención en el Sistema de Salud de la ciudad de Rosario, desde la perspectiva de usuarios/as con Padecimiento Mental Severo y Persistente (PMSP), describir la utilización que hacen de la red de servicios y analizar la valoración del vínculo que establecen con los equipos de salud.

## 2. Metodología

A partir de una metodología cualitativa y desde la perspectiva del análisis del discurso (Pecheux, 1978), procuramos comprender las experiencias y valoraciones que las personas usuarias de los servicios de salud, por motivos de salud mental, hacen de sus procesos de atención. En este sentido, se realizaron y analizaron 15 entrevistas a usuarios/as con padecimiento mental severo y persistente, realizadas en el año 2021, finalizando la pandemia por COVID-19, y durante el año 2022. Por estos motivos, algunas de las entrevistas fueron realizadas de forma virtual (llamados telefónicos y/o videollamadas) y otras pudieron ser realizadas de forma

presencial. Todas las entrevistas fueron grabadas para luego ser transcritas.

El acceso a las/os participantes de las entrevistas se dio por diferentes vías, por un lado, la propia trayectoria del equipo de investigación y de algunos de sus integrantes que conocen y tienen acceso desde hace tiempo a usuarios/as de salud mental y, por otro lado, a partir de contactos con trabajadores/as de diversos servicios y dispositivos de la red pública de salud, que a su vez nos pusieron en contacto con posibles interesados/as en participar de la investigación y que cumplían los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión para las personas usuarias fueron: tener al momento de la entrevista un período continuo de tratamiento por motivos de salud mental de por lo menos 2 años; que debido a estos motivos hayan usado de más de un servicio y/o dispositivo de la red de salud y; que acepten participar de la investigación dando su consentimiento luego de ser informados debidamente en torno a los resguardos de confidencialidad y la posibilidad de decidir dejar de participar en el momento que lo deseen.

Luego de realizadas y transcritas todas las entrevistas, para facilitar el análisis y el manejo del material, las

mismas fueron volcadas en una tabla utilizada como matriz de análisis teniendo en cuenta los diversos ejes abordados en las entrevistas: datos demográficos, valoración del vínculo con los equipos, uso de la red/servicios.

Nos resulta pertinente mencionar en este apartado que durante las entrevistas consideramos, desde el equipo de investigación, que fueron escasas las referencias a críticas, dificultades y/o problemas con relación a los procesos de atención por parte de los/as usuarios/as. Entendemos que es importante destacar esto ya que podría ser un sesgo de nuestra investigación, pudiendo ser atribuido – entre otras, pero fundamentalmente – a dos cuestiones: por un lado, el momento de realización de la entrevista, coincidente con la apertura de las instituciones de salud pos pandemia y la valoración altamente positiva que de esto tuvieron todos/as los/as entrevistados/as y, por otro lado, las dificultades propia del proceso de realizar entrevistas a usuarios/as que fueron contactados para participar de la investigación por trabajadores/as de sus equipos de referencias. De hecho, los/as usuarios/as que han tenido un posicionamiento más crítico respecto de sus procesos de atención han sido aquellos/as que hemos contactado por fuera de sus equipos tratantes y que, además, poseen una trayectoria de años de militancia organizada en el

campo de la defensa de sus derechos como usuarios/as de salud mental.

### 3. Resultados

#### 3.1. Datos sociodemográficos y factores de protección social

Los datos precisados en la Tabla 1 nos permiten reflexionar acerca de los procesos de autonomía y los factores de protección social. Los primeros dan cuenta de la producción de los apoyos necesarios para posibilitar la participación plena en la sociedad y el ejercicio de los derechos (ONU, 2006), en tanto los factores de protección social son aquellos que permiten garantizar los derechos básicos, y que los mismos sean soporte de otras estrategias e intervenciones vinculadas al proceso de atención en salud.

Entrevistamos a 15 usuarios/as, de entre 20 y 60 años. Del total, 12 usuarios/as conviven con familiares y 3 viven solos/as en pensiones, lo cual podemos vincularlo a la necesidad de apoyos familiares y afectivos en comunidad. En relación al trabajo, hallamos que 12 usuarios/as se encuentran desocupados/as, siendo que 9 de ellos/as manifestaron tener experiencia laboral, mientras que los/as 3 restantes poseen trabajo informal. Respecto a otras vías de ingresos económicos, 9

usuarios/as cuentan con ingresos formales (8 perciben pensión no contributiva y 1 jubilación) y 6 usuarios/as no cuentan con ninguna protección social como son las pensiones y jubilaciones. Queremos destacar que, respecto a este eje consultado, en todas las respuestas aparece la referencia al trabajo, la necesidad de mayores ingresos y la complejidad de la situación de desempleo.

Por último, respecto a los procesos de atención, 11 usuarios/as refieren haber transitado procesos de atención por motivos de Salud Mental desde hace más de 8 años y 4 usuarios/as hace más de 2 años. La utilización

continuada de recursos sanitarios por parte de los/as usuarios/as nos permite evidenciar la necesidad de los recursos de la red de salud destinados para los procesos de atención de usuarios/as con padecimientos persistentes.

### 3.2. Atención y utilización de la red

El análisis de las entrevistas nos permite precisar que los/as 15 usuarios/as cuentan con cobertura en el sistema de salud público, de los cuales 9 están referenciados/as sólo a los efectores de la red pública de sa-

Tabla 1. Datos sociodemográficos y factores de protección social

| Entrevistas<br>15 usuarios | Situación<br>Habitacional/<br>Convivencial | Inserción<br>Laboral         | Protección<br>Social   | Procesos<br>de Atención                        |
|----------------------------|--|------------------------------|--|--|
| 10 mujeres y 5<br>varones  | 12 viven con su<br>familia                 | 12 están desocu-<br>pados    | 9 perciben ingre-<br>sos formales (8<br>pensión y 1<br>jubilación) | 11 reciben aten-<br>ción hace más de<br>8 años |
|                            | 3 viven solxs en<br>pensiones              | 3 tienen trabajo<br>informal | 6 sin ingreso<br>formal  | 4 reciben atención<br>hace más de 2 años       |

Fuente: Elaboración propia

lud y 6 reciben atención de forma mixta: 2 usuarios/as entre PAMI y el sistema de salud público; 3 usuarios/as en instituciones conveniadas entre Incluir Salud y el sistema público de salud y 1 usuario/a entre el sector privado y el sistema público de salud. Respecto a los tratamientos por motivos de salud mental, los/as entrevistados/as refieren utilizar la red de salud pública, tanto municipal como provincial y puntualmente se destaca el primer nivel de atención como el lugar de mayor referencia. Asimismo, también se menciona en 14 entrevistas, referencia con Hospitales Generales (municipales y provinciales) y Hospitales Monovalentes (provinciales). En el sector público es importante destacar que hay experiencias de usuarios/as que sostienen sus procesos de atención entre el primer y el segundo nivel de atención, por ejemplo, se atienden por consultorios externos en el Hospital General con un/a psiquiatra y en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) con un/a psicólogo/a.

A lo largo de las entrevistas hallamos diferentes modos de articulación entre efectores/servicios, por ejemplo, entre los CAPS con los Hospitales Generales o con el Hospital Monovalente, y entre los CAPS y los servicios y/o dispositivos alternativos o centros de día. Estos hallazgos nos interpelan a reflexionar en torno a la influencia la fragmentación del sistema de salud en

la continuidad de la atención. Galende (2008) sitúa que tanto la fragmentación y la descentralización del sistema de salud constituyen un obstáculo en el diseño de una política de salud mental que incluya la prevalencia de los problemas de salud y la estructura de los servicios del sistema de salud mental existente. Sin embargo, esto parece ponerse en tensión con lo manifestado por los/as usuarios/as entrevistados/as, quienes hacen mención a que – pese a diversas dificultades – reciben cobertura de cuidados y hacen uso de diversos servicios de diferentes niveles de complejidad de la red de atención, tienen equipos de referencia, acceden a dispositivos alternativos como también a internaciones breves cuando se considera necesario. De hecho, podemos observar que la gestión de la pandemia, aún con sus complejidades, ha visibilizado la articulación de procesos de gestión entre distintos sectores del sistema de salud y revalorizado la epidemiología como una herramienta insoslayable en salud pública, lo que reactualiza la necesidad, ya histórica en estos tiempos, de un sistema de salud integrado (Canela, 2021) que construya una política de salud con colaboración entre sectores y jurisdicciones.

Otro aspecto abordado refiere a la atención en situaciones de crisis subjetivas. Catorce usuarios/as han cursado, en los últimos tiempos, internaciones por mo-

tivos de salud mental que mayoritariamente fueron de corta duración, tanto en Hospitales Monovalentes (ingreso por guardia) como en Hospitales Generales (vía derivación). Así lo expresan: “Estuve internado tres días después de esta crisis y después me sentí mejor. Se enteraron los médicos que me atendían siempre en la salita [CAPS] y fue mi psicóloga a verme” (E11); “solo utilicé la guardia en una primera instancia ante la situación de crisis (...) fui estabilizada en el Hospital, pero no tuve una internación ahí, sí mantuve una ‘internación’ en mi casa, con la compañía constante de algún familiar” (E8) y “primero estuve en la guardia del hospital, y bueno, a veces estaba una semana, a veces estaba cinco días, a veces estaba tres días” (E5).

Las narrativas respecto a los procesos de internación de los/as usuarios/as frente a las crisis, nos permiten visibilizar que – a catorce años de la sanción de la LNSMyA – en la ciudad de Rosario se efectivizan internaciones de corta duración en Hospitales Generales, como lo explicita su artículo 15. Considerando que muchas de las internaciones se prolongan en el tiempo por causas sociales y/o habitacionales, es evidente que contar con los apoyos necesarios, soportes relacionales, redes institucionales, familiares y afectivas de apoyo – como cuentan un gran porcentaje de los/as usuarios/as que entrevistamos – favorece los abordajes comunita-

rios y su sostenimiento en el tiempo. También contribuye a esto las características del vínculo y la referencia que los/as usuarios/as construyen con los efectores de salud territoriales y la articulación de estos con otros servicios y dispositivos alternativos de salud mental. La mayoría de los/as entrevistados/as asisten a servicios y dispositivos alternativos, excepto uno/a, que había asistido anteriormente pero que al momento de la entrevista – por voluntad propia – no lo estaba haciendo.

Durante la pandemia de Covid-19 (2020-2021) surgen, de lo expresado por las personas entrevistadas, importantes dificultades para sostener sus tratamientos en salud pública, debido al Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y la reformulación de la atención en centros de atención primaria de la salud. Este contexto propició que se contemple fundamentalmente la atención de la enfermedad. Tal como lo corroborado en otros estudios (Ardila et al., 2021; Agrest et al., 2022), los/as usuarios/as manifestaron en varias entrevistas una reducción de la atención en salud mental a la entrega de medicación, videollamadas en caso de contar con los dispositivos adecuados e internet, como con los conocimientos necesarios para su uso (estos casos no eran los más frecuentes), además de expresar que la posibilidad de asistir a dispositivos alternativos era muy compleja, casi inexistente, durante el primer período de

la pandemia. Algunos/as entrevistados reflejan cómo les afectaba esta situación: “no podía venir. Por teléfono. Al centro de salud me llevaba mi hijo. Cuando no se podía llamaba por teléfono. Por videollamada. Me sentía ofuscada, me sentía ahogada, ahí en mi casa. No podía salir” (E13).

Otro punto a destacar son las prácticas que incluyen en sus estrategias a acompañantes terapéuticos (AT). Por un lado, como ya lo habíamos evidenciado en estudios anteriores (Velzi-Díaz et al, 2018), en muchas situaciones son impuestos como condición en los hospitales generales para proceder a la internación y, en muchas situaciones es difícil establecer la función y/o el criterio de necesidad de dicho recurso:

(...) tenía una preferencia con una de las acompañantes en mi internación, ella fue la última que dejó de atenderme... Por ahí me fastidiaba. Según que... porque yo no tenía ganas de hablar y es como que ella venía, y se sentaba... y pobre... me daba lástima. Y capaz que yo tenía ganas de estar durmiendo, quería estar acostada, no quería que me hablen. (E5)

Por otro lado, los AT también son referenciados por los/as usuarios/as como actores necesarios en la producción vincular en los procesos de externación. Los

mencionados acompañamientos son clave para pensar en un sostén que habilite condiciones de posibilidad para la construcción de autonomía en la cotidianidad de la vida de los/as usuarios/as. “Tengo más confianza con G, lo veo tres veces por semana, porque hablamos, tomamos una soda... vamos a la pileta del complejo X, vamos a hacer un recorrido por Rosario. Me gusta salir” (E6).

Es necesario hacer un paréntesis durante la pandemia, donde todos estos espacios y prácticas se vieron cerrados o suspendidos temporalmente, algunos sosteniendo de manera artesanal instancias virtuales. Una vez que se autorizó la apertura nuevamente, algunos refieren que la participación no fue la misma, sobre todo debido a la reducción de la periodicidad. Así lo expresaban: “hace 2 meses que no veo a mi psicóloga por la pandemia, pero ya me mandó un mensaje que el martes nos encontramos” (E3) y “el centro de salud estuvo cerrado por la cantidad de contagios, tuve una charla de videollamada con mi psicóloga” (E5).

A pesar de la escasez – con relación a la demanda – de los servicios y dispositivos alternativos, es notable la relevancia de los mismos en los procesos de atención. Nos interesa valorar que, a partir de las entrevistas realizadas, pudimos constatar que estos constituyen



lugares fundamentales en los proyectos terapéuticos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Dichos servicios y dispositivos crean espacios de producción de nuevas modalidades en el abordaje del sufrimiento psíquico que conlleva a la institucionalización de estas nuevas experiencias en el campo de la salud mental (Faraone y Barcala, 2020). En la ciudad de Rosario, los dispositivos y servicios alternativos, en gran proporción, fueron creados por iniciativa de los/as trabajadores a partir de la necesidad de instituir el modelo de salud mental comunitaria, producto de luchas y acumulaciones simbólicas y prácticas.

De acuerdo con Gerlero y Ausgburger (2012), en la década del 2000 se han sumado psicólogos/as y psiquiatras en la red de APS de la ciudad de Rosario y se ha ampliado la cantidad de servicios y dispositivos alternativos. Destacamos que algunos de estos se solventaron a partir de Proyectos de Extensión Universitaria que habilitan escasos recursos económicos para proyectos territoriales, por lo que presentan dificultades en su sostenimiento/financiamiento. Apostando, de este modo, a un trabajo que supone una articulación política e institucional entre universidad y sistema de salud que propicia la invención de nuevos procesos de trabajo.

Con referencia a la participación en dispositivos

alternativos todos/as los/as usuarios/as mencionaron que asisten o asistieron en el marco de sus proyectos terapéuticos. Sólo 1 usuaria refiere no haber podido participar por motivos vinculados a su padecimiento subjetivo, 12 usuarios/as refieren que han sido propuestas pensadas en conjunto con su equipo de referencia y que existe comunicación permanente entre ambos equipos; 1 no concurre a ningún dispositivo y 2 usuarios/as manifiestan desconocer si hay articulación entre los equipos de los efectores de salud y los dispositivos alternativos.

Dichos dispositivos constituyen lugares de referencia y valor para la construcción de una exterioridad, espacios transicionales que promueven la producción de encuentros con otros/as, donde se pone en juego, objetos de la cultura, educación, arte, entre otros. Son instituciones subjetivantes que producen apoyos en la cotidianidad de los/as usuarios/as fortaleciendo el lazo con otros/as y sus procesos de autonomía. Constituyendo los mismos un punto de inflexión en el proceso de atención. “[X dispositivo] me ha dado fortaleza (...) más allá que soy usuario de salud mental, la idea es salir un poco de la salud mental y ligarme a otras cuestiones, artísticas por ejemplos...este dispositivo me permitió eso” (E9) y “ahí conozco a mucha gente, muchos amigos” (E4).

### 3.3. Equipos de referencia

La población entrevistada, en su mayoría, refiere que su equipo de referencia está conformado por psiquiatras y psicólogos/as. En menor medida aparecen como referencia trabajadores/as de otras disciplinas: trabajo social y/o acompañante terapéutico. La co-existencia del modelo médico hegemónico y el modelo de la salud mental comunitaria en el marco de los equipos de referencia, generan tensiones y es compleja la integración de la salud mental en las prácticas de salud en general (Gerlero y Augsbουργer, 2012), la transversalización de la perspectiva de la salud mental en los equipos de salud, está en permanente construcción.

Consultados/as sobre la frecuencia de la atención, 6 usuarios/as indican que a su psiquiatra los/as ve una vez al mes y 2 usuarios/as refieren tener entrevistas cada 15 días. En el resto de los/as entrevistados/as, no se logra precisar la frecuencia, pero sí manifestaciones como: “(...) la cantidad de veces que voy a visitar a los profesionales me parece bien, pero a veces siento que pueden ser algunas veces más” (E15). Respecto a psicólogo/as, 3 usuarios/as tienen turno semanalmente, 2 usuarios/as 2 veces por semana, 1 usuario/a cada 15 días y 2 usuarios/as 1 vez al mes. En algunas de las entrevistas, es posible observar cómo fue variando la

frecuencia a lo largo del proceso de atención: “respecto a la frecuencia de las consultas, en su momento veía a mi terapeuta dos veces por semana, y al psiquiatra cada quince días, me parecía que estaba bien y a mi actual psicólogo lo veía cada 15 días y actualmente una vez por mes” (E8).

Otro aspecto a destacar es que los/as entrevistados/as se expresan críticamente respecto de la alta rotatividad de profesionales a lo largo del proceso de atención, en mayor medida, de los/as psicólogos/as y los cambios en el resto de los/as integrantes de los equipos tratantes. Estos cambios están ligados a movimientos del efector y/o de los propios trabajadores muchas veces en función de sus precarias condiciones de trabajo que, sumada a la alta y compleja demanda, terminan renunciando o pidiendo traslados, o entran en licencia por motivos de salud mental.

También se dieron situaciones que implicaron la derivación de usuarios/as del segundo nivel al primer nivel de atención, como también ha habido pedidos de parte de ellos/as debido a malestares que han podido expresar. “Yo me estaba atendiendo siempre en el Hospital X (general), tanto psicológicamente y psiquiátricamente. Después me cambié de psicóloga como por dos meses, ahí en el hospital y después me derivaron

acá en el centro de salud que me quedaba más cerca” (E5).

La mayoría manifiesta cambios positivos respecto al cambio de profesional o de equipo ya que han permitido cambios/movimientos en el proyecto terapéutico. Al respecto: “me siento más cómodo con el nuevo equipo, me dan más bolilla y le dan más importancia a las cosas que me pasan” (E11) y “el equipo fue cambiando... con el doctor X realmente no iba bien y cuando se hizo el cambio con el otro doctor... era muy bueno, le dio en la tecla. Con el otro doctor lo único que estaba, era dopada” (E12).

Estos dichos resaltan la importancia de conocer qué medicación les fue prescrita y con qué objetivo, a los fines de que ellos/as mismos/as sean partícipes necesarios de su atención debido a que estas intervenciones poseen impacto en su vida diaria, su subjetividad y posibilitan la producción vincular y adherencia al tratamiento.

En las entrevistas realizadas, los/as usuarios/as han mencionado qué características deberían tener los/as trabajadorxs del campo de la salud mental, entre ellas: “gente seria, con respeto, sobre todo, con cautela” (E3), “debe saber que todos los casos no son iguales (...) no

somos esquizofrenia” (E4), “que cada persona le interese” (E7), “tiene que ser una persona buena y saber mucho” (E10), y también:

Lo primero que deben respetar es la Ley Nacional de Salud Mental. Segundo, respetar al usuario de salud mental y no entablar una relación de subordinación. Tercero, respetar la autonomía personal del usuario y respetar su decisión. Y respetar los derechos humanos. Representa respetar la dignidad y privacidad de las personas. (E1)

También, en esta pregunta, aparecieron respuestas vinculadas a experiencias concretas, pudiendo expresar malestares y críticas respecto a la atención:

La psicóloga me atendía y cuando me estaba atendiendo estaba hablando por teléfono o viste, la otra psicóloga se iba afuera a fumar después entraba, bueno son esas cosas que a uno no le gustan. A la última psicóloga, yo le dije que no me gustaba, porque era como que las sesiones que tenía eran cortas. (E5)

En torno a la forma y las posibilidades de comunicarse:

El profesional te habla como un profesional, ahí hay una gran brecha o podríamos decir la grieta, que

está entre el idioma que habla el profesional de la salud mental y el usuario que recibe solamente, es pasivo, receptor de lo que dice el profesional y se lo acepta como una verdad absoluta (...) no sintonizan, usuario/a y profesional. No están en la misma sintonía. (E1)

Otra usuaria expresó: "me sentía acorralada. Porque me estaba obligando a hacer algo que no yo no podía." (E5). Incluso oímos manifestaciones con críticas de carácter estructural:

La verdad, no tendrían que existir los profesionales. La psiquiatría es algo... Las personas con padecimiento psíquico no tienen que tener una persona especial, tiene que ser una persona común que atienda a la persona como persona, no como pacientes. Por ahí, el estigma es lo que los lleva a todos a cualquier lado. (E2)

### 3.4. Participación en el tratamiento

De los/as usuarios entrevistados/as, 13 expresaron que se sienten escuchados/as, que los/as profesionales utilizan palabras sencillas y que ellos/as participan activamente del tratamiento. De las 2 restantes, una expresa que nunca pregunta nada y la otra que, en realidad, no le hace caso a lo que le indican. Si bien hubo entrevistados/as que señalaron que en algunos momentos no son escuchados/as, que no les explicaban nada y/o que

utilizaban palabras difíciles, la mayoría de estos pidió un cambio de profesional, y todos han podido hacerlo, lo que es posible considerar que han sido escuchados/as. El consentimiento informado forma parte de los derechos explicitados en la Ley 26.640 y el trabajo de los/as equipos con los/as usuarios en relación a la estrategia planteada se torna un aspecto relevante en los procesos de atención, aunque no en todas las entrevistas se visibiliza la construcción de preguntas en torno al mismo por parte de los/as usuarios/as.

Es posible percibir cierta preponderancia respecto a la medicación en el marco de las indicaciones de los tratamientos y, por lo tanto, de la relación con los/as psiquiatras, que es con quienes tratan este asunto particularmente. La mayoría expresa que utilizan lenguaje claro, que responden a sus preguntas y dudas, y que acceden cuando el usuario/a expresa necesidad de modificar el esquema debido a los efectos que percibe (cansancio, "sentirse dopado", dormir mucho tiempo, etc).

También, es posible observar, que aquellos/as entrevistados/as que demuestran un conocimiento de la LNSMyA y, por lo tanto, de sus derechos, intentan poner en práctica el ejercicio de esos derechos pudiendo pactar de forma más autónoma las implicancias y características de sus tratamientos, consiguen no solo

mayores grados de autonomía en su vida cotidiana sino también la posibilidad de pautar con los equipos intervinientes modificaciones en el proceso de su atención, atendiendo a las particularidades del caso a caso.

#### 4. Reflexiones finales

Para comenzar esta sección, queremos destacar que, si bien las necesidades de los/as usuarios/as entrevistados/as son diferenciadas, entendemos que comparten el requerimiento de una atención específica y continuada en el tiempo debido a la variedad y complejidad de sus singularidades. Resaltamos que casi todos/as estos/as usuarios/as han padecido crisis en distintos momentos de sus vidas con internaciones en Hospitales Psiquiátricos.

Por este motivo, constituye un desafío pensar políticas públicas territorializadas y que potencien a los equipos de APS en pos de elaborar estrategias comunes para la continuidad del abordaje y la atención de las necesidades que estas situaciones presentan. Asimismo, se trata de una población que requiere de otras estrategias, más allá del tratamiento. Sólo una de las entrevistadas -al momento de la entrevista- no participa de dispositivos alternativos, hecho que, si bien puede ser considerado un sesgo de nuestra investigación, también es

indicio de la complejidad y de los recursos necesarios para pensar la estrategia terapéutica, más si consideramos que en su mayoría están desempleados o con trabajos informales.

En relación a la constitución de redes institucionales, hay tradición e ideario de parte de los/as trabajadores/as, así como intención de generar articulaciones interinstitucionales e intersectoriales, pero en la realidad concreta de trabajo se percibe que muchas veces dichos lineamientos para las prácticas no se encuentran establecidos desde las instancias centrales de gestión. Reflexionando sobre las redes que se arman entre diferentes equipos, hipotetizamos que las mismas se concretan en el marco de producciones singulares de trabajadores de distintos niveles, que se conocen y se vinculan por experiencias de trabajo compartidas en sus trayectorias laborales.

Para sustituir la necesidad de los hospitales monovalentes y proceder a su cierre definitivo como manda la Ley, es necesario transformar el paradigma del sistema de atención en salud mental.

Siendo necesario para esto garantizar la longitudinalidad y la continuidad de los procesos de atención por motivos de salud mental de forma ambulatoria y terri-

torializada, construyendo redes entre diversos dispositivos y servicios de diferentes niveles de complejidad. Y, al mismo tiempo, posibilitar los cuidados necesarios ante la urgencia subjetiva, sea de forma ambulatoria o a través de internaciones breves en hospitales generales.

Para lograr esto, entendemos indispensable la escucha atenta, la conceptualización y la incorporación de la experiencia vivida de los sujetos a quienes está destinado el sistema de salud, al momento de la elaboración de las políticas de salud/salud mental, la planificación del sistema, la gestión de los servicios y las prácticas de salud mental. Deseamos que este artículo sea un aporte en este sentido.

### Bibliografía

Agrest, M., Rosales, M., Matkovich, A., Cabrera, R., Pinto, R.F., Paternina, J., Fernández, M., Ardila-Gómez, S. y Velzi-Díaz, A. (2022). Efectos de la pandemia por COVID-19 en la atención de personas con discapacidad psicosocial; perspectiva de trabajadores. *Revista Argentina de Salud Pública*, 14 (47). [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1853-810X2022000200047&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2022000200047&lng=es&nrm=iso)

Ardila-Gómez, S., Rosales, M.L., Fernández, M.A., Velzi-Díaz, A.R., Matkovich, A. y Agrest, M. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. *Revista Argentina De Salud Pública*, 13 (e26). <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/783>

Canela, J. (2021). “Aportes de la Medicina Social y la Salud Comunitaria Latinoamericana a un nuevo Sistema de Salud”. En: Prado, G. y Torres, P. *Integrado – Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina*. Editora Sur, 69-82.

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

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

Gerlero, S. y Augsburger, C. (2012). *La Salud mental en la Argentina: Avances, Tensiones y Desafíos*. Laborde Editor.

Lopez, M. y Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27, 187-223.

Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 12, (e2615). <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>

ONU. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. ONU.

Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A. y Lesse, M. (2006). Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 457-463.

Pêcheux, M. (1978). *Hacia el análisis automático del discurso*. Gredos.

Poder Ejecutivo Estado Argentino (2010). *Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N°26657/10*. <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/salud-mental>

Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G. y Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of psychiatry*, 177, 149-155.

Velzi-Diaz, A., Tosi, A., Benitez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Amado, Y., Antezza, G., Cantero, N. y Córdoba, G. (2018). Salud Mental en Hospitales Generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina. *VERTEX*, XXIX, 255-262.

Velzi-Diaz, A., Benitez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Matkovich, A., Pietrodarchi, J., Bosetti, E., Martinez, N., Treffiló, L., Otta, M., Rodriguez, V., Provenzano, M. y Toth, C. (2022). La categoría Padecimiento Mental Severo y Persistente: un aporte a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (12), 13-28.

# Proceso de transformación del modelo de atención y de gestión en hospitales monovalentes seleccionados de la Provincia de Buenos Aires, 2023-2024

**WILNER, Alejandro.**

Médico, Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en Planificación y Gerenciamiento en Salud (ENSP FiOCruz, Río de Janeiro, Brasil). Docente Titular concursado en la Universidad Nacional de Lanús. Docente Investigador categoría III de la Universidad Nacional de Lanús. Docente de grado y posgrado en diferentes Universidades del país y en Organismos Internacionales. Director de la Especialización en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Co-Coordinador de la Diplomatura Universitaria Superior en Salud Mental Comunitaria.

Contacto: [alejandro.wilner@gmail.com](mailto:alejandro.wilner@gmail.com)

**Recibido:** 14/10/2024; **Aceptado:** 14/11/2024

**Cómo citar:** Wilner, A., Murua, S., Moreno Carreño, E., Tablar, M.E., Segatorri, M., Minuet, I., Sánchez, N.M., Yanco, D. y Luciani Conde, L. (2024). Proceso de transformación del modelo de atención y de gestión en hospitales monovalentes seleccionados de la Provincia de Buenos Aires, 2023-2024. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 128-148.

**MURUA, Sebastián.**

Médico psiquiatra. Psicólogo Social. Magíster en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Coordinador de la Especialización en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Docente de grado y posgrado, UNLa. Docente de grado, UNLP.

Contacto: [sebastianmurua@gmail.com](mailto:sebastianmurua@gmail.com)

**MORENO CARREÑO, Emilse.**

Licenciada en Psicología y Profesora en enseñanza media y superior, Universidad de Buenos Aires. Maestranda en Salud Mental Comunitaria, UNLa. Docente investigadora e integrante del Centro de Salud Mental "Mauricio Goldemberg" y del GT "Infancias, Derechos Humanos y Salud Mental" Departamento de Salud Comunitaria, UNLa. Fundadora y Directora de "Otra Escena" equipo de salud mental desde 2004.

Contacto: [emilsemoreno@gmail.com](mailto:emilsemoreno@gmail.com)



**TABLAR, María Eugenia.**

Licenciada en Psicología, la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Especializanda en Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Integrante de Grupo de Trabajo de Gestión y Planificación en salud mental (UNLa). Participante en proyectos de investigación y desarrollo vinculados a modelos de gestión y de atención en salud mental en la UNLa.

Contacto: mariaetab@gmail.com

**SEGATORRI, Matías.**

Licenciado en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestrando en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Coordinador del Centro de Salud Mental Comunitaria Mauricio Goldenberg (UNLa). Docente-Investigador (UNLa). Trabajador de Salud Mental en Municipalidad de Lanús

Contacto: matias.segatorri@hotmail.com

**MINUET, Ivonne.**

Trabajadora Social, Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM) Especializanda en Salud Mental Comunitaria (UNLa) Integrante de Grupo de Trabajo de Gestión y Planificación en salud mental (UNLa).

Contacto: igm.archivos@gmail.com

**SÁNCHEZ, Nadia Mariel.**

Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Docente e investigadora UNLa. Maestranda en Salud Mental Comunitaria, integrante de GT Niñez, DDHH y Salud Mental, UNLa.

Contacto: nadiamarielsanchez@gmail.com

**YANCO, Débora Ingrid.**

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Doctora en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Profesora Investigadora Titular Regular del Centro de Salud Mental Comunitaria "Mauricio Goldenberg" (UNLa). Consejo Nacional de Recursos Humanos en salud OPS/OMS Argentina.

Contacto: maestriasaludmentalcomunitaria@gmail.com

**LUCIANI CONDE, Leandro.**

Trabajador de Salud Mental. Licenciado en Psicología, Magíster en Salud Pública y Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente de las Carreras de Doctorado, Maestría y Especialización en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Profesor adjunto en Salud Pública / Salud Mental II. Facultad de Psicología (UBA). Integrante desde 2014 del Equipo Técnico del Órgano de Revisión Nacional de la Ley 26.657.

Contacto: llucianiconde@gmail.com

## Resumen

En el presente trabajo se presentan los resultados de la investigación *“Proceso de transformación del modelo de atención y de gestión en hospitales monovalentes seleccionados de la Provincia de Buenos Aires, 2023-2024”* realizada en el marco de la Convocatoria Amílcar Herrera I+D 2022 de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina. El relevamiento y análisis se realizó en los dos hospitales monovalentes de mayor envergadura en la Provincia, el Dr. Alejandro Korn y el Dr. José Esteves.

La hipótesis que guía este proceso es que la transformación del modelo de atención en marcha requiere modificaciones en el modelo de gestión de estas instituciones. Se relevaron diversas fuentes secundarias en diferentes formatos (publicaciones, conversatorios, presentaciones, encuentros de evaluación) y fuentes primarias a partir de presentaciones realizadas en posgrados de salud mental comunitaria de la Universidad. Mediante estas fuentes se analizaron los datos desde abordajes cuantitativos y cualitativos a partir de perspectivas de disciplinas diversas.

Se concluye que el apoyo político de las estructuras gubernamentales de la Provincia resulta determinante en la viabilidad de la reforma. Esto se expresa en di-

mensiones presupuestarias, de incorporación de personal y de recursos varios, de ampliación de la capacidad instalada en hospitales generales y efectores del primer nivel y en el cierre de pabellones de larga estancia en los monovalentes. Así mismo, se constata la implementación de dispositivos de gestión específicos que incluyen a diferentes actores del Estado y de la Sociedad Civil, tanto a nivel de cada uno de los hospitales seleccionados como de los niveles centrales de gobierno.

**Palabras clave:** modelo de atención - salud mental - modelo de gestión - reforma en salud mental

**Transformation process of the care and management models in selected monovalent hospitals in the Provincia de Buenos Aires, 2023-2024.**

## Abstract

This paper presents the results of the research titled "Transformation Process of the Care and Management Model in Selected Monovalent Hospitals in the Province of Buenos Aires, 2023-2024," conducted under the framework of the Amílcar Herrera I+D 2022 call of the Universidad Nacional de Lanús, Argentina. The survey and analysis were carried out in the two largest monovalent hospitals in the province: Dr. Alejandro Korn

Wilner | Murua | Carreño | Tablar | Segatorri | Minuet | Sánchez Yanco | Luciani Conde

and Dr. José Esteves. The hypothesis guiding this process is that the ongoing transformation of the care model requires modifications in the management model of these institutions. Various secondary sources were surveyed in different formats (publications, discussions, presentations, evaluation meetings), along with primary sources derived from presentations in post-graduate programs in community mental health at the University. Based on these sources, data were analyzed using both quantitative and qualitative approaches from diverse disciplinary perspectives.

The conclusion reached is that the political support of the provincial government structures is crucial for the feasibility of the reform. This is reflected in budgetary dimensions, the incorporation of personnel and various resources, the expansion of installed capacity in general hospitals and first-level health facilities, and the closure of long-stay wards in monovalent hospitals. Furthermore, the implementation of specific management devices was observed, involving different state and civil society actors, both at the level of the selected hospitals and at the central government levels.

**Keywords:** care model - mental health - management model - mental health reform

## Introducción

El presente artículo da cuenta de la investigación “Proceso de transformación del modelo de atención y de gestión en hospitales monovalentes seleccionados de la Provincia de Buenos Aires, 2023-2024” realizada en el marco de la Convocatoria Amílcar Herrera I+D 2022 de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

La Provincia de Buenos Aires (PBA) representa una dimensión desafiante, su extensión es de 307.751 km<sup>2</sup> y su población es de 17.523.996 habitantes (INDEC, 2022); es decir que es la provincia más poblada del país y la segunda en extensión territorial. Específicamente en lo referido a la salud mental, su estructura es muy importante así como su capacidad de atención de los padecimientos; cuenta con 4 hospitales monovalentes: Dr. Alejandro Korn en Melchor Romero, Dr. José Esteves en Temperley, Dr. Domingo Taraborelli en Necochea y Dr. Domingo Cabred en Luján y con 178 dispositivos para el abordaje de la salud mental y los consumos problemáticos en el primer nivel de atención, distribuidos en todo el territorio (Pujol Buch, 2022). Por otro lado, cuenta también con 77 hospitales generales provinciales<sup>1</sup> con diferentes niveles de complejidad biomédica, que se distribuyen en 12 Regiones Sanitarias, muchos de los cuales cuentan con salas de internación y consul-

torios externos que abordan problemas de salud mental y equipos específicos que desarrollan sus actividades en las guardias externas.

La reforma en marcha en la PBA se implementa como política pública transversal a las diferentes áreas de gobierno. Se fundamenta en diversas acciones tales como la designación de nuevas y nuevos directoras y directores en los hospitales monovalentes; la puesta en vigencia de una normativa ministerial que impide la internación – y reinternación - de usuarias y usuarios en servicios de larga estadía de los neuropsiquiátricos; la implementación de un sistema de monitoreo de las personas internadas en monovalentes; la creación e implementación de un programa denominado “Buenos Aires libre de manicomios”; la disposición y los lineamientos para que en cada monovalente se elaboren e implementen planes de reforma de los modelos de atención. Este proceso ha logrado la externación de 547 personas de servicios de larga estadía a la vez que ya ha generado modificaciones estructurales en los hospitales que implican por ejemplo - en el Hospital Esteves - la apertura de muros (Faraone y Barcala, 2023).

La hipótesis principal de la investigación sostiene que, transformar el modelo de atención que propone el marco normativo nacional (Ley Nacional de Salud

Mental – LNSM - 26657) y provincial (Ley provincial de adhesión a la LNSM 14580) en salud mental requiere necesarios cambios en los modelos de gestión. Desde esta lógica, la investigación indaga acerca de las transformaciones en el modelo de gestión que se implementaron para hacer efectiva la sustitución de las modalidades asilares de abordaje del padecimiento mental grave y el consecuente desarrollo de un modelo de atención fundado en la salud mental comunitaria, la inclusión social de las usuarias y los usuarios, el fortalecimiento de sus lazos sociales y comunitarios y, en definitiva, el desarrollo de su vida autónoma con los apoyos necesarios.

Relevamos entonces cómo - y a través de cuáles dispositivos de gestión - se implementa el proceso de reforma en los hospitales monovalentes de mayor magnitud de la Provincia de Buenos Aires (PBA), los interzonales Dr. Alejandro Korn y Dr. José A. Esteves. Las dimensiones que se indagaron en este relevamiento refieren a los actores implicados, sus posiciones, sus contextos y espacios de contractualidad, los propios dispositivos y arreglos institucionales que se consensúan, así como la sustentabilidad de esas situaciones.

Otro punto importante en la investigación ha sido el impulso de este proceso de reforma a partir de la de-

cisión política de los máximos niveles decisorios del Gobierno de la PBA. En este sentido indagamos acerca de las manifestaciones y producciones políticas y normativas así como las iniciativas de financiamiento por parte del Ministerio de Salud de la provincia.

Nos propusimos como objetivo general de la investigación el de caracterizar y analizar las transformaciones del modelo de gestión de los hospitales Dr. Alejandro Korn y Dr. José Esteves - monovalentes en salud mental - de la PBA que viabilizan los procesos de reforma del modelo de atención en curso durante los años 2023 y 2024. Para ello operacionalizamos como objetivos específicos la descripción de los modelos de gestión enfatizando en las dimensiones de intersectorialidad; de participación social de usuarias y usuarios así como de trabajadoras y trabajadores; de implicación de actores en los dispositivos de gestión y, finalmente, las fortalezas y los obstáculos de los modelos de gestión y de abordaje de problemas.

### **Abordaje metodológico**

Se trata de un diseño de carácter exploratorio-descriptivo (Marrandi, 2018), basado en la perspectiva de investigación en sistemas y servicios de salud, con enfoque cualitativo (Valles, 1996), que indaga sobre la

experiencia de reforma en salud mental de la PBA para el período temporal 2023 - 2024 a partir de un estudio de casos. El diseño incluye como estrategias de integración metodológica procedimientos de triangulación de datos (cuantitativos y cualitativos) y de disciplinas (psicología, medicina, trabajo social); por último, el procesamiento de los datos se realizó a partir de procedimientos estadísticos descriptivos para los datos cuantitativos, y análisis de contenido y discursivo para los cualitativos.

Se seleccionaron como casos los hospitales Korn y Esteves tomando como criterio su magnitud, especificidad y volumen prestacional<sup>2</sup>. Se trata de hospitales interzonales, que producen abordajes para personas adultas con padecimientos severos de salud mental, y se encuentran en procesos de reforma de su modelo de atención. Estas instituciones presentan recursos de atención variados como consultorios externos, centros y hospitales de día, internación y, en ambos casos, implementan dispositivos para la externación de usuarias y usuarios, se vinculan con centros de salud del primer nivel de atención, centros culturales, centros comunitarios de salud mental, entre otros.

Las fuentes de datos primarias utilizadas son: relatos/narrativas de gestoras y gestores del Ministerio de

Salud de la PBA; directoras y directores (y gestoras y gestores) de los hospitales seleccionados y actores vinculados con los procesos de gestión en los hospitales seleccionados (trabajadoras y trabajadores, usuarias y usuarios y familiares y sus representaciones en organizaciones de la Sociedad Civil).

Las fuentes de datos secundarias utilizadas son normativas y documentos significativos relacionados con la reforma en salud mental que lleva a cabo la PBA, vinculados con los procesos de gestión interna y provincial, y sus dispositivos; conversatorios, videos y documentos disponibles en internet sobre la experiencia bajo análisis y observación participante en eventos diversos (jornadas, actividades académicas).

### Contextualización del Problema

En Argentina se implementa un proceso de reforma del modelo de atención en Salud Mental desde los años 60 del siglo XX; sin embargo, la dictadura cívico militar interrumpe esta dinámica a través de la proscripción, desaparición y exilio de sus promotoras y promotores así como sus participantes.

A partir de 1983, en el marco del retorno de la democracia, se reanuda el proceso a través de la institución de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministe-

rio de Salud de la Nación. Este organismo implementa diversas experiencias piloto de transformación del modelo de atención que, a pesar de no generalizarse, constituyen hitos importantes en el proceso (Faraone y Barcala, 2020). Luego, durante la década de los 90, la reforma se ralentiza desde el nivel nacional donde el área de salud mental pierde su jerarquía de Dirección Nacional y los procesos de reforma del sistema de salud no ponen a este subsector como prioritario en sus iniciativas (Stolkiner, 2018). Esto no obsta que se desarrollen experiencias importantes en diferentes provincias del país como es el caso – por ejemplo - de la reforma de Río Negro, que logra el cierre del monovalente de Allen y la sanción, en 1991, de la Ley 2440 de “Salud Mental y Tratamiento y Rehabilitación de las Personas con Sufrimiento Mental” que justamente regula el proceso de reforma en el territorio provincial (Cohen y Natella, 2013).

Ya en el siglo XXI, la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) - sancionada en 2010 - define al padecimiento mental como un “...proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada con la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley Nacional N° 26.657) y explicita que el modelo de atención

debe fundarse en la salud mental comunitaria y en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud; por otro lado define que los abordajes deben ser necesariamente interdisciplinarios e intersectoriales para poder ser efectivos en dar cuenta del padecimiento. A la vez promueve la inclusión social y los derechos humanos de las personas en el marco de la producción de cuidados en salud mental (Wilner, 2018).

La LNSM, reglamentada en 2013 a través del decreto 603, promueve un camino de reformas que se implementan en todo el país. Se reinstaura la Dirección Nacional de Salud Mental y se invierten recursos presupuestarios en subsidios y en personal, que se distribuye en todo el país. Se formulan diversos planes nacionales en salud mental, siendo el primero en 2013, luego se formula una nueva versión en 2021 y otra en 2023, año en que también se delinea la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental (Ministerio de Salud de la Nación, 2023).

Particularmente en lo referido a la Provincia de Buenos Aires, se sanciona la Ley Provincial 14.580 que adhiere a la LNSM en el año 2013 y, si bien la administración local manifiesta su apoyo al modelo de atención planteado por la normativa, los avances son escasos y con marchas y contramarchas. Los procesos de refor-

ma no logran instalarse en forma sustentable, a pesar de existir incluso procesos de desmanicomialización previos a la sanción de la LNSM y su adhesión provincial, como la del Hospital Dr. Cabred entre 2004 y 2007 (Fränkel, 2007).

Ya en 2019 comienza un proceso de fuerte impulso político que implica la transformación sistemática del modelo de atención en salud mental en toda la provincia, enfatizando en los hospitales monovalentes pero también en el resto del sistema de salud local. Se implementan procesos de externación de usuarias y usuarios de los hospitales neuropsiquiátricos, reformas edilicias y cierre de pabellones de larga estancia, se instituyen dispositivos habitacionales, sociolaborales y, centralmente, se promueve la inclusión social de las personas externadas (Barcala y Faraone, 2023).

### Referencias teóricas respecto del problema

A partir de las definiciones de Galende (2015) asumimos que *“la salud mental remite a la determinación histórica, a las condiciones de vida social, material, cultural y familiar como ámbito del proceso de construcción y, consecuentemente de abordaje del padecimiento”*, por lo tanto el objeto de la salud mental se constituye en la intervención respecto de las relaciones sociales que condi-

cionan la salud y que promueven el pensamiento y el abordaje del sujeto en el contexto comunitario (Galende en Macaya Sandoval et al, 2018). En este sentido si se entiende que el sufrimiento mental está socialmente determinado es decir, que se origina en las condiciones materiales y sociales de la existencia, consecuentemente sus abordajes deben asumir dicha determinación.

Por otro lado, definimos al modelo de atención como *“todas aquellas prácticas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado”* (Menéndez, 2003); en nuestro caso referimos entonces a la totalidad de las prácticas destinadas al abordaje del padecimiento mental, enfatizando – en esta investigación – en aquellas que se producen en los servicios de salud.

En este contexto, entendemos que el modelo de atención que plantea la LNSM requiere un triple deslizamiento: desde el sujeto enfermo a la comunidad, desde el hospital monovalente a los centros comunitarios con base en la estrategia de atención primaria de la salud y el abordaje complejo del territorio y desde la psiquiatría al equipo interdisciplinario e intersectorial que integra a sujetos individuales y colectivos como actores en el proceso de abordaje del padecimiento (Desviat y

Moreno Perez, 2012). Resulta imprescindible esta transición en el modelo de atención para poder abordar el padecimiento en salud mental tal como se definió anteriormente.

Como conceptos relevantes desarrollamos también el de arreglos organizacionales y el de dispositivos. En cuanto a este último, tomamos de Kaminsky (2023) la definición de que un *“...dispositivo es una red de atravesamientos microsociales y micropolíticos que adquieren una configuración específica, una cristalización jurídica y muchas veces una coagulación profesional (el maestro, el médico, el policía...) espejo ampliado que regresa a cada uno de sus actores el lugar imaginario hacia el cual conducen o desean conducir sus fuerzas y energías.”* Así asumimos a esta forma organizacional como un recurso que, sin modificar necesariamente la estructura formal de la institución, se configura para dar cuenta de algún o algunos problemas de la práctica y, para esto, congrega diferentes recursos – profesionales o no profesionales – con una finalidad determinada. Por otro lado, conceptualizamos a los arreglos organizacionales como compromisos entre diferentes actores institucionales así como ámbitos de competencias y responsabilidades profesionales que contribuyen a reformular los espacios de prácticas y los procesos de trabajo al interior de los servicios (Campos, 2021). En este sentido, estos arreglos se presentan



con una dimensión estratégica para generar prácticas de cuidado sustitutivas respecto de las vigentes en el modelo manicomial (Parodi et al, 2024).

Tal como se plantea en la hipótesis de este trabajo, entendemos que debe haber coherencia entre la conceptualización de la salud mental, su modelo de atención y el de gestión. En este sentido, asumimos la lógica que propone el postulado de coherencia formulado por Mario Testa (1995), a partir del cual resulta necesario articular los “...propósitos, métodos para alcanzarlos y organización de las instituciones que se encargan de ello”. Así, parece evidente que no es posible una transformación tan importante como la que plantea el proceso de reforma del modelo de atención en salud mental, sin una consiguiente modificación de los modos en que circula el poder en las instituciones así como de los modelos con que se regulan las prácticas organizacionales. En este contexto de análisis, sostenemos que no parece posible promover un proceso de transformación del modelo de atención que propone abordajes integrales, interdisciplinarios, intersectoriales, con participación de usuarias y usuarios así como de sus familiares, si los modelos de gestión continúan siendo disciplinares, fragmentarios, sectoriales, autoritarios, expulsivos de usuarias y usuarios así como de sus ámbitos de inclusión social (Wilner, op cit).

Si definimos a la gestión como un campo donde los actores sociales disputan poder y producen contractualidad, lo reconocemos también como un espacio social en donde los sujetos colectivos se instituyen con la intencionalidad de implementar su proyecto político institucional; así en ese espacio – desigual en términos de poder, por definición - intentan producir acuerdos en procura de la construcción de gobernabilidad y viabilidad para su propuesta de intervención en el campo (Wilner, op cit). En este sentido, la gestión es un proceso relacional que se desarrolla en el contexto de la relación entre actores sociales que, al seleccionar problemas de acuerdo con sus intereses y deseos, explicarlos según su marco ideológico y definir procesos de intervención como consecuencia de la dinámica explicitada, intentan incidir sobre la realidad en la que están inmersos, promoviendo vínculos basados en la generación de contratos – no siempre consensuales – que les son más o menos favorables a sus proyectos (Wilner et al, 2023).

El abordaje de los problemas de coherencia entre el modelo de atención que propone la reforma y el modelo de gestión que se requeriría para esto, podría abordarse desde la implementación de dispositivos de cogestión. Estos recursos articulan tres procesos fundamentales: la promoción de las relaciones interprofesionales, el

desarrollo de abordajes a partir de la interdisciplinariedad y la institución de equipos multiprofesionales con corresponsabilidad en el cuidado de la salud, donde las/los usuarios así como sus familiares y sus contextos sociales significativos, sean protagonistas. Desde esta perspectiva, estos procesos de cogestión podrían hacer las veces de un espacio de comunicación y deliberación conjunta donde se compartirían saberes y se definirían flujos de circulación en las redes que articularían espacios gubernamentales y sociales de producción de salud (Oliveira y Campos, 2015).

El plan terapéutico centrado en las/los usuarias/os podría hacer las veces de articulador de los procesos de gestión con los de atención; si este se centra en el cuidado y las necesidades integrales de quien demanda, se produciría una articulación entre la macropolítica – la gestión organizacional – con la micropolítica – determinada por la gestión del proceso de trabajo y de la producción de trabajo vivo en acto (Merhy, 2021) produciendo autonomía en las usuarias y los usuarios, priorizando el fortalecimiento de sus redes, promoviendo su inclusión social y organizando las líneas de cuidados (que articulan diferentes procesos de trabajo profesionales y no profesionales así como espacios diferentes de producción de cuidados).

En este sentido, el plan terapéutico como expresión de la gestión organizacional, podría impactar no sólo sobre el modelo de atención sino también sobre el de gestión, ya que vincularía los actos cuidadores producidos desde la organización con los deseos de las usuarias y los usuarios por la recuperación y el restablecimiento de espacios de autonomía. De esta manera, los procesos podrían organizarse a partir de la asignación de responsabilidades en la gestión de los cuidados, la relación social y el propio proceso de trabajo individual y colectivo. El resultado de este modelo de gestión sería la institución del plan terapéutico singular acordado entre cuidadoras y cuidadores y usuarias y usuarios como organizador institucional (Malta y Merhy, 2010).

De esta manera, el modelo de gestión procuraría la articulación de los recursos necesarios para el apoyo en el desarrollo de líneas de cuidados reorganizando las dinámicas de trabajo hospitalarias, superando la estructuración por servicios, actuando no sólo sobre la promoción de la autonomía de las usuarias y los usuarios – que operacionaliza el concepto de salud – sino también interviniendo sobre los determinantes sociales de la salud promoviendo articulaciones intersectoriales, intervenciones normativas y regulatorias, acciones comunitarias, fortalecimiento de redes, entre otras (Malta y Merhy, op cit).

## Resultados

Una primera constatación es que el proceso de reforma en salud mental en la PBA cuenta con un muy importante apoyo político; la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud imprime una dinámica y una gestión política tanto a nivel del Ministerio de Salud de la PBA como en el resto de las reparticiones del gobierno provincial, incluso con un involucramiento muy importante del Gobernador. Este apoyo es uno de los puntales del proceso de reforma. En este sentido la oferta de subsidios de otros Ministerios y organismos del gobierno provincial y la constitución de espacios de gestión intersectorial vinculados con el proceso de reforma así como la participación del Gobernador en diferentes actividades y anuncios relacionados con el área, son evidencia de esta situación.

De hecho el trabajo interagencial se propone como uno de los ejes de la reforma. En este sentido se articula una comisión interministerial que concreta acciones en la construcción de viviendas, en la oferta de subsidios, en la provisión de garantías de caución – por parte del Banco de la Provincia de Buenos Aires - para que las usuarias externadas y los usuarios externados puedan acceder al alquiler de una vivienda o también en la arti-

culación de acciones culturales en los predios que ocupan los hospitales monovalentes de manera de promover el acceso de la comunidad a estos espacios.

Esta decisión política de la Subsecretaría se manifiesta también en la promulgación de normativas que disponen el cierre de pabellones de larga estadía en los hospitales bajo análisis, con la consecuente externación en casas que alojan entre 2 y 8 usuarias y usuarios que tienen diferente condición dominial, ya sea alquiladas o de propiedad de la PBA, construidas *ad hoc*, incluso en el mismo predio de los hospitales, como es el caso del Dr. Alejandro Korn.

En diferentes espacios, las gestoras y los gestores de los niveles hospitalarios definen al Programa “Buenos Aires libre de Manicomios” como un articulador relevante en el proceso. Esta iniciativa prescribe una serie de normativas (entre ellas, el cierre de los pabellones de larga estancia definidos en el párrafo anterior) así como el desarrollo de procesos de monitoreo periódicos (cada 6 meses) que se constituyen en dispositivos importantes en el proceso de implementación y seguimiento; esta actividad se regula a través de una disposición del Ministerio de Salud de la provincia. Para la alimentación de datos para este mecanismo de monitoreo se instituyó también un sistema de información

específico que cuenta con un “*set*” de indicadores que se relevan en forma sistemática en los diferentes efectores bajo análisis.

Otro de los dispositivos específicos para la gestión de la reforma es el de la institución de un espacio de reflexión compartida donde participan las Directoras y los Directores de los cuatro hospitales monovalentes de la PBA, este espacio de gestión promueve la implementación de una política común entre los diferentes efectores.

Es de destacar también la implementación de un dispositivo de fiscalización y habilitación de efectores del subsector privado de salud. Además de una serie de normativas que regulan los procesos de adecuación de clínicas y sanatorios monovalentes, dispone de un efector específico que realiza inspecciones a los efectores y contractualiza planes de adecuación en su modelo de atención.

Por otro lado, se implementa un proceso de descentralización de los procesos de atención desde los hospitales seleccionados hacia los hospitales generales y los servicios del primer nivel de atención. En el primer caso se ha ampliado en el 60% la cantidad de camas asignadas a salud mental en los hospitales generales de

la PBA, donde también se han incorporado equipos interdisciplinarios para la atención de las urgencias. En el caso del primer nivel de atención se habilitaron 187 dispositivos (Centros Provinciales de Atención – ex Centros de Prevención de Adicciones, CPA – y Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos) y se organiza la vinculación con las redes de atención de los Centros de Salud de los municipios de la provincia (Calmels, 2024). En esta línea, se implementan acciones de georreferenciamiento en forma conjunta con los diversos municipios que funcionan como dispositivo que colabora en los procesos de descentralización de la atención.

En términos del financiamiento del proceso de reforma, los recursos físicos así como el personal que se incorpora en ellos, se presupuestan a partir de fuentes del Ministerio de Salud de la PBA, tanto en lo referido a las áreas hospitalarias como a las asignadas de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud. Es de destacar la incorporación de trabajadoras y trabajadores como otro de los ejes del proceso de reforma, en este sentido se sumaron 112 profesionales en equipos interdisciplinarios de urgencias en los hospitales generales y 337 trabajadoras y trabajadores en equipos de salud cuya función es el acompañamiento de las personas exter-

nadas (Calmels, op cit). En esta lógica se han reforzado también los programas de tecnicatura de acompañamiento terapéutico.

En el caso de los aportes económicos para usuarias y usuarios, las fuentes son diversas, como pensiones no contributivas y el Programa “PROMOVER” (ambos de fuentes del Estado Nacional que experimentan fuertes restricciones a partir del ajuste presupuestario en implementación desde diciembre de 2023) y otras del gobierno de la PBA y sus organismos dependientes como en el caso de subsidios del Ministerio de Desarrollo de la Comunidad y del Poder Judicial (en el caso de las curadurías). También se incrementaron los aportes del subprograma de externación de salud mental de la PBA (SUPEBA), que establece un aporte económico fijo para las usuarias y los usuarios con fuente de la propia provincia.

Encontramos también particularidades en cada uno de los hospitales seleccionados. En el caso del Dr. Alejandro Korn, el proyecto de sustitución está vinculado con la incorporación progresiva del área de salud mental al hospital general, con la institución de dos servicios, uno de urgencias en salud mental y otro de apoyo en la comunidad para personas con padecimientos mentales graves. Por otro lado, en este caso, la for-

mulación del plan de adecuación en proceso de implementación contó con la participación de trabajadoras y trabajadores así como organizaciones de la comunidad vinculadas con el hospital. Por otro lado, en el contexto de la construcción de casas para la externación de usuarias y usuarios, se realizan acciones de articulación y contractualización con actores de los barrios donde se radican estos dispositivos habitacionales. Hasta el momento se han construido diez casas en las que el personal del hospital provee apoyos a las usuarias y los usuarios externadas y externados.

En el caso del Dr. José Esteves, si bien los cambios en cuestiones de infraestructura no aparecen como tan importantes, sí se experimentan relevantes transformaciones en el modelo de atención. En este aspecto, se realizó la articulación de los diferentes dispositivos que funcionaban en el hospital para la externación de usuarias consolidándolos en un solo dispositivo, la sala de residencia para la externación; a la vez, se define que el PREA<sup>3</sup> sólo se dedique a las actividades extramurales.

Por otro lado, se realizan vinculaciones con diferentes actores (como Centros de Jubilados o delegaciones del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) a fin de que participen en talleres y actividades que se realizan en el hospital. También en este caso,

las trabajadoras y los trabajadores participan en espacios de decisión respecto de diferentes temáticas como las salas a cerrar, la definición de espacios de trabajo según intereses, el acompañamiento de los procesos de externación de usuarias, etc. Finalmente, desde el Esteves y con acompañamiento de la Subsecretaría, se articula una red con los hospitales generales de la Región Sanitaria VI del Ministerio de Salud de la PBA (a la que pertenece el hospital) desde la que se promueven abordajes conjuntos y coordinados en espacios de reunión sistemática y periódica.

### Conclusiones

Resulta claro, a partir del relevamiento y del análisis realizado, que se han implementado diversos dispositivos de gestión en los efectores seleccionados así como a nivel del Ministerio de Salud para la puesta en marcha y el desarrollo de las importantes transformaciones del modelo de atención en salud mental. Así mismo, la institución de mecanismos que articulan a diferentes actores del Estado así como de la Sociedad Civil promueven la participación intersectorial y de actores comunitarios y barriales. Cabe destacar también la implementación de procesos que habilitan la intervención de trabajadoras y trabajadores en la toma de decisiones al interior de los hospitales bajo análisis.

El importante apoyo político al proceso de reforma generado por la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de Salud, el Ministerio de Salud y el Gobernador de la PBA resultan determinantes en la dinámica impresa a este proceso. Este fundamento viabiliza la articulación con otros sectores y organismos de la provincia como la Comisión Interministerial, el trabajo interagencial y los aportes presupuestarios así como los subsidios a usuarias y usuarios como en el caso del Ministerio de Desarrollo de la Comunidad o los seguros de caución del Banco de la Provincia de Buenos Aires para la garantía de alquileres. En este sentido, también son importantes los aportes de las áreas de infraestructura para la construcción de casas para personas externadas, las modificaciones estructurales en los hospitales (monovalentes y generales) así como la construcción de recursos físicos como los Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

Esto se expresa también cuando se define la importante incorporación de personal que se realizó en el área de salud mental durante el período. En este caso, las trabajadoras y los trabajadores han sido incorporadas e incorporados como personal temporario, esto se podría constituir como una debilidad del proceso, ya que eventualmente podrían no consolidarse las plan-

tas de personal adicionadas en caso que hubiera ajustes presupuestarios o cambios políticos. Las trabajadoras y los trabajadores que se han sumado desempeñan labores de gran importancia, como por ejemplo, el abordaje de las urgencias subjetivas en las guardias de los hospitales generales o el trabajo en el territorio en los Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

Por otro lado, resulta muy relevante la elaboración e implementación de normativas trascendentes para los procesos de gestión como son las vinculadas con la prohibición de la internación en pabellones de larga estadía e, incluso, las que disponen el cierre de esos espacios en los monovalentes. En este sentido, también es importante la institución del Programa “Buenos Aires libre de Manicomios”, un arreglo institucional que protagoniza el proceso de reforma instituyendo el monitoreo y el seguimiento semestral de las acciones de transformación del modelo de atención en los monovalentes. En este marco se formaliza un sistema de información, regulado a partir de una Disposición de la Subsecretaría, que releva sistemáticamente un conjunto de indicadores para la función de monitoreo.

Otro arreglo institucional importante en la gestión del proceso de reforma son los planes de adecuación de

cada uno de los hospitales seleccionados. Estos son instrumentos que han sido elaborados con el liderazgo de quienes gestionan el proceso, tanto en la Subsecretaría como en los hospitales, y con la participación de trabajadoras y trabajadores de cada una de las instituciones implicadas. Esta construcción colectiva determina el compromiso de los colectivos de trabajadoras y trabajadores en la reforma.

Se instituye también como dispositivo de gestión el espacio de reflexión y coordinación que articula a las directoras y los directores de los hospitales monovalentes. Este recurso permite el intercambio de experiencias y organiza un progreso común de la política pública a la vez que habilita la revisión de los procesos. Así mismo, colabora con las acciones de descentralización de la atención en salud mental desde los hospitales monovalentes hacia los diferentes efectores del subsistema público de salud (hospitales generales, centros de atención primaria de salud, centros provinciales de atención y centros comunitarios de salud mental y consumos problemáticos).

En este último sentido, los procesos de descentralización requieren de acciones de articulación con efectores (hospitales generales) pero también con otros niveles de gobierno (el caso de los Municipios que en

la PBA son los responsables de los centros de atención primaria de la salud). Así la experiencia del hospital Dr. Esteves es interesante en la implementación de una red de hospitales generales de la Región Sanitaria VI, cuyo dispositivo de gestión se reúne periódicamente.

Otra característica del proceso de gestión en ambos hospitales seleccionados es el del monitoreo de los procesos de reforma por parte de las trabajadoras y trabajadores. Los colectivos que les representan, ya sea en asambleas o en reuniones específicas participan de la toma de decisiones y de los pasos a seguir. Específicamente en el caso del Dr. Esteves, se dirime en asamblea cuáles son las salas a cerrar y las trabajadoras y trabajadores participan en la definición de cuáles son los procesos de trabajo en los que se implican. En ambos casos, también, participan del proceso de reforma diferentes actores de la sociedad civil, ya sea de los barrios donde se localizan las casas donde habitan las personas externaladas – como en el caso del Dr. Korn – o de la implicación de Centros de Jubilados o agencias del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, como en el caso del Dr. Esteves.

En síntesis, resulta claro que se han implementado tanto dispositivos como arreglos institucionales para la transformación de los modelos de gestión en coheren-

cia con las relacionadas con las del modelo de atención en salud mental. Se registran importantes avances en ambos procesos.

En términos de sustentabilidad de las transformaciones, encontramos diferentes variantes, desde la institución de normativas que regulan los procesos y consolidan las transformaciones (como las referidas a la prohibición de la internación en pabellones de larga estancia o incluso el cierre de estos espacios, la implementación de un sistema de información que alimenta los procesos de monitoreo y seguimiento), mientras otras presentan debilidades en este sentido como la incorporación de personal con régimen temporario de contratación o subsidios para usuarias y usuarios que dependen de decisiones políticas y presupuestarias que pueden modificarse a partir de la implementación de ajustes en las cuentas de la provincia o modificaciones en sus autoridades.

También en términos de sustentabilidad, se plantean interrogantes respecto de las modificaciones en los procesos de toma de decisiones en los propios hospitales seleccionados, ya que dependen de acciones de las directoras y los directores de esas instituciones. Nos referimos a la participación de las trabajadoras y trabajadores en la toma de decisiones respecto de la im-



plementación de la reforma, así como los espacios de reflexión y de articulación. En la medida en que estos procesos tengan bajos niveles de institucionalización y formalización, advertimos que pueden ser modificados en un eventual cambio de autoridades.

### Bibliografía

Barcala, A. y Faraone, S. (2023). Mental health reforms in Buenos Aires, Argentina. *The Lancet Psychiatry*, (10) 8, 579-580. DOI: 10.1016/S2215-0366(23)00114-1

Calmels, J. (2024). *Exposición en Primer Seminario Internacional sobre Viviendas de Transición (VIVA)*. Fundación Doncel, Buenos Aires, Argentina

Campos, G.W.S. (2021). *Gestión en Salud: en defensa de la vida*. Cuadernos del ISCO. Editorial de la UNLa. DOI:10.18294/9789874937803

Canal de YouTube Oficial Salud mental y consumos problemáticos Provincia de buenos aires (videos de encuentros provinciales desde 2020) [https://www.youtube.com/channel/UCQQqGBuYad1XmzYP9CO-YH5g?view\\_as=subscriber](https://www.youtube.com/channel/UCQQqGBuYad1XmzYP9CO-YH5g?view_as=subscriber)

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

Desviat, M. y Moreno Pérez, A. (2012) *Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Estudios /47.

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

Fränkel D. (2007). *Plan Estratégico Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Cabred" 2006-2010*. 2º Ed. Editorial Nueva Librería.

Galende E. (2015). *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Lugar Editorial.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (2022). *Censo 2022. Resultados definitivos*.

Kaminsky G. (2023). *Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*. Cuadernos del ISCO. Editorial de la UNLa. DOI: [10.18294/9789878926445](https://doi.org/10.18294/9789878926445)

Macaya Sandoval, X., Pihan Vyhmeister, R. y Parada B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 215-232

Malta D.C. y Merhy E.E. (2010). O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, (14) 34, 593-605

Marrandi, A.; Archenti, N.; Piovani, JI. (2018) *Manual de metodología de las ciencias sociales*. Bs. As. Argentina: Siglo XXI Editores.

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. DOI: 10.1590/S1413-81232003000100014

Merhy, E.E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Cuadernos del ISCO. Editorial de la UNLa. DOI [10.18294/9789874937988](https://doi.org/10.18294/9789874937988)

Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental*. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/estrategia-federal-de-abordaje-integral-de-la-salud-mental>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020). *Programa "Buenos Aires libre de manicomios". Programa de apoyo a los procesos de externación sustentable destinado a las personas institucionalizadas en los Hos-*

*pitales Neuropsiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires*. Disponible en: <https://normas.gba.gov.ar/ar-b/resolucion/2020/2805/221562>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2021). *Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la provincia de Buenos Aires. Informe año 2021*. Disponible en [https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2023/03/informe\\_\\_\\_final.pdf](https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2023/03/informe___final.pdf)

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). *Plan Provincial Integral de Salud Mental. Hacia un sistema integrado y solidario de salud. 2022-2027*. Disponible en [https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/07/PLAN\\_PCIAL\\_SALUD\\_MENTAL\\_-2022\\_07\\_13.pdf](https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/07/PLAN_PCIAL_SALUD_MENTAL_-2022_07_13.pdf)

Oliveira, M.M. y Campos, G.W.S (2015). Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 229-238. DOI: 10.1590/1413-81232014201.21152013

Parodi, M., Gerlero, S. y Velzi Díaz, A. (2024). Apoyo matricial en Salud Mental: una mirada desde equipos de centros de salud del primer nivel de atención en la ciudad de Rosario. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 99-124

Protto Blanc, M. (2020). *Consideraciones sobre el Plan Integral de Adecuación a la Ley N° 26.657 del Hospital Interzonal Especializado en Neuropsiquiatría de Agudxs y Crónicxs Dr. Alejandro Korn*. Disponible en [https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/SE-DICI\\_c848f95df0241691d94ff16dfa0282bd](https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/SE-DICI_c848f95df0241691d94ff16dfa0282bd)

Pujol Buch V. (2022). "Nuestro proyecto es dejar mojones de no reversibilidad" *Un diálogo entre la reforma psiquiátrica de Trieste, la UNLa y las políticas de reforma en salud mental de la provincia de Buenos Aires*. Viento Sur.

Stolkiner, A. (2018). Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental: Breve Historización contextualizada. *Revista Digital Soberanía Sanitaria*, (4).

Testa, M. (1995). *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El caso de Salud)*. Buenos Aires

Valles, M. (1996) *Técnicas Cualitativas de Investigación Social Reflexión Metodológica y práctica profesional*. Síntesis.

Wilner, A. (2018). La mesa de gestión intersectorial en salud mental comunitaria del Municipio de Lanús como dispositivo promotor de la problematización del campo de la salud Mental (período 2013 - 2015). Re-

vista Salud Mental y Comunidad, (5), 77 -89. DOI: <https://doi.org/10.18294/smcy.2018.5029>

Wilner, A. y Torricelli, F. (Comp.) (2023). *Praxis en Salud Mental: Abordajes y Procesos de Cuidados*. EDUNLA Editorial.

## Notas

1. Sólo se reseñan los hospitales generales provinciales; a estos se suman los servicios municipales con internación que son 325 en toda la PBA (Subsecretaría de Gestión de la Información, Educación Permanente y Fiscalización, 2024)

2. No se incluyeron en la selección muestral a los otros dos efectores monoivalentes de la PBA por diferentes razones. En el caso del Hospital Sub Zonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo J. Taraborelli, de la localidad de Necochea, en razón de su pequeña dimensión y lo avanzado del proceso de sustitución (de hecho se cierra como monoivalente en 2024); en el caso del Hospital Dr. Domingo Cabred de la localidad de Open Door, por tratarse de un efector con una modalidad histórica atencional (colonia psiquiátrica) destinado a un perfil de población particular constituido por personas con problemáticas de discapacidad intelectual.

3. El PREA (Programa de Rehabilitación y Externación Asistida) es una iniciativa que se implementa en la PBA – y particularmente en el Hospital Dr. Esteves – desde fines del siglo XX. Durante mucho tiempo fue la única acción organizada para la externación de usuarias y usuarios en los monovalentes de la provincia, muchas veces con un gran esfuerzo de las y los trabajadores que lo integraron.



# Proyecto comunitario “Tiempo Compartido”: un espacio recreativo y reflexivo para infancias y cuidadorxs en territorio

## ALFEI, Constanza.

Licenciada en Psicología. Ex residente de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM, Córdoba). Autora del libro *Calma perpetua: Crónicas de una residente de Salud Mental (2024)*.

Contacto: [alfeiconstanza@gmail.com](mailto:alfeiconstanza@gmail.com)

**Recibido:** 25/08/2023; **Aceptado:** 06/05/2024

**Cómo citar:** Alfei, C. (2024). Proyecto comunitario “Tiempo Compartido”: un espacio recreativo y reflexivo para infancias y cuidadorxs en territorio. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 149-156

## Resumen

El presente relato se enmarca en el desarrollo de una Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM), específicamente en el pasaje por un Equipo de Atención Comunitaria de un Centro de Salud Municipal de la Ciudad de Córdoba, Argentina. Intenta explicitar una respuesta por parte del equipo de residentes (trabajadora social y psicóloga) e integrantes del equipo de Salud Mental ante la demanda de la directora de una de las escuelas del barrio y las mujeres de la comunidad, desde el enfoque de Derechos Humanos, la Salud Mental Comunitaria y el Psicoanálisis, en el contexto de pandemia por COVID-19.

El objetivo principal fue diseñar un dispositivo intersectorial que aloje no solo la demanda de la escuela sino de las mujeres, quienes llegaban al centro de salud con la preocupación de no poder acompañar a sus hijxs en los procesos escolares, lo cual producía malestares



objetivos diversos, tanto en los hogares como en la institución escolar.

Se propuso un taller recreativo y reflexivo que nombramos "Tiempo Compartido" en el amplio parque del centro de salud, del cual participaron adultos cuidadores e infancias, con el fin de incluir prácticas de cuidado en el abordaje integral de la comunidad que se alejen de paradigmas asistencialistas, adultocentristas y paternalistas en la propuesta de atención comunitaria.

**Palabras claves:** Interdisciplina - comunidad - participación - intersectorialidad

### **Community project "Shared Time": a recreational and reflective space for children and caregivers in the territory**

#### **Abstract**

This report is part of the development of an Interdisciplinary Mental Health Residency, specifically in the passage through a Community Care Team of a Municipal Health Center in Córdoba City. It tries to explain a response from the team of residents (social worker and psychologist) and members of the Mental Health team to the demand of the head of one of the neighborhood's school and the women of the commu-

nity, from a Human Rights, Community Mental Health and Psychoanalysis perspective, in the context of the Covid-19 pandemic.

The main objective was to design an intersectoral device that accommodates not only the demand of the school, but also of the women who came to the health center with the concern of not being able to accompany their children in school processes, which produced diverse subjective discomfort, both at home and at school.

A recreational and reflective workshop that we named "Shared Time" took place in the large park of the health center, in which adult caregivers and children participated, in order to include care practices in the comprehensive approach of the community that move away from welfare, adult-centrist and paternalistic paradigms in the community care proposal.

**Keywords:** Interdiscipline - community - participation - intersectionality

#### **La demanda**

En el transcurso de nuestro trayecto como residentes de salud mental por el Equipo de Atención Comunitaria (EAC) de un extenso barrio de la zona norte de

la ciudad, en el marco del dispositivo de “Consultas de Primera Vez”<sup>1</sup>, llegaban sucesivas demandas de las mujeres del barrio relatando situaciones de preocupación y desasosiego en relación al cuidado de niñas y adolescentes. Se trataba de las tareas cotidianas del hogar que suponían una presencia cada vez mayor durante el día: tareas escolares, quehaceres domésticos y sus propias actividades laborales. En este contexto, se tienen presente los impactos de la pandemia por COVID-19 que profundizó aún más la feminización de estos cuidados. Cabe destacar que en los datos epidemiológicos que se recabaron en relación al género de las personas que realizaban consultas por primera vez en el EAC, se evidenció que de 60 consultas relevadas, 45 fueron de mujeres. Este tipo de vicisitudes se expresaban en fragmentos como los siguientes: “no me hacen caso”, “no hacen nada en todo el día”, “no estudian”, “le llamaron la atención en el colegio”, “no me ayudan con la casa”, entre otros.

Este equipo, como la mayoría de los de la ciudad, no contaba con dispositivos comunitarios para trabajar con la población infantojuvenil de los barrios. La respuesta más frecuente es la asistencia individual para adultxs y niñas.

## Nuestra respuesta

Gracias al cese de las restricciones de la pandemia y el comienzo de clases, desde el equipo de residentes en conjunto con dos profesionales del EAC, se pensó en un dispositivo interdisciplinario que fuese capaz de alojar esta demanda. Se pensó en la modalidad de *taller recreativo*, con encuentros semanales de una hora y media, donde se pusiera en marcha un tiempo compartido con actividades entre adultxs cuidadores y niñas. Stolkiner plantea que todo acto de salud invoca una intervención disciplinaria o técnica potencialmente objetivante. En los modelos hegemónicos de atención, esta es prácticamente la única que su organización y producción permite. No obstante, en la perspectiva del pensamiento de la salud colectiva se señala la relevancia de otra dimensión: la del *cuidado* (en reemplazo de la de *atención*), porque denota “relaciones horizontales, simétricas y participativas” (Tejada de Rivero, 2003, en Stolkiner, 2021, p. 181). Requiere de prácticas integrales en salud que incorporen la dimensión subjetiva, histórica y social, tanto en el abordaje de las comunidades como de sujetos con dificultades particulares; las cuales producen un desplazamiento fundamental de la “ontología de la enfermedad” a la “clínica del sujeto” (Sousa Campos, 2001, p. 41), y precisan nuevos modos de gestión del trabajo en salud: horizontalidad y articulación

entre especialización e interdisciplinariedad. Se trata de prácticas en las cuales el componente de objetivación inherente a toda intervención disciplinar queda subordinado al reconocimiento del otro como sujeto de derecho con capacidad de creación y participación.

Realizamos una articulación con el sistema educativo, puesto que la directora había pedido expresamente la intervención del equipo de Salud Mental por dificultades de lxs niñxs y adolescentes en el desarrollo escolar, la conducta y el proceso de alfabetización. Solicitamos una reunión donde le acercamos una nota con la descripción del taller y sus objetivos, con el fin de generar una red de trabajo, es decir, ofrecerle una respuesta posible, mediante un dispositivo de Salud Mental, a esta demanda social.

Emiliano Galende (1990), en su libro *Psicoanálisis y Salud Mental*, refiere que tanto la escuela como el Estado y la justicia, demandan a salud mental por aquello que no funciona del circuito social, lo cual hace que el campo de la salud mental se constituya en un "derredor de estas demandas" (p. 71). Es allí donde ingresa el rol del psicoanálisis, que tiene una relación particular con la demanda, ya que no intentará neutralizarla, mucho menos silenciarla, sino más bien la hará hablar, la interrogará. De eso se trató aquella reunión.

El autor rescata que la posición del psicoanálisis frente a estas demandas sociales es crucial, porque introduce una política diferente en el campo de la salud mental: "un pensamiento y una práctica crítica de lo subjetivo, sus sufrimientos y desviaciones" (p. 71). Por lo cual, esta política del psicoanálisis introduce el análisis de lo particular en el contexto y los grupos sociales, resaltando la singularidad de cada participante y evitando la rigidez de las intervenciones. Fue clara la decisión que tuvimos en no dejar de remarcarle a la directora que esta red que veníamos a construir desde salud mental, comprendía un trabajo de acompañamiento sobre aquello que "no anda" o "no funciona" en la institución escolar, constituyéndose así en un equipo de referencia en el territorio.

### **Nuestra intervención**

Lxs niñxs que formaban parte de los talleres se encontraban en período de escolarización durante la pandemia del COVID-19, por lo que debían cumplir con la medida de las "burbujas escolares", que consistían en asistir a la escuela semana de por medio. Esto posibilitó la rotación de usuarixs en cada encuentro. La edad promedio de las personas que acudían al dispositivo era entre 6 y 12 años en el caso de lxs niñxs, y de 26 a 45 años aproximadamente en adultxs.



Las dificultades en la crianza de niñxs y adolescentes, las diversas problemáticas al interior de las familias del barrio, y las respectivas variaciones comportamentales que adoptaban durante el período escolar, convertían a la escuela en un facilitador para ingreso de lxs niñxs al centro de salud y, por lo tanto, al dispositivo de "Tiempo Compartido". Sin embargo, esto fue posible debido a que previamente se realizó un trabajo intersectorial que permitió el entramado de redes institucionales y el sostenimiento en el tiempo de los nuevos espacios en territorio. Además, tanto el dispositivo de "Consultas de Primera Vez", como los lazos establecidos dentro del complejo del centro de salud municipal con otros efectores de salud mental<sup>2</sup>, proporcionó la inclusión de lxs participantes al grupo. De esta manera, se pudo vislumbrar que no había criterios de inclusión (y en su defecto, de exclusión) para aquellos que querían formar parte de los talleres.

Antes de comenzar cada encuentro, si había adultxs que quisieran participar, se les brindaba un lugar para conversar acerca de los objetivos del taller. Se informaba que era un espacio mediado por nuestro acompañamiento para compartir una actividad lúdica y conversar, ya que comprendíamos la dificultad que se presentaba a la hora de encontrar un espacio compartido de juego y conversación por dentro y fuera del hogar.

Todos los martes a las 14 horas comenzaron los encuentros planificados. En la mesa del patio siempre había témperas, lápices y fibras de colores, con alguna que otra bebida y comida para compartir. Las actividades de cada encuentro eran distintas: a veces se leían cuentos, otras se realizaban tarjetas de invitación, en otras se pintaban dibujos para familiares, pero siempre la dinámica grupal se planteaba en un espacio compartido entre niñxs y adultxs cuidadores.

El enfoque de derechos constituye una visión superadora de la niñez y la juventud como etapas transicionales y problemáticas, promoviendo su participación y protagonismo para el desarrollo colectivo. En este sentido, reconoce su valor para la flexibilidad y apertura a cambios, "para intervenir protagónicamente en su presente, construir democracia, participación, calidad de vida y aportar al desarrollo social" (Nirenberg, 2006, p. 53).

La garantía de derechos y la preponderancia de la palabra del sujeto como valor jurídico se transforma en una necesidad para todo acto de salud que se piense desde un enfoque integral, participativo, comunitario y subjetivante. Las prácticas de atención con niñxs y jóvenes poseen un componente adicional que las acecha: el aún actual paradigma del patronato de menores. Este

paradigma cala hondo en las instituciones y se filtra en prácticas paternalistas y adultocéntricas que no lxs considera como un "enunciador legítimo" (Stolkiner, 2021, p. 201) de su realidad o padecer. De esta manera, el marco legislativo actual nos intima como agentes de salud a incorporar la perspectiva de las niñeces y adolescencias para pensar la propuesta social comunitaria, lo cual implica romper con lógicas institucionales adultocéntricas, paternalistas y asistencialistas, distanciándose de un posicionamiento tutelar o tendiente a la heteronomía de los beneficiarios del sistema de salud (Ferreira y Castorina, 2019).

En las reuniones de equipo interdisciplinarias se decidió alternar los encuentros: una semana en las que se compartían las actividades entre adultxs y niñxz, y otra semana en la que se constituyeron espacios por separado. Este modo nos permitió a las integrantes del equipo de residentes dividirnos en las intervenciones y realizar lecturas paralelas sobre las manifestaciones lúdicas y dialogadas de lxs usuarixs.

El material trabajado en estos encuentros habilitó el enlace de redes institucionales que permitieron la puesta en acto de otros agentes sanitarios, los cuales contribuyeron al trabajo efectuado en el mismo dispositivo, como por ejemplo, la gestión de turnos con residentes

de psicopedagogía de un hospital pediátrico, la conversación con distintas maestras de las escuelas y referentes barriales, entre otros.

### **Resonancias**

En algunos mensajes intercambiados por un miembro del equipo con la directora de la escuela, luego de transcurridos algunos encuentros, se escucha lo valioso de habilitar este tipo de prácticas. Se trata de alojar y protagonizar a las familias con sus malestares y padecimientos sociales y subjetivos. La directora nos expresó lo siguiente: "alguien que lxs mire desde otro lugar, también estatal, por fuera de la escuela".

La participación colectiva es fundamental, tanto para el campo de la salud mental comunitaria y el enfoque de derechos, como para la educación popular. Gyarmati, retomado por Díaz, Martínez y Cumille, define a la participación como "la capacidad real y efectiva del individuo o de un grupo de tomar decisiones sobre asuntos que directa o indirectamente afectan su vida y sus actividades en la sociedad" (2003, p. 235). Cuando hablamos de participación pretendemos enfatizar la importancia de un proceso que implica una actuación conjunta para lograr objetivos e intereses comunes entre los participantes, a par-

tir de la comunicación horizontal (Montero, 1996). Esta participación es siempre social, ya que "se despliega en procesos históricos que construyen tanto a los sujetos como a los colectivos en los se desarrolla" (Ussher, 2008, p. 166). El concepto de participación remite necesariamente a un "protagonismo directo de los ciudadanos con un alto grado de implicación y motivación en las distintas actuaciones llevadas a cabo por la comunidad" (Gil Lacruz et al., 1996, p. 25). Su objetivo es producir una movilización de la conciencia de las condiciones de vida, sus causas y efectos, construyendo nuevos comportamientos y maneras de comprenderlas y aprehenderlas. Implica colaboración, es decir "trabajo compartido en diferentes grados de intensidad e implicación" (Montero, 1996, p. 2), así como también posibilita el ejercicio de nuestros derechos. Es una forma de apropiarnos y construir el espacio público en el que nos desarrollamos y al cual pertenecemos.

### **Reflexiones finales**

A pesar del corto tiempo que se pudo otorgar a este taller por el arribo al fin de la residencia, se llegó a las siguientes conclusiones: en primer lugar, la asistencia sostenida en todos los encuentros por parte de adultxs y niñxs da cuenta de su compromiso, y, por lo tanto, del acierto del dispositivo frente a la demanda social,

que intentó responder a las necesidades concretas de la comunidad; en segundo lugar, se cumplió con el objetivo principal que fue generar un vínculo horizontal con la comunidad, de modo tal que el EAC del centro de salud se estableciera como espacio de referencia; por último, se reforzó la potencia del trabajo intersectorial como posibilitador de construcción colectiva de abordajes que intentan re-pensar las prácticas objetivantes y los modos tradicionales hegemónicos de atención en salud mental.

Entendemos que los dispositivos de salud mental no sólo deben garantizar la atención en un nivel de prevención terciaria, sino que además deben promover espacios de prevención y promoción primaria de la salud, favoreciendo la participación y la construcción colectiva, a partir de dispositivos tendientes a lazos comunitarios que permitan su involucramiento subjetivo. Esta fue la apuesta como equipo de residentes de salud mental, a modo de incluir prácticas de cuidado en el abordaje integral de la comunidad, que se alejen de paradigmas asistencialistas, adultocentristas y paternistas en la propuesta de atención comunitaria.

## Bibliografía

Díaz, D., Martínez, M. L., y Cumsille, P. (2003). Participación comunitaria en adolescentes: desafíos para la promoción de la salud. *Revista de Psicología*, XXI(2), 53-70.

Ferreira, J. y Castorina, J. (2019). *Neurocientismo o Salud Mental: Discusiones clínico-críticas desde un enfoque de derechos*. Miño y Dávila.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.

Gil Lacruz, M., Pons Diez, J., Grande Gascón, J., y Marin Jiménez, M. (1996). Aproximación operativa a los conceptos de participación y sentimiento de pertenencia: estrategias de intervención en la comunidad. *Intervención Psicosocial*, 5(13), 21-30

Montero, M. (1996) La participación: significado, alcance y límites. En: Hernández, E. *Participación: ámbitos, retos y perspectivas*. Ediciones CESAP. 7-20.

Nirenberg, O. (2006). *Participación adolescente en proyectos sociales: aportes conceptuales y pautas para su evaluación*. Paidós.

Sousa Campos, G. (2021). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Universidad Nacional de Lanús.

Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en Salud Mental*. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Noveduc.

Ussher, M. (2008). *Complejidad de los procesos de participación comunitaria*. Acta Académica. Recuperado el 28 de septiembre de 2015 en <https://www.academica.org/000-032/488.pdf>

## Notas

1. "Consultas de Primera Vez" es un dispositivo que diseñó el equipo interdisciplinario del centro de salud comunitario con el fin de recepcionar las demandas a Salud Mental del barrio sin listas de espera, sino por orden de llegada los días martes. Es una posición estratégica y política que se diferencia del dispositivo de "admisión" en Salud Mental.

2. En el mismo complejo habitacional, además del centro de salud y el EAC, funcionaba una casa de Sedronar y un dispositivo de atención y prevención en consumos problemáticos de la municipalidad.

# Un relato de la experiencia de trabajo en un hospital rural del sur de la provincia de Chubut. La inclusión de la perspectiva de salud mental comunitaria en las prácticas cotidianas

## FERNÁNDEZ, Ana.

Licenciada en Psicología, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud (IUCS - Fundación H.A. Barceló). Egresada de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria (RISMC, Puerto Madryn, Chubut). Jefa de residentes de RISMC, Puerto Madryn. Docente de Fundación H.A. Barceló.

Contacto: [julitavescio@gmail.com](mailto:julitavescio@gmail.com)

## COLOMBERO, Fernando.

Licenciado en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional del Litoral (UNL). Egresado de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria (RISMC, Puerto Madryn, Chubut). Trabajador del Servicio de Salud Mental del Hospital Zonal A. Ísola de Puerto Madryn, Chubut.

Contacto: [fernando.colombero@gmail.com](mailto:fernando.colombero@gmail.com)

**Recibido:** 15/08/2023; **Aceptado:** 06/05/2024

**Cómo citar:** Fernández, A. y Colombero, F. (2024). Un relato de la experiencia de trabajo en un hospital rural del sur de la provincia de Chubut. La inclusión de la perspectiva de salud mental comunitaria en las prácticas cotidianas. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 157-168

## Resumen

El presente escrito se realiza a los fines de compartir una experiencia de rotación realizada en un hospital rural del sur de la provincia de Chubut, durante los meses de abril y mayo del año 2023. Esta se desarrolló en el marco de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria, con sede en el Hospital Zonal A. Ísola de Puerto Madryn.

Se comparte un diagnóstico situacional realizado desde una perspectiva de derechos y de salud mental comunitaria, que deriva en la identificación de las problemáticas psicosociales complejas que aparecen recurrentemente en las voces de los actores comunitarios e institucionales del lugar.

Se proponen reflexiones y estrategias de abordaje de estas problemáticas relevadas, particularmente a partir de tres ejes: 1. Ejercicio de derechos de niños y

adolescentes; 2. Violencias con motivos de género y; 3. Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Se concluye con la necesidad de valorar los saberes locales en el encuentro con los territorios, priorizando el tejido intersectorial y comunitario, sin incurrir en prácticas normalizadoras de quienes habitan la ruralidad.

**Palabras clave:** salud mental comunitaria - servicios de salud rural - derechos humanos - estrategias de salud - colaboración intersectorial

**A report of the work experience in a rural hospital in the south of the province. The inclusion of the community mental health perspective in the daily practices**

### **Abstract**

The aim of this paper is to share a rotation experience carried out in a rural hospital in the south of the province of Chubut, during April and May 2023. The rotation was developed within the framework of the Interdisciplinary Residency in Community Mental Health, at the A. Ísola Zonal Hospital of Puerto Madryn.

This paper describes a situational diagnosis carried out from the perspectives of rights and from the field of community mental health, which leads to the identification of complex psychosocial problems that recurrently appear in the voices of community and institutional actors of this place. Reflections and strategies to address these problems are proposed, particularly from three axes: Exercise of children and adolescents' rights, gender-based violence and implementation of the National Mental Health Law No. 26.657.

It is concluded with the need to value local knowledge within the territories, prioritizing the intersectoral and community relations, without normalizing practices of those who live in rural areas.

**Keywords:** community mental health - rural health services - human rights - health strategies - intersectoral collaboration.

### **Introducción**

El presente escrito se realiza a los fines de compartir una experiencia de rotación realizada en un hospital rural del sur de la provincia de Chubut<sup>1</sup>, durante los meses de abril y mayo del año 2023. Esta se desarrolló en el marco de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISMC) de Chubut, con sede en

el Hospital Zonal A. Ísola de Puerto Madryn (HZPM). En el segundo año de la RISMC se contempla que los residentes roten por los distintos dispositivos de la Red Sociosanitaria del Servicio de Salud Mental Comunitaria del HZPM, así como también por la ruralidad.

Dicha experiencia tiene como objetivo que los residentes puedan construir una lectura situada del territorio rural de la provincia y conocer la modalidad de abordaje en salud y salud mental de un hospital rural, y realizar aportes desde salud mental comunitaria. En este sentido, se intentó dar continuidad a los procesos ya iniciados por compañeras que rotaron en los meses previos por este hospital, mientras que en simultáneo, se realizó un diagnóstico situacional y se construyeron nuevas líneas de acción.

Se considera la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 (LNSM) y la Ley Provincial N° 384/2009 como marco normativo de base y al campo de la salud mental comunitaria en diálogo con saberes plurales como fundamento de la praxis. El modelo de abordaje comunitario se funda en el respeto y la promoción de los derechos humanos, propiciando el acompañamiento de los equipos de salud en el ejercicio efectivo de los mismos. Esto se plantea desde una perspectiva de salud integral, a través de estrategias interdisciplinarias e in-

tersectoriales, en un abordaje en red desde el enfoque de Atención Primaria de la Salud (APS), promoviendo la participación ciudadana.

De acuerdo con esto entendemos los procesos salud-enfermedad-cuidados indisociables de las condiciones de existencia de las personas, incorporando la reflexión y consideración sobre el contexto social en el cual se desarrolla la vida cotidiana de las mismas (Freytes Frey, 2009). En lo que respecta a la población rural, es necesario atender con una mirada situada y local de la comunidad, en particular las dimensiones de las idiosincrasias vinculares, la temporalidad, la espacialidad y la accesibilidad a los derechos.

Cabe aclarar que en el presente texto se ofrece una lectura particular de las situaciones, entre tantas otras que son posibles, y que pone el foco en lo acontecido en un recorte temporal-espacial acotado, que no pretende cubrir la complejidad de la situación.<sup>2</sup>

## 2. El contexto rural

A los fines de compartir el escenario rural patagónico, los días que transcurrimos allí se caracterizaron por el incesante sonido del viento que atraviesa la zona, la escasa luz solar y las bajas temperaturas. El paisaje otoñal teñido por las hojas amarillas de los pocos árboles

en altura y la vegetación baja de los neneos y coirones, típicos arbustos de la flora local chubutense. Algunas calles de ripio para recorrer la corta distancia del pueblo y la ruta que lo atraviesa. Mientras tanto, dentro de las casas calefaccionadas circula el mate y las tortas fritas. Por otro lado, no resulta inadvertido que, debido a la cercanía de esta localidad con la zona de frontera, es un territorio fuertemente militarizado, con arraigada presencia de fuerzas armadas del ejército y gendarmería nacional. En este lugar habitan aproximadamente 3.600 personas. Además, el hospital rural brinda atención sanitaria a cuatro poblados aledaños que tienen entre 60 y 120 habitantes cada uno, los cuales cuentan con puestos sanitarios cuyos equipos están compuestos por un personal de enfermería, un trabajador comunitario de salud en terreno (TCST)<sup>3</sup> y un chofer de ambulancia.

El hospital rural cuenta con un equipo de gestión, servicio de enfermería, medicina, TCST, laboratorio, radiología, psicología, kinesiología, odontología, estética, mantenimiento, lavandería, cocina y choferes.

Es oportuno mencionar que el hospital se encuentra a poco más de 250 km del hospital de referencia de mayor complejidad, al cual suelen realizarse derivaciones diarias para aquellas situaciones que no pueden resolverse en el efector rural.

### 3. Diagnóstico situacional

Dado que uno de nuestros objetivos de la rotación consiste en conocer la modalidad de funcionamiento del hospital rural en articulación con su comunidad y las instituciones, desde el inicio se intentó generar espacios de encuentro y diálogo con los actores de la comunidad, además de incluirnos en la dinámica cotidiana de los equipos de salud.

En las primeras semanas se realizó un diagnóstico situacional de las problemáticas psicosociales que aparecían recurrentemente en las voces de actorxs comunitarios e institucionales, entre ellas: el consumo de sustancias, la asistencia irregular de las infancias y adolescencias a las escuelas, adultos en situación de vulnerabilidad, estigmas sobre la salud mental y la preocupación por la actualidad de las adolescencias del pueblo.

Esto último fue asociado con una ausencia aparente de “motivación por los propios proyectos de vida”<sup>4</sup> de los adolescentes, el inicio “cada vez más temprano” del consumo de alcohol, y las dificultades de los referentes para generar espacios de diálogo y acompañamiento a los adolescentes en relación con el cuidado de su salud mental.



Asimismo, como parte del diagnóstico, se destacan como fortalezas del equipo de salud la predisposición y compromiso en sus funciones laborales y el trabajo intersectorial en actividades recreativas, culturales o deportivas que se han desarrollado en conjunto con jardines, escuelas, clubes y el área de género y diversidad de la municipalidad. No obstante, la participación del sector salud en las mismas suele circunscribirse a los fines de prevenir y detectar síntomas compatibles con enfermedades. Por otro lado, se observa un sistema fortalecido de referencia y contrarreferencia desde y hacia las estancias aledañas, los puestos sanitarios del área de responsabilidad y el hospital regional más cercano. A continuación se construyen algunas articulaciones teórico-prácticas a posteriori de la experiencia de rotación retomando el trabajo realizado con los equipos en torno a la construcción de estrategias de abordaje de algunas de las problemáticas psicosociales complejas (Bang, 2014) relevadas. Tomando este escrito como oportunidad de pausa y elaboración, y siguiendo a Testa (2020), compartimos estas reflexiones a modo de comentarios, como herramienta que permite socializar algunas ideas, algo del orden de un cierto saber que no está cerrado. Dicha autora agrega que “un comentario está destinado a ir y venir o a quedarse flotando, a disposición de quien quiera hacer algo con él” (p. 4), posibilitando pensar en conversación.

#### **4. Estrategias de abordaje de problemáticas psicosociales complejas desde una perspectiva de salud mental comunitaria**

##### **4.1. Ejercicio de derechos de niños y adolescentes**

Como parte del recorrido por esta rotación rural, tuvimos la posibilidad de participar de diversas actividades, entre ellas, una jornada organizada por la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF), en conjunto con el Servicio de Protección de Derechos local (SPD), en la que se encontraron múltiples actores de distintos sectores para trabajar en torno al Sistema de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA). En la misma se identificó en los discursos de algunos agentes estatales la creencia acerca de la responsabilidad exclusiva de las familias en los cuidados hacia los niños y adolescentes. Se puede situar como ejemplo cuando se culpabilizó únicamente a las madres por el consumo de alcohol y participación en fiestas de adolescentes “sin controlarlos”, ignorando la necesaria respuesta estatal y la posibilidad de construir estrategias intersectoriales que faciliten el acceso a derechos (a la salud, a la información sobre reducción de riesgos y daños, al esparcimiento y a eventos culturales, entre otros).

En relación con esto propusimos que se puedan generar instancias de sensibilización de los derechos de NNyA, construir recursoros y/o guías de acción en caso de detección oportuna de violencias contra este grupo etario, así como potenciar acciones de promoción de vínculos de cuidado y respeto. Esto se fundamenta en la Convención Internacional de Derechos del Niño (1989), en la cual se dispone que es tarea del Estado promover el interés superior del niño y la escucha de las voces de los mismos en su vida cotidiana. Por lo tanto, creemos primordial garantizar oportunidades reales de participación, entendida como el derecho de los NNyA a ser parte de las decisiones que, directa o indirectamente, les atañen (Corvera, 2011).

De acuerdo con lo expresado, valoramos la necesidad de continuar potenciando los encuentros de esta índole para abordar la complejidad de las situaciones que afectan a las infancias y adolescencias, evitando miradas reduccionistas, y así, apostar a distribuir acciones en red acorde al paradigma de derechos y de la co-responsabilidad.

#### **4.2. Violencias con motivos de género**

Otro eje que ha sido problematizado con la comunidad del hospital rural, y en particular con su equipo

de gestión, fue la ausencia de abordajes de las violencias por motivos de género. Un estudio realizado por el Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad (2020) concluyó que casi el 50% de las mujeres encuestadas afirmaron haber sufrido algún nivel de violencia física o sexual alguna vez en su vida desde los 16 años, y que el 8,5% de las mujeres vivenció violencia física o sexual en el último año. En nuestro país, y a nivel global, se sostienen patrones sociales y culturales que reproducen desigualdades y violencias entre los géneros, muchas veces prácticas invisibilizadas y naturalizadas (OPS y MSN, 2022). Rita Segato (2003) agrega que si bien son más evidentes los efectos de la violencia física, “las consecuencias de la violencia moral, por su invisibilidad y capilaridad, resultan la forma más corriente y eficaz de subordinación y opresión femenina, socialmente aceptada y validada” (p. 115). Esto se debe a que se encuentra entretejida y encubierta en el contexto de relaciones aparentemente afectuosas. Sin embargo, en el último tiempo se han producido también avances en torno a la nominación, identificación, detección y atención integral de las mujeres, personas LGBTIQ+, y niñas y adolescentes que atraviesan violencias.

Retomando lo expresado acerca de la invisibilización de las violencias de género en el pueblo, creemos que el análisis de esta situación no puede ser escindido

de la coyuntura fuertemente arraigada de la presencia militar y la “cofradía masculina” (Segato, 2017). Esto sucede en simultáneo con otros múltiples condicionantes como el conocimiento entre los vecinos caracterizado por el principio de lo que sucede “puertas adentro” no es incumbencia política ni social, la relación histórica entre el espacio privado y/o doméstico como lugar asignado a la femineidad se exacerba aún más en ámbitos rurales, e incluso se observó que muchas mujeres desconocen derechos como a la interrupción voluntaria del embarazo (Ley N° 27610, 2020, o a recibir información sobre los métodos anticonceptivos y de barrera de las infecciones de transmisión sexual (Ley N° 25.673, 2002).

En línea con lo desarrollado en el apartado anterior, en primer lugar, se visibilizó la pertinencia de trabajar al interior de las instituciones las medidas necesarias para garantizar la eliminación de la discriminación y las desiguales relaciones de poder sobre las mujeres, la asistencia integral y de forma oportuna, el respeto de los derechos y la implementación de estrategias tendientes a sensibilizar a la comunidad en la temática de violencia de género (Ley N° 26.485, 2009). En instancia de intercambio con el equipo de gestión del hospital fue posible pensar y diseñar algunas estrategias a implementar como por ejemplo: la incorporación de un vio-

lentómetro, el uso de las pantallas de la sala de espera a los fines de sensibilizar e informar sobre la temática, promover que se realice la capacitación de la Ley Micaela N° 25499/2018 por parte de todo el personal hospitalario, implementar el manual clínico de atención integral recientemente elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación y la OPS (2022), talleres dirigidos a todas las edades y sectores para interpelar los mandatos de la masculinidad (Chiodi, Fabbri y Sánchez, 2019).

A su vez, resulta interesante pesquisar los modos de promover un trabajo en red y convocar el armado de una mesa intersectorial en pos de la promoción de una vida libre de violencias, generando oportunidades de sensibilización y cuidado comunitario en todos los escenarios de la vida cotidiana.

#### **4.3. La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010**

Teniendo en cuenta la normativa vigente, cabe mencionar que actualmente existen personas que se encuentran viviendo en el hospital hace varios años, quienes son nombradas por personal de la institución como “pacientes sociales”, reproduciendo discursos estigmatizantes en situación de vulneración de derechos. Refieren que se decidió alojarlas en el hospital, dado que

no cuentan con red afectiva y requieren apoyos para actividades básicas de la vida cotidiana (como prepararse los alimentos, gestionar su vestimenta e higiene, comunicarse, manejar dinero, entre otras). Nos preguntamos cómo sería posible implementar la LNSM cuando se alude que no hay disponibilidad de recursos que puedan proveer los cuidados que estas personas necesitan desde una perspectiva de derechos e integración en la comunidad. Para la gestión hospitalaria, la desinstitucionalización resulta una dificultad, ya que no cuentan en el territorio con el “dispositivo ideal” para que vivan estas personas, como una residencia con alto nivel de apoyo o recursos económicos que se destinen para cubrir un alquiler y un servicio de acompañamiento según las necesidades singulares de cada quien. Surge el interrogante, entonces, sobre cómo motorizar procesos intersectoriales en las zonas rurales para garantizar el ejercicio de derechos de la normativa vigente Ley N° 26.657, la cual establece en el Art. 15° que “en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes”.

Tanto esta legislación como el Consenso de Brasilia (2013) disponen que el Estado debe impulsar diversas acciones en pos de la inclusión en la comunidad de las

personas usuarias de los servicios de salud mental en igualdad de oportunidades que las demás. A su vez, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) estipula el derecho a vivir de forma independiente y a tener acceso a diversos servicios de apoyo en la comunidad y así, evitar su aislamiento o separación de ésta.

En este sentido, el informe elaborado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (2015) señala que es preciso que las acciones estatales se orienten a transformar las relaciones imbricadas en el tejido comunitario y se tomen las decisiones de gestión necesarias para una implementación eficaz del complejo normativo.

Otro aspecto que consideramos poner en discusión es qué lugar ocupa la salud mental en este hospital. Se observó que en las prácticas instituidas subyace el modelo médico hegemónico, desde el cual la salud queda reducida a la asistencia de la enfermedad, “el abordaje es enteramente sintomático y circunstancial; esto es, apegado a la idea directriz de remitir el cuadro” (Di Nella, 2012, p. 50).

En pos de introducir acciones de promoción de la salud mental desde un modelo comunitario, se compartió la posibilidad de generar oportunidades para el

fortalecimiento de los lazos comunitarios, el cuidado en todos los escenarios de la vida cotidiana de las personas y el trabajo por garantizar el ejercicio de derechos.

Un intento de dar lugar a este modo de intervención pudo ser desarrollado en el diseño colectivo de un proyecto con la psicóloga del hospital, les TCST y docentes de una escuela de danza y folklore. El mismo tuvo como objetivo propiciar un espacio de escucha, intercambio y reflexión colectiva en torno a los modos de cuidar la salud mental en la vida cotidiana de las adolescencias.

Por último, teniendo en cuenta nuestro recorrido por los diversos dispositivos del servicio público de salud de Chubut, consideramos importante aproximar algunas estrategias implementadas en otros efectores que pueden resultar valiosas para repensar las prácticas como equipo de salud en la ruralidad, a saber: la realización periódica de reuniones de equipo, la implementación del dispositivo de guardia de salud mental, teniendo en cuenta los lineamientos de atención en la urgencia (MSN, 2013), y la invitación a construir espacios de supervisión y/o acompañamiento a fin de repensar prácticas instituidas y estrategias de abordaje intersectorial de problemáticas psicosociales complejas.

## 5. Conclusión

El pasaje por la residencia nos permite transcurrir experiencias por fuera del ámbito hospitalario y trascender las prácticas intramuros, posicionándonos como equipo dispuestos a construir con los saberes locales teniendo en cuenta sus propios procesos y condiciones. Como ha sido desarrollado, esta posibilidad se da en territorio en el encuentro con vecines, organizaciones sociales, instituciones de otros sectores (educativas, religiosas, judiciales, entre otras), reconociendo que el mismo no es sin tensiones, pluralidades, intereses divergentes.

En este caso, teniendo en cuenta los vastos territorios con los que cuenta la provincia, las condiciones climáticas muchas veces desfavorables para la vida, las grandes distancias para alcanzar el acceso a servicios (que usualmente en los centros urbanos del país no se repara en ellas), es que cabe la pregunta sobre cómo acompañamos las posibilidades de cuidado de salud desde una posición respetuosa de las idiosincrasias de sus pobladores, intentando no reproducir prácticas normativas y de control de los cuerpos de quienes allí habitan.

## Bibliografía

Bang, C. (2014) Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-full-text-399>

Barria Oyarzo, C. (2020). Gestión de políticas públicas en salud: Mujeres migrantes en una ciudad de la Patagonia, Argentina. *Anthropologica*, 38(44), 157-185. <https://doi.org/10.18800/anthropologica.202001.007>

Centro de Estudios Legales y Sociales. (2015). *Cruzar el muro: Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. [Archivo PDF]. <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2016/10/Cruzar-el-muro.pdf>

Chiodi, A., Fabbri, L. y Sánchez, A. (2019). *Varones y masculinidad(es). Herramientas pedagógicas para facilitar talleres con adolescentes y jóvenes*. Instituto de Masculinidades y Cambio Social.

Corvera, N. (2011). Participación ciudadana de los niños como sujetos de derechos. *Persona y Sociedad*, 25(2), 73-99. <https://doi.org/10.53689/pys.v25i2.215>

Di Nella, Y. (2012). *Inclusión Mental. Políticas públicas con enfoque de derechos*. Editorial Koyatun.

Freytes Frey, M. (2009). *Red de servicios socio sanitarios*. Escuela Bional de Especialización para Operadores de Empresas Sociales.

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (2020). *Plan Nacional de Acción Contra las Violencias por Motivos de Género (PNA) (2020-2022)*.

Ministerio de Salud. (2013). *Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental*.

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). *Consenso de Brasilia*.

Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Manual clínico: atención integral de salud en situaciones de violencias por motivos de género. Herramientas para equipos de salud*.

Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoa-*

*nálisis y los derechos humanos*. Universidad Nacional de Quilmes.

Segato, R. (2017). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de sueños.

Testa, D. (2020). “Un cuarto propio” y dinero en la billetera: condiciones de producción en terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(4), 1357-1364. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2047>

### Legislaciones citadas

Ley N° 25.673. (2002). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. <https://tinyurl.com/yf3tzchm> [consulta, abril 2023]

Ley N° 26.485. (2009). Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. <https://tinyurl.com/4x6ftcun> [consulta, abril 2023]

Ley N° 26.529. (2009). Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. <https://tinyurl.com/yc4x5e77> [consulta, abril 2023]

Ley N° 26.657/2010. Ley Nacional de Salud Mental. Nación Argentina. <https://bit.ly/2XL2V3k> [consulta, abril 2023]

Ley N° 27.499. (2018). Ley Micaela de capacitación obligatoria en género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado. <https://tinyurl.com/mr2upa4s> [consulta, abril 2023]

Ley N° 27.610. (2020). Acceso a la Interrupción Voluntaria del embarazo. <https://tinyurl.com/45e9rzfm> [consulta, abril 2023]

Ley Provincial I N° 384. (2009). Ley Provincial de Salud Mental. 17 de diciembre de 2008. Legislatura de la Provincia de Chubut. <https://tinyurl.com/4z5ceby> [consulta, abril 2023]

### Notas

1. A los fines éticos de proteger el derecho a la privacidad se decide mantener el anonimato de la localidad y no revelar datos que puedan dar cuenta de las personas involucradas.

2. Dados los cambios producidos en la coyuntura política, económica y social del país en los últimos meses, entre ellos la precarización de los servicios públicos



estatales, los aumentos de las violencias y discursos de odio, señalamos que la reflexión y problematización realizada corresponde al momento histórico en el que fue elaborado y enviado el presente artículo (agosto 2023).

3. En el año 2006 surge la figura de trabajador comunitario de salud en terreno en la provincia de Chubut con el propósito de profesionalizar el trabajo de agentes sanitarios. Se piensa a los TCST como articuladores entre la comunidad y el sistema de salud siendo una de sus principales tareas las visitas domiciliarias y los censos de las condiciones de salud de familias con vulnerabilidades (Carlos Barria, 2020).

4. Las frases entrecorilladas refieren a lo que expresan textualmente los actorxs comunitarios e institucionales consultados.





# VIVA ESTAMPA: práctica artística, promoción de salud y transformación social

## **ABADÍA, Agustina.**

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Profesora Nacional de Pintura (ENEBA). Profesional del Servicio de Rehabilitación y Área Programática del Hospital Moyano (CABA). Coordinadora del dispositivo “Viva Estampa” y del Programa de Inclusión Cultural (DGSAM, Ministerio de Salud GCBA).

*Contacto: agusabadia@gmail.com*

## **ABREGU, Paula.**

Licenciada en Terapia Ocupacional. Especialización en Terapia Ocupacional en Comunidad. Especialidad en Epistemologías del Sur. Maestranda en Salud Mental Comunitaria (UNLa).

*Contacto: pauliabregu@hotmail.com*

## **FIGALLO, Mercedes.**

Licenciada en Artes Visuales con Orientación en Grabado y Arte Impreso, Universidad Nacional de las Artes (UNA). Gestora cultural de proyectos de inclusión que vinculan arte, salud y comunidades, tanto en el ámbito público como privado.

*Contacto: mechafigallo@gmail.com*

**Recibido:** 18/08/2023; **Aceptado:** 06/05/2024

**Cómo citar:** Abadía, A., Abregu, P., Figallo, M. (2024). VIVA ESTAMPA: Práctica artística, promoción de salud y transformación social. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 169-182

## Resumen

Viva Estampa es un dispositivo comunitario que aborda la promoción/prevenición de salud mental; facilita la habilitación y la inclusión social y cultural a través de procesos y prácticas artísticas territoriales. Se posiciona desde el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y desde la perspectiva de género, derechos humanos y salud mental comunitaria.

Se desarrolla en el Museo de Artes Plásticas “Eduardo Sívori” mediante talleres abiertos a la comunidad desde el año 2007. Depende del Área Programática del Hospital Moyano, en el marco del Programa de Inclusión Cultural Comunitario, y es efector del Programa de Inclusión Sociocultural de la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Realizamos intervenciones en la comunidad y articulamos generando tramas de forma interministerial, intersectorial e interinstitucional. Focaliza en los intersticios entre diversos actores y enfrenta, en esta complejidad, las limitaciones que impone el sistema haciendo porosas las fronteras como una manera activista de resistencia.

Trabaja con jóvenes y adultxs con y sin problemática severa de salud mental. Conformar grupos de trabajo heterogéneos desde el respeto y afecto, el rescate/valor de lo singular y la potencialidad de lo colectivo. Disputa enunciaciones en territorio.

Pensando el arte como herramienta de transformación social, pone en tensión el lugar que ocupa en cada unx la salud mental, tanto desde la salud y la enfermedad. Busca a través de acciones y prácticas artísticas desactivar/interpelar estigmas y prejuicios del imaginario social.

Favorece la vinculación, construcción de lazos sociales y la resignificación de capas identitarias de todxs sus participantes. Pensando a la práctica artística como performativa de identidades.

Aborda la complejidad de situaciones respecto recortes de ciudadanía, pérdida de derechos sociales y exclusión de oportunidades desde los múltiples determinantes que forman parte de esta problemática. Viva Estampa construye en red Cultura Arte-Afectiva (Corvalan, 2021).

**Palabras clave:** promoción - salud mental - transformación social - prácticas artísticas - territorios.

## **VIVA ESTAMPA: artistic practice, health promotion and social transformation**

### **Abstract**

Viva Estampa is a community dispositive that addresses the promotion and prevention of mental health; it facilitates empowerment and socio-cultural inclusion through territorial artistic processes and practices. It is set within the framework of the National Mental Health Law No. 26.657, with a gender perspective, human rights approach, and community mental health.

The dispositive runs workshops at the E. Sívori Museum of Fine Arts which has been open to the community since 2007. It is a project subordinated to the Programmatic Area of the Moyano Hospital, within the framework of its Community Cultural Inclusion Program, operating as an agency of the Socio-Cultural Inclusion Program of the General Directorate of Mental Health of the Government of the City of Buenos Aires.

Viva Estampa intervenes in the community and fosters collaboration by weaving an interministerial, intersectoral, and interinstitutional network. It focuses on the in-between spaces among different actors and faces the limitations imposed by the system, within this

complexity, making frontiers porous as an activist way of resistance

Young adults and adults with or without severe mental health issues participate in the workshops. Viva Estampa forms heterogeneous groups based on respect and affection, the recognition and value of individuality, and the potential of collective effort. It engages in challenging statements within the territory.

Considering art as a tool for social transformation, Viva Estampa questions the role that mental health plays in everyone, both as health and as illness. Through artistic actions and practices, it seeks to dispel stigmas and combat prejudices ingrained in the social imaginary. It promotes connection, forging social bonds, and the resignification of participants' identity layers considering artistic practice as performative of identities.

These collective addresses the complexity of situations regarding citizenship limitations/ restrictions, loss of social rights, and lack of opportunities, considering the multiple determinants that are part of this issue.

Viva Estampa builds a network of Affective Culture Art (Corvalan, 2021).

**Keywords:** health promotion - mental health - social transformation - artistic practices - territories.

**Problemática: rehabilitar - habilitar**

El museo del siglo XXI debe fundamentar su existencia no solo por sus colecciones, sino también en cómo se abre a la sociedad: “el museo de hoy no está completo sin quienes lo habitan, sin quienes acuden a él” (Abad Fernández et al, 2021, p. 11). [...] “Las artes plásticas pueden contribuir a una aproximación multifacética del tratamiento de los trastornos de salud mediante una integración de los entornos culturales y los recursos comunitarios” (Abad Fernández et al; 2021, p. 14). Viva Estampa trabaja desde y contra la trilogía museo/arte/salud como un cuerpo elitista al que solo pueden acceder determinados sectores sociales. Busca decodificar, deconstruir, resignificar los paradigmas anquilosados que fortalecen la cultura hegemónica y obstaculizan la circulación de nuevas enunciaciones u otras posibles (Abadía y Figallo 2021). Asimismo, se posiciona como una intervención contrahegemónica en relación al campo de la salud y del arte, previo a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010.

El territorio del museo es un espacio donde recuperar y habilitar el potencial de la propia comunidad

y de las comunidades para el diseño de nuevas formas (intersectoriales) de atención y para la producción de acciones que promuevan y promocionen la salud. Por ello, abrir el museo a las comunidades implica co-construir espacios (entre participantes, entre instituciones, entre el campo de la cultura y el campo de la salud, entre disciplinas, etc).

Conocemos la problemática de la soledad, del individualismo, de la exclusión, de los estigmas, de las dificultades en la accesibilidad a las oportunidades. Debemos considerar la rehabilitación y/o habilitación de las personas en un contexto social, dar pertinencia a las redes de sociabilidad (y afecto) en las diferentes construcciones de identidad.

Por ello, consideramos que la naturalización por parte de toda la sociedad de la sobremedicación hasta el punto de anular las emociones forma parte del contexto antes descrito. Un conjunto de aspectos sostienen y reproducen esa cultura hegemónica donde algunos quedan afuera, en los márgenes, poblaciones vulnerables que son catalogadas como peligrosas, improductivas, infantilizadas, por lo tanto tuteladas. Identidades estandarizadas en base a diagnósticos médicos descontextualizados de las historias de vida y de procesos sociales, culturales y políticos.

La salud mental es dinámica y el sufrimiento o padecimiento psíquico afecta e interpela a todas las personas. Esto implica un cambio cultural, deconstruir el concepto de enfermedad mental tanto a nivel profesional como en la comunidad. Nos preguntamos si existe alguna problemática de salud que no incluya el componente mental (Di Nella, 2021). En un contexto caracterizado por diferentes opresiones y vulneraciones, el sufrimiento nos iguala. La cultura manicomial (Di Nella, 2012) no es propia del manicomio y resulta tan compleja como la espectacularización de la felicidad en las redes sociales actuales. Como sociedad naturalizamos el encierro en tanto estrategia de atención y el disciplinamiento de la diferencia, de otra forma de vida y de pensar. Nos preguntamos: ¿hacemos salud? ¿hacemos cultura?

Sabemos que nuestro cuerpo territorio es habilitar, o en todo caso, desobstaculizar. Pero este territorio también presenta otros obstáculos, algunos vinculados al paradigma hegemónico/manicomial y otros a la (no) implementación de las políticas públicas.

Para la cultura manicomial, un diagnóstico psiquiátrico define un estado inmodificable. Ya está todo dicho, determinado por el pensamiento científico, por lo tanto no es necesario el abordaje interdisciplinario ni

acompañar el transitar, la inclusión, en otros espacios porque ya está sentenciado que no podrá. ¿Cómo se piensa entonces la re (habilitación) desde esta lógica?

En este sentido la lógica manicomial también intenta hacer una torsión y buscar sus intersticios, instalando algunas certezas, como que podría hacerse trabajo comunitario desde y dentro de una institución de encierro. Como así también que las redes comunitarias son responsables del cuidado de la población vulnerable, siendo una forma del Estado de correrse de sus obligaciones.

Con respecto a las políticas públicas, la decisión de su no implementación y, consecuentemente, la designación del presupuesto necesario, hace que las experiencias comunitarias corran el riesgo de desarmarse ya que son sostenidas por lxs trabajadorxs o la propia comunidad sin el apoyo estatal. Por el otro lado, la dependencia de una institución total en un marco de no cumplimiento de las políticas públicas vigentes genera subalternización al depender de su recurso económico y humano para el desarrollo.

### **Breve Reseña histórica**

El colectivo surge en el año 2007, a partir de un acuerdo entre el Hospital Moyano y el Museo Sívori,

con el nombre “Mujeres al Sívori”, desarrollando talleres de fotografía y pintura para usuarixs del sistema de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

Entre los años 2012 y 2014, ya bajo el nombre de Viva Estampa, desarrolla un emprendimiento social de estampado textil, orientado a la capacitación en las distintas técnicas de estampado y a la creación, confección y venta de productos de diseño artístico.

A partir del 2014 hasta la actualidad aborda diferentes espacios de trabajo a través de sus prácticas artísticas, acompañando procesos de construcción y creación colectiva. Espacios que apuntan al desarrollo personal, al intercambio y construcción en comunidad, y a la deconstrucción de etiquetas en general y asociadas a los padecimientos mentales en particular.

Durante todos estos años se ha articulado, además, con otros museos, centros de arte, universidades y en espacios públicos y privados de la CABA, desarrollando acciones visuales participativas.

## Desarrollo del dispositivo

Viva Estampa conceptualiza a la salud mental como dinámica, un estado cambiante propio de la subjetividad humana que sucede en relación con otrxs y en interacción con un contexto, atravesado por diferentes problemáticas sociales. Pone en tensión y problematiza el contexto actual, la medicalización y patologización de la vida cotidiana. Se posiciona desde una práctica contrahegemónica, intersectorial, desinstitucionalizante/desmanicomializante, de cuidado, promoción y prevención de la salud y salud mental. Un abordaje territorial y comunitario. Porque para que cambie el paradigma es necesario que entren otros saberes y se abran otras preguntas.

Viva Estampa se construye a partir de la potencia del hacer colectivo. Es entonces un espacio artista, continente, reivindicativo y de resistencia donde analizar y re-pensar verdades, conceptos estancos en relación a las problemáticas de salud mental, con la idea de transformar estas reflexiones y cuestionamientos en acciones artísticas de impacto social.

A partir de su visión del arte como un lenguaje que posibilita la transformación y comunicación social, Viva Estampa propone repensar la ciudadanía, la trama

social y cultural de poblaciones y colectivos excluidos. Abordar este proceso desde el arte es una alternativa viable y una estrategia muy potente. Habilita una voz, muchas voces, articula con otros saberes, prácticas y territorios. Promueve el intercambio social. Posibilita, hace lugar y estimula la circulación de nuevas enunciaciones pensándonos como múltiples enunciarixs y anunciatarixs (Ranciere, 2011). Se trabaja en, con y desde el Museo Sívori generando proyectos de extensión, diálogo y lazos con la comunidad como raíz rizomática (Glissant, 2017).

Viva Estampa es una práctica de arte relacional (Bourriaud, 2008), ya que su principal meta es la invención de relaciones entre sujetos. Crea y problematiza las relaciones sociales y las subjetividades en juego. La “obra de arte” se plantea como intersticio de la trama social, donde lo grupal no es sólo un telón de fondo para la intervención. Pueden observarse efectos en lxs participantes del dispositivo en la re-invencción de encuadres, en los modos de intercambios y circulación social, en la creciente autonomía y responsabilización, y en la producción de nuevos sentidos.

Así también el dispositivo guarda relación con la figura del sujeto radicante (Bourriaud, 2009) como un modelo topográfico, que se crea al describir su propia

trayectoria, gracias a su misma dinámica. Que atraviesa un proceso de subjetivación que permitiría el pasaje de ser un no-habitado a un habitado y habitante.

El arte es el lugar de producción de una sociabilidad específica. Es en el encuentro con el otrx donde la intervención cobra sentido. En ese encuentro, en ese compartir un mismo tiempo/espacio, se producirá una modificación del estado de cada uno de los sujetos implicados permitiendo crear una instancia cultural nueva, una pregunta.

No hay dos prácticas iguales. Cada una, cual pieza única, se conforma imprescindiblemente con la incorporación de la dimensión socio-cultural de cada unx de lxs participantes (Figallo, 2013). En Viva Estampa se pone en acto la experiencia de transformación como un proceso continuo, que apela a la vivencia que se tiene en el territorio, cuyo resultado es la construcción de un espacio que el sujeto va formando, y en el cual se va conformando (Abadía, 2019).

Habilitar lugares para habitar, comenzar a construir, ahí, nuevos saberes y significados, sentido de pertenencia, compartir tiempo, hacer historia, generar nuevos recorridos, potenciar y territorializar el deseo. Estos nuevos modos de existencia posibilitan la cons-

trucción de un habitar individual y colectivo desde donde identificarse, ser identificado y reconocido por otros que generan movimientos respecto a la cuestión identitaria. Compartir experiencias, significados, e ingresar así en la memoria colectiva permite circular por diversos contextos poniendo en juego nuevos deseos y apostando al armado de redes sociales.

Esta práctica artística apunta a modificar la lógica del reparto de lo sensible, generar nuevas escenas, nuevas modalidades de encuentro y distribución de roles (Ranciere, 2011). Se trabaja desde la performatividad, el derecho a la existencia y la justicia social, impulsando lo precario hacia la vida política. Retomamos de Butler (2007) su concepto crítico de habitar el mundo. Personas des-habitadas, des-afiliadas (Castel, 1991), no merecedoras de duelo.

Militando la política del deseo y de los derechos humanos. Porque deseo y derechos significa considerar y considerarnos más allá de una condición, incluye crear otros significados compartidos que posibiliten la construcción de una memoria colectiva donde cada uno desde su opacidad pueda extender sus manos para tomar y tomarse. Co-crear un mundo en relación (Glissant, 2017).

## Salud Mental y Comunidad

Viva Estampa se desarrolla en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley de Salud Mental N° 448 de la Ciudad de Buenos Aires. También, desde la ley N° 153 de Concepción Integral de la Salud y la Ley N° 2.176 de Promoción de los Derechos Culturales, ambas de CABA, que promueven derechos culturales y señalan a la cultura como un componente estratégico en el desarrollo de la vida de las personas en comunidad.

Es un dispositivo creado y desarrollado dentro del sistema público de salud que ha logrado sostener su ideología y militancia respecto a una perspectiva de derechos. Abordando acciones de desmanicomialización, se alinea a la transformación del modelo de atención hospitalocéntrico a otro de atención comunitaria. Propone un devenir de la rehabilitación a la habilitación, considerando que los hospitales no son un lugar para vivir y que las problemáticas de Salud Mental no son un estado inmodificable, reconociendo la singularidad y necesidad, tanto física como simbólica, de cada sujeto en particular. En este sentido, la perspectiva comunitaria interpela el accionar profesional, ya que el poder comienza a circular como el intercambio de saberes y experiencias.



El colectivo trabaja en red creando tramas, en procesos que conectan diferentes proyectos, disciplinas, saberes, personas y espacios. Se ha vinculado con artistas contemporáneos argentinos y latinoamericanos, gestores culturales, estudiantes, profesionales del campo de la salud y de las ciencias sociales. Se han generado vínculos y proyectos colaborativos con diferentes organizaciones e instituciones tales como Fundación Grupo Pereyra, Tierra del Futuro, Colegio de la Ciudad de Buenos Aires, CCCA Can Castells Centre d'Art (CCCA-Barcelona), Museo de Arte Moderno de Buenos Aires, entre otros. Se articula, además, con universidades públicas y privadas, y con las residencias de salud mental y de terapia ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA).

### **Estado formal del dispositivo y proyección**

Viva Estampa se encuentra conformada por un equipo interdisciplinario de profesionales de arte, salud y/o trabajo social, de los cuales sólo dos de ellos son profesionales de planta y se encuentran asignadas al dispositivo. El resto de los profesionales se encuentran vinculados de manera inestable y precaria o participan como colaboradores ad honorem. Esto se traduce en dificultades para proyectar un crecimiento sostenido y posible. Además, la necesidad de asignación económica

que apoye el desarrollo de proyectos de mayor alcance y articulación con otras organizaciones nacionales e internacionales.

Actualmente tiene como proyecto generar la creación formal del área comunitaria en el Museo Sívori ya que, de manera informal, se encuentra coordinándola.

### **Actividades actuales: Arte/Salud Mental/Afectos**

En la actualidad funcionan en el Museo Sívori dos espacios con formato de taller donde se desarrollan prácticas y acciones arte-afectivas que construyen comunidad.

En el “Taller Abierto” se llevan a cabo proyectos con determinadas temáticas como por ejemplo, lo común y lo extraño, la mirada, caldo de cultivos/hacia la co-construcción de un ecosistema diverso y propio, entre otras. Cada temática es un eje disparador a partir del cual se construye entre todos. Algunas actividades son de carácter individual y otras con otros. El segundo espacio, “Prácticas Artísticas sobre Territorios de Salud Mental”, responde a acciones artísticas que interpelan el imaginario social sobre la locura, apunta a deconstruir conceptos naturalizados, predeterminados, estancos, rígidos, etc., asociados a los padecimientos mentales.

Se destacan la serie “Intervenciones sobre la memoria de los objetos”, conformada por bordados sobre acolchados de hospitales en desuso, barbijos y guardapolvos que usan los profesionales de la salud, intervenciones sobre cajas de medicamentos, etc. Como así también la creación de muestrxs propios prospectos de medicación afectiva, entre otros (Alvar Beltrán, 2019).

Desde este taller se llevan adelante, además, acciones por fuera del museo en diversos espacios de la ciudad y con la comunidad en general. Describiremos algunos de ellos.

En primer lugar, la activación de la obra “Tendedero” (instalación participativa). “Tendedero” es una obra de la artista mexicana Mónica Mayer realizada en los años 70s como una manera de exponer y visibilizar temáticas de violencia de género. La generosidad de la artista acompañó la reversión por Viva Estampa en el marco de la muestra “Museo sin Tiempo” en el Museo Sívori en 2021, en pleno contexto de pandemia.

Se trató de una propuesta dinámica, expandida e híbrida a partir de un encuentro abierto al público, pero que comenzó virtualmente a través de la recopilación de respuestas por nuestras redes sociales. Dicha obra viva quedó instalada en el museo para que se fuera

completando y co-creando a partir de las respuestas del público a las siguientes preguntas: ¿Qué fortalece tu salud mental? ¿Qué debilita tu salud mental? ¿Cómo recuperamos la felicidad? La propuesta fue invitar a escribir en papelitos cuadrados de color rosa, las respuestas de forma anónima y colgarlos con broches en el tender.

Como segundo ejemplo “Todo Esto Somos” (acción participativa de estampado en vivo). Es una obra que busca potenciar la visibilidad de la salud mental a través de compartir nuestras enunciaciones sobre deseos, miedos, emociones, ideas, preguntas, pensamientos, etc. Es una acción que surge en el marco de la feria gráfica “Fegra”, a la que el dispositivo fue invitado a participar, pero al intentar construir con el colectivo una frase que definiera qué es la salud mental, las propuestas que surgieron eran todas válidas, entonces se decidió utilizarlas todas. Las frases que dieron inicio a la obra fueron caladas en placas radiográficas a modo de *stencils* para estampar prendas, bolsos o retazos de tela.

Esta obra fue creciendo presentándose en diferentes espacios, tanto académicos y de formación, como en muestras y presentaciones de libros. Al transitar por estos lugares, invitamos a seguir construyendo y alimentando la acción sumando nuevas frases sobre qué es la salud mental para cada persona. En la actualidad

también se realizan intervenciones sobre prospectos de medicación, resignificando ese papel y su contenido.

### Conclusiones

Desde su recorrido de 17 años de existencia, Viva Estampa no solo es un dispositivo sino también un actor que forma parte del campo de la salud, la salud mental y del arte. Se encuentra posicionado en las intersecciones que conforman una mirada crítica tanto al interior como de su contexto y que dan cuenta de la complejidad que caracteriza a la salud mental comunitaria.

Su convicción desde un posicionamiento contrahegemónico y consecuentemente político hace necesaria una práctica estratégica y de gestión en esos intersticios que le permitan fortalecerse para continuar creciendo, pero también persistiendo/subsistiendo armando su propia trama de sostén, y ampliando su territorio con un diálogo propio y característico más allá del momento político.

Tomamos el concepto de geocultura de Rodolfo Kusch (2015) como la intersección entre la geografía y la cultura. El pensamiento de un ser/grupo/pueblo tiene un peso (una gravidez) marcada por el suelo. El suelo para él es como el domicilio: el lugar en donde

cada uno *es*, donde tiene los pies en el suelo, donde están sus luchas y donde está su esencia. La cultura, dinámica, como un molde simbólico donde también se sitúa una vida.

Ese molde cultural con el suelo no siempre coincide. Porque es en ese cruce, esa intersección, donde la cultura y el suelo (geo) se cruzan, donde un suelo tiene que tomar la forma de ese molde, pero que a veces no se da. A veces el suelo es distinto al molde cultural, por lo que es ahí donde aparece el error, lo distinto, la deformación, lo nuevo, lo incomprensible. Pero eso no quiere decir desde lo absoluto que sea feo o esté mal; eso es lo propio de ese suelo, pero que la cultura como molde no encaja, no cabe, porque lo desconoce. La cultura se defiende, rechaza todo de ese suelo que no va con su molde. Entonces, en esos *entres* se dan fallas, grietas que requieren de la creación para que otras perspectivas se abran, para llegar al resultado de una cultura nueva llamada mixtura geocultural. Y ahí es donde nos podemos ubicar con Viva Estampa: en las grietas, en esos *entres*. Entre la enfermedad y la salud, entre la habilitación y rehabilitación. Entre afectos, lazos, vínculos, redes. Entre el arte menor/arte mayor (Deleuze y Guattari, 1978). Entre un dispositivo de Salud Mental y un colectivo artístico. Entre categorías, clasificaciones, etiquetas. Entre ficciones.

Es el lugar de la creación, del juego, de las emociones, de acompañar de forma respetuosa. Yuxtaposición de enunciaciones institucionales/estatales, políticas, sociales, artísticas, médicas, profesionales; produciendo las propias, siendo a la vez enunciativas y enunciatarias, con múltiples enunciados, enunciatorxs y enunciatarixs.

Viva Estampa es: Viva / Dinámica / Mutante / Ecléctica / Rizomática / Experimental / Flexible / Amorosa / Afectiva / Saludable / Respetuosa / Territorial / Implicada.

Posibilita intercambios afectivos, intercambios físicos, intercambios simbólicos.

Potencia disposiciones al amor y nos acompaña en las crisis.

En síntesis, desde Viva Estampa hacemos lugar a los afectos, los ponemos en el centro y los hacemos jugar para que se transformen en procesos artísticos.

### Bibliografía

Abad Fernández, A.; Díez Ríos, N.; Ferreras Marcos, R.; Gamoneda Marijuán, A.; Hernández Monsalve, M.; Salazar García, M.; Simó Algado, S. (2021) Museo, arte y cultura.

Abadía, A. (2019). "La vida y la ciudad". *Jornada Prevención del suicidio - Conectar con la vida. Día mundial de la salud mental*. Dirección General de Salud Mental. GCBA. Usina del Arte. CABA

Abadía, A. y Figallo, M. (2021). *Anteproyecto para una literatura insensata*. Trabajo de grado para la Diplomatura en Prácticas artísticas situadas en territorios. Universidad Nacional de las Artes-Arte Multimediales.

Alvar Beltrán, C. (2019). Christian Boltanski y la memoria de los objetos. *Eu-topías: revista de interculturalidad, comunicación y estudios europeos*, volumen (12), pp. 5-12. Recuperado de <https://ojs.uv.es/index.php/eutopias/article/view/18637/16234>

Bourriaud, N. (2008). La forma relacional. En *Estética relacional*. (pp.9-27). Adriana Hidalgo editora.

Bourriaud, N. (2009). Radicales y radicantes. En *Radicante*. (pp. 48-67). Adriana Hidalgo editora.

Butler, J. (2007). *El Género en Disputa: El Feminismo y la Subversión de la Identidad*. Editorial Paidós.

Castel, R. (1991). Los desafiados. Precariedad del trabajo y vulnerabilidad relacional. *Revista Topía*, I(3), 28-35.

Corvalán, K. (2021). *Curaduría Afectiva*. Cariño Ediciones.

Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo?. *Michel Foucault, filósofo* (pp. 155-163). Gedisa.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1978). *Kafka. Por una literatura menor*. Ediciones Era.

Di Nella, Y. (2012). *Inclusión mental. Políticas públicas con enfoque de derechos (por la superación del dogma manicomial)*. Editorial Koyatun

Di Nella, Y. (ed.) (2021). *Inclusión mental. Hacia la democratización de saberes*. Vol. II. Tomo I. Copalqui Editorial.

Figallo, M. (2013). *Arte como instrumento de reafiliación social*. Tesis de Grado en la Universidad Nacional de las Artes, CABA.

Glissant, E. (2017). *Poética de la relación*. Universidad Nacional de Quilmes Editorial.

Ranciere, J. (2011). El destino de las imágenes. *El destino de las imágenes* (pp. 23-42). Editorial Prometeo.

Scherbosky, F. (2015). Geocultura: un aporte de Rodolfo Kusch para pensar la cultura desde una pers-

pectiva intercultural. *Pensamiento e Ideas*(7), 43-52.

### Legislaciones citadas

Ley 448/2000. Argentina. CABA. Salud Mental. Disponible en <https://bit.ly/2ZQxpUk> [Julio de 2000].

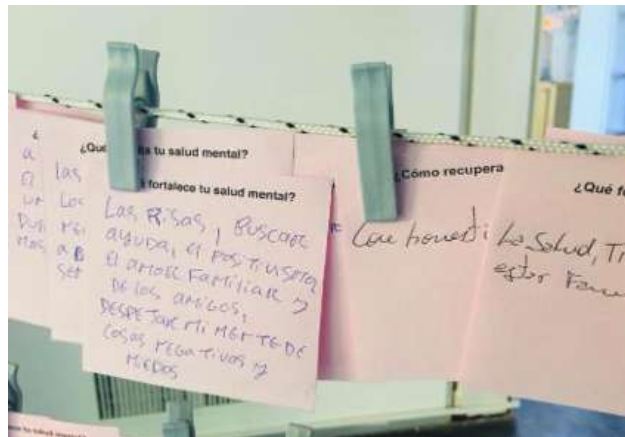
Ley 153 Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. CABA. Disponible en <https://bit.ly/4dRp9XA> [Febrero, 1999]

Ley 2176. Promoción de los derechos culturales previstos en la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible <https://bit.ly/4g8Ohuh> [Noviembre de 2006]

Ley 26.657/2010. Argentina. Salud Mental y Derechos Humanos. <https://bit.ly/2XL2V3k> -

## Imágenes

**Imagen 1.** Activación del Tendedero de M. Mayer por Colectivo Viva, Estampa Museo Sívori (Diciembre 2021/ Enero 2022)



Fuente: Vera Boussy (2021)

**Imagen 2.** Activación del Tendedero de M. Mayer por Colectivo Viva, Estampa Museo Sívori (Diciembre 2021/Enero 2022)



Fuente: Vera Boussy (2021)

**Imagen 3.** "Todo esto Somos". Acciones de estampado en espacios públicos. (2022/2023)



Fuente: Agustina Abadía (2022)

**Imagen 4.** "Todo esto Somos". Acciones de estampado en espacios públicos. (2022/2023)



Fuente: Agustina Abadía (2022)

# “Recreando Salud Mental Comunitaria”: talleres de intercambio entre profesionales y construcción de conocimiento por medio de la experiencia

## **QUIROGA, Abigail.**

Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM). Integrante del equipo interdisciplinario de Salud Mental de Guardia del Hospital Penna (CABA).

Contacto: [abmquiroga@gmail.com](mailto:abmquiroga@gmail.com)

## **ROVERE, Julia.**

Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires (UBA). Integrante del equipo de Cuidados Paliativos del Hospital Santojanni (CABA).

Contacto: [julirovere@gmail.com](mailto:julirovere@gmail.com)

## **LEYVA, Paula.**

Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires (UBA). Integrante del equipo Incluir es Convivir, Centro Interdisciplinario de Salud (CABA).

Contacto: [paula.x.leyva@gmail.com](mailto:paula.x.leyva@gmail.com)

**Recibido:** 15/08/2023; **Aceptado:** 06/05/2024

**Cómo citar:** Quiroga, A., Rovere, J. y Leyva, P. (2024). Recreando Salud Mental Comunitaria. Talleres de intercambio entre profesionales y construcción de conocimiento por medio de la experiencia. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 183-195



## Resumen

Este artículo relata la experiencia de los talleres "Recreando Salud Mental Comunitaria" que se realizaron con profesionales de un hospital de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) del área programática. El objetivo de los mismos fue brindar herramientas que aporten a las intervenciones de los equipos de salud para la prevención y promoción de la salud mental comunitaria desde la perspectiva de la recreación.

Estos talleres se organizaron en tres momentos: 1. Conceptualización de Salud Mental Comunitaria y Recreación; 2. Una dinámica lúdica participativa; y 3. Intercambio sobre la vivencia y recupero de experiencias previas. Esta actividad permitió vivenciar la experiencia de actividades lúdico-recreativas y la construcción de conocimiento a partir de las mismas. Para su complejización se introdujeron los conceptos de *idiorritmia*, de creatividad como rasgo de salud mental y de grupalidad.

A partir de ello, se generaron los siguientes conocimientos colectivos: el desafío de la construcción de la disponibilidad a lo grupal y lo lúdico; la realización

de actividades placenteras para nuestra propia salud; el aprendizaje de construir nuestra propia estructura de demora, dejando que el tiempo lo marquen los participantes; el poder involucrarnos en el aquí y el ahora de los participantes; y el hacer como práctica dotada de sentido y la importancia de teorizar nuestras intervenciones. En relación a la experiencia del taller se sintetiza la evaluación de los participantes.

**Palabras clave:** recreación - salud mental comunitaria - experiencia - interdisciplina

## Recreating Community Mental Health- Exchange workshops between professionals and construction of knowledge through experience

### Abstract

This article recounts the experience of the workshops "Recreating Community Mental Health" that were held with professionals from a hospital in the south of the Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) and Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) in the program area. The aim of these workshops was to provide tools to contribute to health team interventions for the prevention and promotion of community mental health, from the perspective of recreation.



These workshops were organized in three moments: 1. Conceptualization of Community Mental Health and Recreation; 2. A participatory recreational dynamic; and 3. Exchange on the experience and recovery of previous experiences. This activity allowed to experience the experience of recreational activities and the construction of knowledge from them. For its complexity, the concepts of idiorhythmia, creativity as a trait of mental health and group were introduced.

Because of that, the following collective knowledge was generated: The challenge of building availability to the group and the playful; perform pleasant activities for our own health; learn to build our own structure of delay, allowing time to be marked by participants; being able to engage in the here and now of participants; and doing as a practice endowed with meaning and the importance of theorizing our interventions. The participants' assessment is synthesized in relation to the workshop experience.

**Keywords:** recreation - community mental health - experience - interdisciplinary

### **Fundamentación del proyecto "Recreando Salud Mental Comunitaria"**

A partir de las rotaciones realizadas en el marco de la temática de salud mental, como residentes de tercer año de un Hospital General de Agudos de la zona sur de CABA, nos propusimos desarrollar un proyecto de promoción y prevención de la salud.

Una de las rotaciones se realizó en un Hospital Especializado en Salud Mental Infantojuvenil en el dispositivo de Recreación, cuyo objetivo principal es abordar la dinámica vincular de los grupos de niños y jóvenes que se encuentran internados. En cada sala el equipo planifica y promueve actividades lúdico-recreativas de acuerdo a la demanda e intereses del grupo, dando lugar a que los jóvenes y niños construyan en conjunto este espacio colectivo y creativo, entendiendo la creatividad como un rasgo de salud mental.

El otro espacio de rotación es una Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario dependiente de Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar), cuyo objetivo es brindar a mujeres y disidencias un espacio abierto y alojador para el abordaje integral de los consumos problemáticos y padecimientos de salud mental. Esta organización bus-

ca generar estrategias integrales de atención y acompañamiento comunitario, como así también orientar su abordaje hacia la promoción y restitución de derechos. Para ello, entre otras actividades, todos los días hay talleres diversos que tienen la característica de trabajar grupalmente acciones de promoción de Salud Mental Comunitaria (SMC). Durante nuestra rotación hubo talleres de cerámica, joyería, pastelería, música, arteterapia, fotografía, entre otros. A partir de estas experiencias, este proyecto se enmarca en una concepción integral de la salud mental (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012) que se contrapone a los binomios clásicos de salud/enfermedad y salud física/salud mental.

La perspectiva de salud integral es más amplia que aquella que centra su mirada exclusivamente en el tratamiento de la enfermedad individual, ya que rescata la dimensión sociohistórica de los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidados (PSEAC) (Menéndez, 2009) y subraya el enfoque de derechos en el abordaje de problemáticas psicosociales complejas.

En este sentido, propusimos la realización de talleres de promoción de salud mental para intercambiar herramientas y experiencias desde una perspectiva integral y comunitaria, reflexionando sobre actividades grupales de recreación dirigidas a equipos de salud del Hospital

General de Agudos y su área programática. Es importante destacar que luego de la pandemia por COVID-19 los servicios de salud mental han incrementado su demanda sin contar con los recursos suficientes para dar respuesta a toda la población. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) dio cuenta de los efectos de la pandemia por COVID-19, con un gran impacto en la salud mental de las poblaciones de América (2022). Los estudios muestran altas tasas de depresión y ansiedad, principalmente entre mujeres, jóvenes, personas con condiciones de salud mental preexistentes, trabajadores de la salud y personas que viven en condiciones vulnerables. Los sistemas y servicios de salud mental también se han visto gravemente afectados. No obstante, según Tausch (2022), miembro de la OPS, esto proviene de etapas previas a la pandemia. La salud mental ha sido durante mucho tiempo un área desatendida de la salud pública en la región americana. La falta de inversiones financieras y de recursos humanos en los servicios de salud mental, la limitada implementación del enfoque de atención comunitaria descentralizada y de políticas para abordar la brecha de salud mental, han contribuido a la crisis actual.

Argentina no es la excepción de América, durante el confinamiento les habitantes mostraron ansiedad y síntomas depresivos considerables. También se en-

contraron altas tasas de depresión, ansiedad, estrés e insomnio entre los trabajadores de la salud (Tausch, 2022).

Nuestra propuesta se enmarca en la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental (2010), la Ley 26.934 del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (2014) y la Ley 448 de Salud Mental de CABA. Desde la Ley Nacional de Salud Mental se propone la necesidad de promover la formación de profesionales en el campo de salud mental, acorde al paradigma de derechos, con enfoque interdisciplinario, intersectorial, comunitario, de salud integral, participativa e inclusiva (Art. 33).

Por otra parte, promueve el desarrollo de dispositivos de prevención y promoción de la salud mental abordando la misma como un complejo proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos.

### Objetivos

Objetivo General: elaborar y desarrollar talleres de prevención y promoción de la salud mental desde la perspectiva de la recreación, para brindar herramientas que aporten a las intervenciones de los equipos de salud de un Hospital General de Agudos de la zona sur

de CABA y su área programática durante los meses de mayo a julio de 2023.

### Objetivos Específicos:

- Conceptualizar la salud mental desde una mirada compleja y crítica problematizando su campo de acción desde la óptica de recreación
- Intercambiar experiencias concretas llevadas a cabo por los equipos en el amplio campo de prácticas en salud
- Incorporar herramientas teórico-prácticas que faciliten las intervenciones interdisciplinarias de salud mental integral y comunitaria desde la recreación

### Taller "Recreando Salud Mental Comunitaria"

La propuesta consistió en realizar un intercambio a través de un taller de promoción de salud mental desde una perspectiva integral, con el desarrollo de actividades grupales de arte y juego. Elegimos la modalidad de taller participativo con el objetivo de generar un espacio horizontal de socialización de conocimiento y prácticas. En este sentido, evitamos la transmisión vertical-teórica de saberes, involucrando a les destinatarias

ries en una propuesta lúdica donde pudieran vivenciar y reflexionar sobre sus propias prácticas y experiencias respecto al abordaje de la salud mental comunitaria y la recreación. Durante el desarrollo de la actividad se introdujo información científica y práctica sobre la temática.

El proyecto denominado "Recreando Salud Mental Comunitaria" consistió en poder pensar la salud mental comunitaria y la recreación por medio un taller que constaba de tres momentos. En un primer momento realizamos una lluvia de ideas sobre los conceptos de recreación y salud mental comunitaria. Se hizo entrega de dos papeles a cada participante para que puedan escribir allí lo solicitado en la consigna. Una vez completa la lluvia de ideas comenzamos a teorizar sobre esos conceptos.

Por un lado se definió a la Salud Mental Comunitaria como una forma de atención que involucra tres ejes: 1. Abordajes comunitarios, en contraposición al modelo de manicomialización; 2. El énfasis no se pone en el proceso de curación sino sobre el proyecto de construcción de la salud; y 3.

La construcción de un sujeto activo, participe y protagonista de su PSEAC. Reconociendo la complejidad

de las problemáticas, la SMC busca llevar a cabo abordajes desde un enfoque integral, intersectorial e interdisciplinario (Bang et al, 2018).

Por otro lado, comprendemos a la recreación en tanto:

El tipo de influencia intencional y con algún grado de sistematización que, partiendo de actividades voluntarias, grupales y coordinadas exteriormente, establecidas en estructuras específicas, a través de metodologías lúdicas y placenteras, pretende colaborar en la transformación del tiempo disponible o libre de obligaciones de los participantes en praxis de la libertad en el tiempo, generando protagonismo y autonomía. (Waichman, 2008, p. 158)

El segundo momento del taller consistió en una dinámica recreativa donde se introdujo una narrativa fantástica, la cual implicaba dividir el grupo en dos tribus que habitan una isla. Este relato está vinculado al *Kulla*, que consiste en una ceremonia en el que tribus de islas vecinas intercambian objetos que no tienen valor económico sino un valor sagrado. Se les propuso replicar dicha ceremonia, a partir de tres acciones: 1. Generar su identidad y nombrar a su tribu; 2. Preparar

el objeto que será entregado como regalo (se brindan materiales para la construcción del mismo); y 3. Entregar el objeto mediante un movimiento que les identifique como tribu y contar una historia asociada al mismo. Este proceso requería una disposición lúdica que mezclará diferentes expresiones, la narrativa literaria, expresión corporal y artística.

En el tercer momento se retoman los saberes que se construyeron por medio de la experiencia, entendiendo a la misma, en palabras de Larrosa:

Lo que me pasa y lo que, al pasarme, me forma o me transforma, me constituye, me hace como soy, marca mi manera de ser, configura mi persona y mi personalidad. Por eso el sujeto de la formación no es el sujeto de la educación o del aprendizaje sino el sujeto de la experiencia: es la experiencia la que forma, la que nos hace como somos, la que transforma lo que somos y lo convierte en otra cosa. (2006, p 475)

A raíz de dicha concepción, sostenemos que la construcción de conocimiento por medio del cuerpo y la vivencia resulta más enriquecedora que la ciencia tradicional, ya que dignifica y reivindica a la subjetividad, el conocimiento por medio del cuerpo y la finitud

del mismo; lo que permite generar nuevos aprendizajes, los cuales se socializaron en este tercer momento y se complejizaron con la introducción de tres conceptos que desarrollamos a continuación.

En primer lugar, la *idiorritmia*, propuesto por Barthes (2005), el cual propone problematizar el sostenimiento de un espacio en común integrando los ritmos singulares, habilitando una posible vida colectiva donde tengan lugar diversos modos de existir. Desde el poder lo que se impone es un solo ritmo para todo (aprender, trabajar, consumir, etc.), con lo cual la demanda de *idiorritmia* se realiza siempre de manera contrahegemónica. Es bajo ésta propuesta que no se trata de mantener una ilusoria unidad grupal para realizar allí cierto abordaje terapéutico, sino más bien de propiciar espacios no doctrinarios para el estar en común, donde lo grupal se interese por que las voces silenciadas pueden manifestar la opresión a la que están sometidas.

En segundo término, la creatividad como rasgo de salud mental. La creatividad se considera un recurso humano prácticamente inagotable y se constituye como una herramienta transformadora, liberadora y subjetivante. Por lo tanto, los procesos de creatividad impactan en la subjetividad de las personas. Uno de los aspectos que destacamos son las vivencias emociona-

les dado que, cuando se atraviesa el proceso creativo, se puede sentir satisfacción y realización personal. Sin desconocer que el mismo proceso creativo puede generar tensiones o emociones negativas; por lo que se hace hincapié en la importancia de este espacio para la producción de emociones.

La creatividad, entonces, constituye una configuración de sentido de vida y de integración subjetiva. Está asociada a actividades que implican un proceso progresivo de opciones y construcciones, y que actúa en la producción de procesos emocionales que favorecen la salud (Martínez, 2002).

Finalmente, el concepto de grupalidad. Es importante destacar la importancia que adquieren los grupos para las personas en cuanto a los efectos positivos que estos dispositivos tienen sobre sus integrantes. Siguiendo a las autoras Dell 'Anno y Teubal (2006), estos efectos refieren a factores al interior de los grupos, que contribuyen a generar aprendizajes y cambios en la subjetividad, como así también la superación de crisis ocasionadas por las condiciones de existencia. El encuentro con uno u otro permite que se generen redes como la posibilidad de generar en conjunto una creatividad colectiva.

## **Aprendizajes construidos en conjunto**

En este apartado daremos cuenta de los aprendizajes construidos en conjunto a lo largo de la realización de los talleres con distintos equipos de salud.

**1. El desafío de la construcción de la disponibilidad a lo grupal y a lo lúdico.** Si bien sabemos de la potencia del recurso lúdico y de los dispositivos grupales, problematizamos cómo generar el sostenimiento de los mismos por parte de la población. Instalamos dispositivos porque los consideramos necesarios, pero ¿qué pasa cuando la demanda no viene de los usuarios? ¿Cómo construir esa demanda y tener la flexibilidad y creatividad para alojar a quienes participan para que se apropien del dispositivo? También repensamos aquellos espacios de asistencia que pueden funcionar con dispositivos grupales como herramienta para facilitar el abordaje. Por ejemplo, en las jornadas de controles de salud de las niñas, llamadas Jornadas de Salud Escolar, introducir espacios de juego para calmar ansiedades de quienes van a ser atendidas.

**2. Realizar actividades placenteras para nuestra propia salud. Generar instancias dentro de nuestras prácticas profesionales vinculadas a nuestra salud.** El hecho de poder vivenciar el taller nos llevó

a problematizar la percepción del tiempo y la duración real de la dinámica propuesta. La percepción de los participantes indicaba una duración de 15 a 30 minutos de actividad. Sin embargo, el tiempo real fue de siete minutos reloj. Esto nos llevó a reflexionar sobre la posibilidad de gestionar el tiempo placentero dentro de nuestros espacios laborales y desmitificar la falta de tiempo como una de las grandes dificultades que se plantean para construir y sostener espacios de placer dentro del ámbito laboral.

**3. Aprender a construir nuestra propia estructura de demora, dejando que el tiempo lo marquen los participantes.** Para dar cuenta de esto se cita un ejemplo concreto: a una persona con padecimiento de salud mental que desde hace años realiza atenciones de forma individual, se le plantea la posibilidad de recibir otra modalidad de atención, invitándola a un dispositivo grupal. Al principio él sólo participaba de la caminata sin interactuar con el resto. Luego de la caminata se proponían actividades grupales de las que no participaba, se aislaba y hacía otras acciones. Se respetó su forma de participación y progresivamente se fue integrando al grupo. Hoy es referente del grupo y participa activamente en todas las actividades propuestas. Poder sostener esta participación y no apresurar los procesos es fundamental para que cada participante pueda cons-

truir su propio recorrido. Porque más allá de la realización de la propuesta, lo importante era el vínculo que generó con este espacio que lo alojaba. Esta persona sentía que alguien lo esperaba y que el grupo sin él sería otro grupo.

**4. Poder involucrarnos en el aquí y el ahora de los participantes, tomar la demanda que se colectiviza y los desafíos hacia el jugar vinculado con la salud.** Al respecto de esto, en los talleres se ejemplificó sobre una situación específica donde se creó un dispositivo de promoción y prevención de la salud, destinado a personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Sin embargo, el encuentro propició que estas personas, en su mayoría mujeres, puedan encontrarse y construir colectivamente su demanda, corriendo el foco de las ECNTs. Lo que llevó a que quienes coordinaban se replanteen la importancia de alojar dicha demanda para poder acompañar el proceso grupal. A su vez, se planteó la importancia de los espacios lúdicos y de jugar por jugar como un territorio en disputa con otros profesionales, que asocian al juego solo con las infancias o como una actividad no vinculada a la salud.

**5. El hacer como práctica dotada de sentido y la importancia de teorizar nuestras intervenciones.** Los participantes de los talleres mencionaron que sos-

tienen diversos dispositivos grupales como juegotecas, espacios lúdicos destinados a adultez mayores y jóvenes, entre otros.

Sin embargo, señalaron que si bien tienen formación en técnicas de participación, no habían logrado teorizar al respecto. Poder encontrarnos permitió resignificar estos espacios ya conocidos y poder llevar a cabo teorizaciones que se nutrieron de las prácticas que realizan. Por lo tanto, el encuentro de diversas disciplinas permitió que no solo se reflexione sobre las prácticas interdisciplinarias que se realizan cotidianamente, sino sobre la importancia de construir conocimiento en conjunto.

Se problematizan las formas de construcción de conocimiento, introduciendo la perspectiva corpo-feminista que propone que la producción del mismo deber ser colectivo y participativo, corporalmente situadas, donde se "anuden, cuerpos, nombres y actos" (Castillo, 2022, como se citó en Duboy-Luengo, M., Duarte, C., Hernández, H. 2023 p. 95), acogiendo los sentidos y las maneras en que se narra y vincula el conocer. Desde una corpo-política feminista nos permitimos crear puentes, circular las palabras, articular el tejido, las miradas y los afectos.

### **Evaluación de los participantes sobre el taller "Recreando Salud Mental Comunitaria"**

Al finalizar los talleres se envió a cada participante un formulario de evaluación de la actividad realizada. A continuación se presenta una síntesis de las respuestas obtenidas.

- *¿Cómo se sintieron durante el encuentro?* La palabra más utilizada fue "cómoda" "excelente", "bien, me divertí".
- *¿Qué expectativas tenían respecto al mismo? ¿Se cumplieron?* Sobre esto refirieron que las expectativas "se superaron, al leer recreación algo con juego tenía que haber", "no sabía de qué iba el encuentro, pensé que iba a ser una charla, así que se superaron", "sin expectativas para sorprenderme", "intercambiar y compartir con otros, se cumplieron".
- *¿Cómo lo vinculan con su práctica profesional?* Ante esta pregunta realizaron principalmente las siguientes reflexiones: "se puede vincular con los dispositivos grupales que coordinamos, la recreación como una herramienta que utilizamos", "la salud mental nos atraviesa como profesionales de la salud, para nosotrxs y



para les usuaries, y como está presente en todas las actividades que hacemos”.

- *¿Se llevan alguna información nueva/útil para sus intervenciones? En caso de ser positiva, describir brevemente.* Entre la información nueva que tomaron para sus intervenciones mencionan principalmente “un marco teórico más amplio para los dispositivos grupales”, “la importancia de la creatividad al servicio de la gestión y la práctica en todos sus niveles”, “no conocía el término salud mental comunitaria así que me resultó novedoso el término y además la categoría idiorritmia”, “reconocer la influencia directa de las redes de sostén en la salud integral”.
- *¿Les hubiera gustado que se hable de algo más (en relación a la temática)?* Se relevan los siguientes aportes para poder seguir construyendo el taller: “ampliar información sobre los dispositivos en el territorio”, “hay mucho para hablar....tal vez algo más específico de trabajo social y juego / salud mental comunitaria. Pero estuvo muy bien, a veces incluyendo muchas ideas se pierden las esenciales”. Se destaca la importancia de la teorización debido a que consideraron que solo se iba a trabajar sobre técnicas y dinámicas de recreación.

## Reflexiones finales

A partir de lo expuesto se puede señalar que este proceso de aprendizaje desarrollado con el taller permitió un nuevo tipo de lectura de las actividades comunitarias que se realizan en los diversos espacios laborales, donde se promueven las capacidades creativas de la población usuaria del sistema de salud. Al pasar por la experiencia de la vivencia, (actividades que muchas veces son propuestas para que una otre las realice) se construye un nuevo conocimiento, desde lo subjetivo, lo finito. Permite la lectura de ese momento de taller en donde se propuso tomar conciencia del entorno, de la propuesta, del tiempo, a través de lo lúdico, lo expresivo y lo artístico. Una actividad que buscó permanentemente la integralidad cuerpo-mente. Esto potencia las lecturas más críticas sobre los dispositivos de intervención ya instalados y coordinados por los profesionales que participaron del taller.

Estos dispositivos tienen una importancia fundamental para sus participantes, ya que en ellos se elaboran los procesos creativos; en donde las experiencias recreativas tienen su importancia en la transformación social, ya que es donde las personas participantes son protagonistas y creadoras, quienes sienten y se comprometen con aquello que quieren transformar y crear.

Por otro lado, el taller permitió el encuentro y la construcción de conocimiento de manera colectiva con otras disciplinas, permitiendo teorizar desde una perspectiva contrahegemónica a la ciencia tradicional basada en el positivismo. Esta manera de construir conocimiento desde la corporalidad permitió, a su vez, reconocer las prácticas hegemónicas inscritas en cada profesional, y cómo estas se naturalizan y se reproducen en el ejercicio profesional.

Si bien esta es una experiencia que abarcó a diferentes equipos de profesionales tanto del primer nivel como del segundo nivel de atención de salud de CABA, donde se pueden recuperar los aportes mencionados, es necesario continuar problematizando y generando espacios de discusión y recreación con propuestas desafiantes a las formas tradicionales de aprender y construir conocimiento; ya que a partir de esta experiencia comprendemos que es necesario apostar por maneras distintas de re-producir y re-crear conocimiento, donde haya espacio para las corporalidades, las emociones y las vivencias subjetivas; potenciando el encuentro desde el afecto y la ternura, potenciando la construcción de una salud mental, integral y comunitaria.

## Bibliografía

Bang, C., Barile, C. E., Guldris, M. y Jungberg, M. (2018). Arte, juego y salud mental: una propuesta de articulación entre universidad, instituciones y comunidad. *Redes de Extensión*, (4), 27-42.

Barthes, R. (2005). *Cómo vivir juntos: simulaciones novelescas de algunos espacios cotidianos*. Siglo XXI Editores.

Dell 'Anno, A. y Teubal, R. (2006). *Resignificando lo grupal en el Trabajo Social*. Espacio Editorial.

Duboy-Luengo, M., Duarte, C., Hernández, H. (2023). Poner(nos) en común: Producción de conocimientos y narrativas en/desde el trabajo social. Propuestas críticas en Trabajo Social - Critical Proposals in Social Work, 3(5), 85-109. DOI: 10.5354/2735-6620.2023. 68041

Larrosa, J. (2006). Algunas notas sobre la experiencia y sus lenguajes. *Estudios filosóficos*, 55(160), 467-480.

Martínez, A. M. (2002). Creatividad y salud en los individuos y en las organizaciones. *Creatividad y sociedad*, 1(1), 25-32.

Menéndez, E. L. (2009). "De sujetos, saberes y es-

estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva". En *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* (pp. 273-276).

Stolkiner, A. & 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 (101), 52-56.

Tausch, A. (2022). Fortalecimiento de las respuestas de salud mental al COVID-19 en las Américas: análisis y recomendaciones de políticas de salud. *The Lancet Regional Health*.

Waichman, P. (2008). *Tiempo libre y recreación: un desafío pedagógico*. Editorial CCS.

### Legislaciones citadas

Ley 448/2000. Argentina. CABA. Salud Mental. Disponible en <https://bit.ly/2ZQxpUk> [consulta, junio de 2023].

Ley 26.061/2005. Argentina. Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Disponible en <https://bit.ly/4cucJTL> [consulta, mayo de 2023].

Ley 26.657/2010. Argentina. Salud Mental y Derechos Humanos. <https://bit.ly/2XL2V3k> [consulta, junio de 2023].

Ley 26.934/2014. Argentina. Plan Integral Para El Abordaje De Los Consumos Problemáticos. Disponible en <https://bit.ly/3MbbcYf> [consulta, junio de 2023].

### Notas

1. Este ritual es caracterizado por Huizinga en su libro "Homo Ludens" (1938) donde realiza un recupero y análisis del juego en las sociedades, desarrolla la teoría del juego y su importancia a nivel cultural y social. Toma a este rito descrito por Malinowski en su libro *Argonauts of the Western Pacific* donde observó a los nativos de las islas Trobriand y Melanesia.

# El hacer (en) territorio: experiencias desde un dispositivo de Salud Mental Comunitaria en el barrio Zavaleta<sup>1</sup>

## **GONZÁLEZ SMITH,**

Mailen. Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestranda en Estudios Urbanos (UNGS). Docente universitaria y trabajadora del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (CABA).

Contacto: mailengonzalezsmith@gmail.com

## **DEVOTO, María Belén.**

Licenciada en Antropología Social y Cultural, Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Especialista en Salud Mental Comunitaria (UNLA). Maestranda en Estudios y Políticas de Género (UNTREF). Se desempeña como docente en la Universidad Nacional de Lanús. Trabajadora del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (CABA).

Contacto: Mbdevoto@gmail.com

**Recibido:** 31/08/2023; **Aceptado:** 06/05/24

**Cómo citar:** Smith González, M., Devoto, M. B., Carranza, A., Montegani, F., Ghironi, M. S. y Valverde, S. (2024). El hacer (en) territorio: experiencias desde un dispositivo de Salud Mental Comunitaria en el barrio Zavaleta. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 196-208

## **CARRANZA, Azul.**

Terapista Ocupacional. Especialista en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Ex Residente, Jefa de Residentes RISAM y trabajadora del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (CABA).

Contacto: yocarolina1810@gmail.com

## **MONTEGANI, Florencia.**

Licenciada en Psicología, Universidad J.F. Kennedy. Maestranda de la Especialización de Psicología Perinatal (UBA). Trabajadora del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (CABA).

Contacto: fmontegani@hotmail.com

## **GHIRONI, María Isabel.**

Licenciada en Enfermería. Especialista en Salud Mental Comunitaria y Maestranda en Salud Mental comunitaria (UNLa). Trabajadora del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (CABA).

Contacto: isaghironi@gmail.com

**VALVERDE, Sol.**

Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional Madres de Plaza de Mayo (IUNMA). Cursa la Especialización en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Concurrante en Trabajo Social del Hospital J.T. Borda. Trabajadora del Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte" (CABA).

Contacto: solvalverde50@gmail.com

**Resumen**

El presente trabajo tiene como objetivo principal compartir las vivencias, reflexiones y prácticas en salud comunitaria desarrolladas por un equipo interdisciplinario de un Centro de Salud ubicado en el barrio de Zavaleta (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina). El Centro de Salud, ubicado en el Núcleo Habitacional Transitorio (NHT) Zavaleta, es un dispositivo dependiente de un Hospital Público Nacional que trabaja desde un paradigma de reducción de riesgos y daños, con intervenciones basadas en el umbral mínimo de exigencia. Gran parte de ellas se encuentran destinadas a personas en situación de calle y/o pasillo con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Zavaleta es un territorio donde habitan memorias y arrasamientos, donde se establecen redes de cuidado y solidaridad entre habitantes, instituciones y organizaciones. Trabajar aquí hace necesario comprender las complejidades cotidianas que atraviesan los actores involucrados, incluyendo una reflexividad sobre nuestros sentirs en tanto profesionales de la salud. Como equipo, consideramos que, tanto nosotros como nuestro trabajo, se transforma cotidianamente a partir de lo que acontece a diario.

En suma, en este escrito buscamos profundizar y reflexionar acerca de nuestra experiencia y construcción cotidiana en un centro de primer nivel de atención ubicado en Zavaleta.

**Palabras clave:** salud comunitaria - abordajes territoriales - reducción de riesgos y daños - interdisciplina

### **Doing (in) territory: experiencies from a Community Mental Health device in Zavaleta**

#### **Abstract**

The main objective of this paper is to share the experiences, reflections and practices in community health developed by an interdisciplinary team of a Health Center located in the neighborhood of Zavaleta (Autonomous City of Buenos Aires, Argentina).

The Health Center, located in the Zavaleta Transitory Housing Nucleus (NHT), is a device depending on a National Public Hospital that works from a risk and harm reduction paradigm, with interventions based on the minimum threshold of exigency. Most of them are aimed at people in street and/or hallway situations with problematic consumption of psychoactive substances.

Zavaleta is a territory inhabited by memories and destruction, where networks of care and solidarity are established between inhabitants, institutions and organizations. Working here makes it necessary to understand the daily complexities that the actors involved go through, including a reflexivity on our feelings as health professionals. As a team, we believe that both we and our work are transformed on a daily basis by what happens on a daily basis.

In short, in this paper we seek to deepen and reflect on our experience and daily construction in a first level health care center located in Zavaleta.

**Key words:** community health - territorial approaches - risk and harm reduction - interdiscipline

#### **Introducción**

El Centro de Salud, ubicado en el Núcleo Habitacional Transitorio (NHT) Zavaleta, es un dispositivo dependiente de un Hospital Público Nacional especializado en Salud Mental que trabaja desde un paradigma de reducción de riesgos y daños, con intervenciones basadas en el umbral mínimo de exigencia destinadas a personas en situación de calle y/o pasillo con consumo problemático de sustancias psicoactivas, en particular de pasta base.

Zavaleta es un territorio donde habitan memorias, violencias y arrasamientos, donde se establecen redes de cuidado y solidaridad entre habitantes, instituciones y organizaciones. Trabajar aquí hace necesario, en primer lugar, comprender el territorio en su singularidad y promover intervenciones acordes a las necesidades de la población. En este sentido, nuestro dispositivo se caracteriza por su flexibilidad y dinamismo, así como por un trabajo diario de reflexión en torno al desarrollo de abordajes situados que comprendan las complejidades cotidianas que atraviesan les actores allí involucrados, incluyendo con esto una reflexividad sobre nuestros sentires y afectaciones en tanto profesionales de la salud.

A diferencia de lo que puede acontecer dentro de las puertas del hospital, dónde hay más variables controladas y prevalece cierta rutinización de las actividades a desarrollar, trabajar en el primer nivel de atención implica un proceso dinámico de creatividad permanente. Es por esta razón que en el presente escrito buscamos partir de nuestra experiencia en Zavaleta para reflexionar y discutir sobre nuestra construcción cotidiana, y con ello, dejar un registro de los aciertos, las frustraciones y las acciones llevadas a cabo en la cotidianeidad de un dispositivo de Salud Mental Comunitaria.

### **El Centro de Salud en NHT Zavaleta**

La Villa 21-24 y el NHT Zavaleta son dos barrios lindantes ubicados al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Forman parte de la Comuna 4 de CABA, limitando con el barrio de Barracas hacia el este, Nueva Pompeya hacia el oeste y con el Riachuelo y el municipio de Avellaneda (Provincia de Buenos Aires, Argentina) hacia el sur.

Ambos barrios están fuertemente marcados por el activismo comunitario a través de organizaciones sociales y redes de solidaridad vecinales que trabajan en base a problemáticas complejas, así como una multiplicidad de actores e instituciones públicas del campo de la salud (Centros de Primer y Segundo Nivel de Atención), la justicia (programas de defensoría del pueblo, Dirección General de Acceso a la Justicia -ATAJO-, Defensoría Zonal de Niñez, Centro de Acceso a la Justicia -CAJ-) y la educación (jardines, escuelas primarias y secundarias, bachilleratos populares y centros de formación profesional).

En relación al campo de la salud, ambos barrios se encuentran dentro del área programática del Hospital Penna (APHP), zona que cuenta con alguno de los índices socio-sanitarios más desfavorables de CABA. En

la Villa 21-24 y NHT Zavaleta, hay cuatro Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC N°1, CeSAC N° 8, CeSAC N° 30, CeSAC N° 35) que dependen de dicho hospital general; un centro de Segundo Nivel (CEMAR) y un Centro de Salud que depende de un Hospital Público Nacional (Ministerio de Salud de Nación). Asimismo, durante y después del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), cobró relevancia la figura de las promotoras de salud de los CeSAC y las organizaciones sociales (La Dignidad, Movimiento Evita, Frente Popular Darío Santillán y Central de Trabajadores de la Argentina -CTA-).

En lo que respecta puntualmente al campo de la salud mental, se vislumbra un déficit de recursos institucionales en relación con el total de población de ambos barrios. Siguiendo un estudio realizado por los CeSACs del APHP en el año 2022, los Centros contaban tan solo con 12 psicólogos activos presencialmente, mientras que con ningún personal de psiquiatría. Así, si bien existían equipos especializados, los nombramientos profesionales tendían a ser escasos en relación a la demanda, hecho que se agravó durante la pandemia en la medida en que la mayoría de los dispositivos de salud quedaron a disposición únicamente para casos vinculados con el COVID-19.

En lo que concierne a las organizaciones que se constituyen como espacios de acompañamiento y tratamiento en consumos problemáticos, se destacan principalmente los Centros Barriales del Hogar de Cristo (la Iglesia Caacupé, el desayunador de “Niños de Belén”, el Centro de Día “Hurtado” y un Centro para enfermedades infectocontagiosas “Masantonio”); un Centro de Día llamado “Barrios sin Muros”; el Centro de Día del CEMAR; Red Puentes y una barrial de Vientos de Libertad, además de nuestro dispositivo. Por otro lado, existen también distintas actividades ofrecidas por las organizaciones sociales que, si bien no trabajan puntualmente sobre el consumo de sustancias, alojan a una multiplicidad de sujetos con el fin de “sacarles de la calle”. Sin embargo, gran parte de la población de las ranchadas no suele acceder a dichos espacios sin el acompañamiento de algún referente barrial, a la vez que muchos de ellos tienen problemas con transitar el barrio (exposición a situaciones de violencia entre pares, zonas del barrio restringidas por antecedentes de robo o venta de sustancias, entre otras), por lo cual el acceso a diversos espacios se dificulta aún más.

El actual Centro de Salud surgió en el año 2014 como “Casa Amigable”, un establecimiento extramuros que trabajaba desde la reducción de riesgo y daño con intervenciones de umbral mínimo de exigencia. La



casa fue otorgada por el Juez Nacional Penal Dr. Torres para su reconversión, luego de un allanamiento, ya que originalmente la edificación se utilizaba para la venta de estupefacientes. La iniciativa tuvo como eje llevar el Hospital a diversas territorialidades, realizando intervenciones mediante la presencia directa en los barrios con equipos interdisciplinarios como bien establece la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, siendo indispensable atender los aspectos socio-culturales, históricos y personales de les usuaries. En ese entonces, el dispositivo contaba con un equipo interdisciplinario y talleristas que brindaban espacios recreativos para la población que acudía a la misma, a la vez que funcionaba la ducha y un espacio con camas para que les usuaries pudieran descansar.

No obstante, a partir de diversos cambios político-institucionales y problemas de infraestructura, el dispositivo trabajó de forma itinerante algunos años hasta que volvió a abrir de forma permanente en julio de 2022 luego de un reacondicionamiento edilicio. Actualmente el Centro se conforma como uno de los dispositivos extramuros que dependen de un Hospital de Referencia Nacional en el campo de la Salud Mental y Adicciones. Así, el Centro reabrió sus puertas con un equipo interdisciplinario (Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Enfermería, Medicina General,

Obstetricia y Antropología) y rotantes de primer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RI-SAM). Sin embargo, el equipo que conforma el Centro no siempre está integrado por les mismos profesionales –no todes vienen todos los días–, ya que también participan en otros espacios del Hospital, por fuera del dispositivo de Zavaleta.

Desde su reapertura el dispositivo abre sus puertas de lunes a viernes de 9 a 15 hs. En el mismo se desarrollan una multiplicidad de acciones vinculadas a la prevención y promoción integral de la salud, a partir de un enfoque comunitario que buscan promover no sólo estrategias de cuidado sino también fortalecer la participación comunitaria. Entre ellas se destacan las consultas por demanda espontánea, los espacios de salud mental individuales y grupales con equipos interdisciplinarios, las consejerías de salud sexual, reproductiva y no reproductiva, la realización de curaciones y tomas de VPH/PAPs. Además participamos activamente de dos mesas intersectoriales (Mesa por el Derecho a la Salud y Hábitat, y Mesa de Adicciones) y llevamos a cabo postas de salud semanales en dos comedores comunitarios.

Por último, realizamos lo que denominamos “recorridos” en las que parte del equipo comparte con las personas en situación de calle un desayuno. En dichas

recorridas se intenta dar un lugar a la escucha, establecer un lazo con la comunidad y abonar a la difusión del espacio.

El Centro está abierto para que les usuaries puedan desayunar, descansar un rato, usar el baño y la ducha, lavar ropa, charlar, entre otras actividades. El dispositivo está conformado por una sala de estar que cuenta con una mesa grande donde se sirven los desayunos, dos consultorios y un único baño con ducha que se comparte entre usuaries y el personal de salud. Por otra parte, el acceso al Centro se realiza por medio de un patio donde suele colocarse el metegol y, cuando el clima acompaña, una mesa y bancos de uso compartido.

Actualmente asisten al centro aproximadamente 25 a 30 personas por día, en su mayoría varones cis aunque, a diferencia de lo que ocurría en un principio, la presencia de mujeres cis ha aumentado significativamente. Empero, hasta el momento no ha asistido al dispositivo ninguna persona del colectivo travesti/trans. En cuanto al rango etario se destacan adultes entre 25 y 40 años. Otro detalle a tener en cuenta es que la mayoría de las personas que asisten al dispositivo, y se encuentran en situación de calle y/o pasillo, no son oriundes del barrio sino de zonas aledañas como Lanús, Lomas de Zamora, Avellaneda, entre otras. Este dato

resulta relevante en la medida en que Zavaleta se constituye como un punto de anclaje para les usuaries del cual resulta muy difícil salir. En palabras de A.: “Yo vine acá hace 3 meses a comprar y me quedé (...) estoy anclado acá”. Este testimonio refleja un relato que se repite entre las personas que visitan el Centro periódicamente. Esto se puede visualizar en afirmaciones como: “No volví nunca más a mi casa”, “Siempre que quiero volver me pasa algo (...) no me van a creer, pero les juro que es así”, “Ya no vuelvo más”.

En lo que concierne al circuito del dispositivo, les usuaries se acercan de manera espontánea y se organiza la ducha en relación con el orden de llegada. La mayoría de quienes asisten comparten un desayuno además de bañarse, momento que sirve de disparador para iniciar conversaciones entre les usuaries y el personal de salud. En dichos momentos, y de manera espontánea, se reconstruyen sus trayectorias de vida, hecho que permite ahondar en diversas temáticas, tales como sus relaciones familiares y sus vínculos. A la vez, se expresan vivencias pasadas y deseos para el futuro, así como también conflictos vinculares y los sentidos que adquiere para ellos el consumo de sustancias psicoactivas.

En este marco, el momento del desayuno adquiere un valor fundamental para el equipo, en la medida en

que funciona como una “excusa” que deviene en intervenciones vinculadas a los cuidados y la salud integral de les usuaries, desde escuchas activas hasta curaciones, consejerías de salud sexual, articulación con efectores locales, entre otras. Generalmente se intenta, desde conversaciones informales, problematizar distintos tópicos, dinámicas, rutinas y percepciones.

### **Pensarnos actualmente**

Desde julio del 2023 se visualiza un gran avance en torno a la construcción de lazos comunitarios entre les integrantes del equipo y el resto de les actores del barrio. Así, durante estos últimos meses hemos logrado construir y fortalecer lazos tanto con les usuaries que asisten al dispositivo, como con distintos habitantes del barrio que nos permite establecernos hoy como un espacio de referencia para la población en situación de calle y/o consumo.

Esta situación devino en que el promedio de gente que asiste al centro diariamente pase de 5-10 personas a 25-30 respectivamente. A su vez, se observa cierta constancia y asiduidad entre les usuaries que asisten diariamente al dispositivo, quienes expresan, a su vez, una apropiación y referencia para con el espacio y el equipo.

En palabras de les usuaries, el centro se consolida como un espacio seguro donde se sienten alojades y cuidades. B. afirma que, en el centro “se respira otro aire”. F. por su parte, nos dijo una vez: “ustedes nos dan vida”. Estas frases reflejan los sentidos que les usuaries le otorgan al espacio y al acompañamiento del equipo, sentidos que tienden a ir más allá del intercambio material (desayuno y ducha), quedando en evidencia que su estar allí responde no sólo a una necesidad básica sino a la búsqueda activa de sentirse mirade, acompañade y reconocide como sujeto de derecho.

En tanto lineamientos de trabajo, apostamos a la construcción de un espacio de encuentro que aloje y promueva la producción de cuidado. Siguiendo a Fernando Ceballos (2022), entendemos al cuidado como la construcción de un compromiso intersubjetivo, una práctica siempre entre y junto con otros que transforma subjetividades. Así, consideramos que la escucha activa, los vínculos solidarios y la disponibilidad son herramientas fundamentales en nuestro quehacer cotidiano, en donde ese otro es reconocide como sujeto de derecho y no simplemente como un objeto de nuestro saber profesional o un mero vehiculizador de nuestra función.

A su vez, los emergentes diarios propios del contexto en el cual desarrollamos nuestra práctica nos obligan a entrenar una creatividad permanente, entendiendo a ésta como una herramienta transformadora, liberadora y subjetivante que abre la posibilidad de generar nuevas respuestas a las problemáticas existentes (Bang, 2014). Estar en el barrio conlleva compartir con los usuarios parte de su día a día así como entender determinadas dinámicas y relaciones sociales en el marco en el cual se desarrollan. Este registro se torna fundamental para recuperar los factores que hacen a la vida de las personas con las que trabajamos y que de ello devengan acciones saludables, constructoras de subjetividad, que no sólo se den en el marco de la urgencia. En este sentido, resulta fundamental para pensar nuestra labor cotidiana reconocer la singularidad y los aspectos socioculturales que se ponen en juego en dicho territorio (Spinelli, 2016).

De igual modo, si bien estar en el barrio implica una oportunidad, también se torna un desafío en tanto que debemos aprender a ser permeables y a lidiar con determinadas complejidades y frustraciones propias del contexto en el cual trabajamos.

Es importante remarcar que nosotros asistimos al dispositivo solamente seis horas por día y, mientras no

estamos, la cotidianidad del barrio continúa. En palabras de un usuario: “el barrio no duerme”.

Por su parte, en la diaria nos toca presenciar los efectos del consumo problemático sobre las vidas de nuestros usuarios, así como también las problemáticas socio-habitacionales en las que se encuentran. Tampoco somos ajenos a las violencias que padecen tanto por sus trayectorias de vida como por el hecho de encontrarse en situación de calle en Zavaleta, circunstancias que no sólo nos afectan y marcan subjetivamente a partir de los acompañamientos que realizamos sino también que muchas veces nos exponen, a situaciones un tanto hostiles con las que nos encontramos sin “sentirnos del todo preparados”.

Hugo Spinelli (2016) propone entender al territorio como un espacio de lo singular y un sitio del hacer donde lo relacional y lo simbólico se expresan atravesados por capitales y campos que exceden la simplicidad epistemológica, y frente a esto se pregunta si los conocimientos de los trabajadores del campo sociosanitario alcanzan para abordar la complejidad de lo social. El trabajo en Zavaleta requiere que como profesionales nos cuestionemos acerca de nuestro rol y lo aprendido en nuestra formación académica, ya que no podemos obviar que el modelo médico hegemónico se encuentra

instaurado aún en las diferentes disciplinas, así como también la lógica de abordaje meramente individual de las problemáticas de salud mental. Frente a esto consideramos que uno de los principales desafíos de quienes apostamos por la construcción de experiencias comunitarias es reconocer la multiplicidad de saberes que emergen de las experiencias vitales de los actores involucrados. Desde un enfoque interseccional e intercultural consideramos que sólo podemos acercarnos a la complejidad de lo social, desaprendiendo mucho de lo que nos han enseñado y estando abiertos a pensar de manera colectiva la producción de saberes situados.

Teniendo en cuenta éstas mismas adversidades creemos que es imposible pensar nuestro trabajo de manera aislada y en soledad. Las trayectorias y vivencias cotidianas que acompañamos en el Centro pueden tornarse, a veces, muy hostiles. Frente a ello, como equipo nos encontramos en el proceso de construcción de espacios de encuentro donde reflexionar sobre nuestra praxis y compartir cómo esta nos atraviesa y afecta subjetivamente. Asimismo, intentamos abonar a una construcción colectiva y en red que priorice los vínculos intra-equipo, con los usuarios y con otros servicios y/o efectores de salud, así como también con otras instituciones y organizaciones.

### **Entre la praxis y la teoría**

Desde hace varios años ya se vienen desarrollando tanto a nivel internacional como local procesos de transformación del sistema de atención en salud mental, cuyo objetivo es la transición del sistema manicomial hacia una atención pensada con y en la comunidad.

La Declaración de Caracas (1990) sentó un precedente para revisar el rol hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico, promoviendo modelos alternativos de atención a los padecimientos subjetivos basados en la comunidad. En nuestro país, por su parte, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 proporcionó un marco legal que impulsa no sólo la desmanicomialización -entendida como transformación del sistema de salud para que las personas con padecimiento subjetivos vivan en sus comunidades y no en hospitales psiquiátricos ni en ninguna otra forma de abandono (Cohen y Natella, 2013)- sino toda una serie de prácticas de prevención y promoción desde un enfoque comunitario, guiadas por los criterios de la Atención Primaria de la Salud.

Siguiendo lo esgrimido por la normativa antes mencionada, entendemos a la salud como un 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 derechos humanos y sociales de toda persona. Por eso adherimos a abordarla desde la intersección entre las dimensiones subjetivas, colectivas y culturales. Debido a ello consideramos que es fundamental generar acciones de promoción que sean definidas en conjunto con la población con la que trabajamos.

Un aspecto central que atraviesa y ordena nuestra práctica es la Atención Primaria de la Salud (APS). Siguiendo lo expresado en la Declaración de Alma Ata (1978), la APS se dirige hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver dichos conflictos. Para ello propicia la participación de los sujetos en la planificación y aplicación de su atención de salud e implica la coordinación de todos los sectores, no sólo del sanitario, a fin de garantizar el acceso al sistema de salud público y atender las necesidades de salud expresadas en la comunidad.

Como equipo entendemos a la APS como una estrategia transversal a los distintos niveles de atención, cuyo objetivo principal es que la comunidad alcance

el mayor nivel de salud posible sin distinción de clase, etnia, religión, género, sexualidad, orientación política y/o situación económica/social.

Como equipo consignamos a una apertura epistemológica hacia el reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad, en tanto procesos dinámicos de salud-enfermedad-cuidado (Almeida-Filho y Paim, 1999), y abonamos a la construcción de abordajes comunitarios que promuevan el trabajo junto con otros, la construcción de lazos y permitan poner en diálogo los distintos tipos de saberes. Partimos necesariamente desde una perspectiva que promueve lo comunitario por sobre lo individual y comprende las complejidades que se desprenden del propio contexto de trabajo.

En este marco, parte de nuestro desafío profesional cotidiano en el campo de la salud mental implica distanciarlos de los abordajes ligados al Modelo Médico Hegemónico (Menendez, 1988) que caracterizan meramente a los padecimientos subjetivos según diagnósticos psicopatológicos individuales, bajo la impronta de que existen problemáticas de salud/salud mental que si bien nos afectan en la singularidad, presentan su correlato en la trama social en tanto emergen de problemáticas vividas de forma colectiva (Bang, 2014).

En suma, resaltamos la importancia de potenciar prácticas en salud que incluyan no sólo la dimensión subjetiva sino también colectiva en la atención entendiendo, como bien afirma Merhy (2021), que el objeto del campo de la salud no es sino la producción de cuidado. Por último, al reflexionar sobre otras formas de pensar-hacer desde el campo de la salud mental, buscamos seguir haciéndonos preguntas que habiliten una batalla micropolítica, un hiato (Guattari y Rolnik, 2006) que no sólo dé lugar a un quiebre sino también a espacios de encuentro para pensar un proceso-otro de producción de salud que privilegie lo vincular, lo afectivo y lo comunitario.

### Bibliografía

Almeida-Filho, N. y Paim, J.S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico-Sociales*, 75, 5-30.

Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120.

Ceballos, F. (2022). *Espacialidades y temporalidades donde habita el cuidado*. Licenciada Laura Bonaparte.

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

Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 451- 464.

Merhy, E. (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa: OMS.

Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas*. Washington: OPS

Organización Mundial de la Salud /UNICEF (1978). *Conferencia internacional sobre atención primaria de la salud. Declaración Alma Ata*.

Rolnik, S. (2019). *Esferas de la insurrección. Apuntes para descolonizar el inconsciente*. Tinta Limón

Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud colectiva*, 12(2), 149-171. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.976>



### Legislaciones citadas

Ley 26.657/2010. Argentina. Salud Mental y Derechos Humanos. <https://bit.ly/2XL2V3k> [consulta, marzo de 2022].

### Notas

1. Con respecto a la temporalidad, cabe aclarar que desde la producción del artículo a la fecha de su publicación, tanto el dispositivo como el contexto en el cual se emplaza (Zavaleta), viene sufriendo diversas modificaciones a raíz del cambio en las autoridades políticas y las políticas institucionales ligadas a ello.





# Arte, Cultura y Salud mental entre Brasil y Argentina. Reflexiones desde la experiencia

## **DRI, Mariela.**

Licenciada en Psicología. Acompañante Terapéutica. Residencia de psicología realizada en el PRIN (Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires). Trabajadora del programa “Buenos Aires Libre de Manicomios” de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Contacto: [marielagiseledri3@gmail.com](mailto:marielagiseledri3@gmail.com)

**Recibido:** 17/08/2023; **Aceptado:** 06/05/24

**Cómo citar:** Dri, M. (2024). Arte, Cultura y Salud mental entre Brasil y Argentina. Reflexiones desde la experiencia. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 209-220

## **Resumen**

En este escrito intentaré conectar experiencias que transitó en diferentes momentos históricos buscando dar cuenta de la relevancia de los espacios artísticos y culturales en el campo de la salud mental y específicamente en el proceso de desmanicomialización. Se tomarán registros de una experiencia realizada en un taller de arte durante los años 2014 y 2015 en el Hospital Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero (Buenos Aires, Argentina). Luego se recortará una experiencia en el Bloco Carnavalesco “Loucura Suburbana”, del Instituto Municipal “Nise da Silveira” en Río de Janeiro, Brasil, realizada en el año 2022. Por último, finalizaré con algunas reflexiones y propuestas para pensar la política pública en cultura y salud mental desde mi actual participación en el Programa “Buenos Aires Libre de Manicomios” de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud.

El objetivo del presente escrito es dar jerarquía a la intersección de los campos de la cultura y la salud mental. Para ello se partirá desde la experiencia para luego desprender de la misma algunos interrogantes y reflexiones que continúen contribuyendo al debate en este sentido. Tomaré dos experiencias centrales, una en Argentina, realizada a poco tiempo de sancionada la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, donde los talleres de arte eran muchas veces los únicos espacios desde donde resistir a la lógica manicomial de las instituciones; y otra más reciente en Brasil, donde los dispositivos artísticos dan cuenta de la potencia transformadora de lo cultural, instalándose como espacios clave en los procesos de desmanicomialización.

Finalmente, con estas experiencias como insumo, realizaré algunas reflexiones en relación a la política pública en este encuentro de campos y en clave latinoamericana.

**Palabras clave:** arte - cultura - desmanicomialización - política pública

**Art, Culture and Mental Health between Brazil and Argentina. Reflections from experience**

### Abstract

In this article i will try to connect experiences that i went through in different historical moments, seeking to account for the relevance of artistic and cultural spaces in the field of mental health and specifically in the process of demanicomialization. Records will be taken from an experience carried out in an art workshop, during the years 2014 and 2015 at the Dr. Alejandro Korn Hospital of Melchor Romero (Buenos Aires, Argentina). Then, an experience in the “Loucura Suburbana” Carnival Bloco, of the “Nise da Silveira” Municipal Institute in Rio de Janeiro, Brazil, carried out in 2022, will be summarized. Finally, I will end with some

reflections and proposals to think about public policy in culture and mental health from my current participation in the “Buenos Aires Libre de Manicomios” Program of the “ Subsecretaria de Salud Mental , Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud”.

The aim of this article is to highlight the intersection between the fields of culture and mental health. To do this, we will start from the experience and then derive from it some questions and reflections that continue to contribute to the debate in this sense. I will

take two central experiences, one in Argentina, carried out shortly after the National Mental Health Law N°. 26,657 was passed, where art workshops were often the only spaces from which to resist the asylum logic of the institutions; and another more recent one in Brazil, where artistic devices account for the transformative power of culture, establishing themselves as key spaces in the demanicomalization processes.

Finally, with these experiences as input, I will make some reflections in relation to public policy in this meeting of fields and in a Latin American key.

**Keywords:** art - culture - deinstitutionalization - publicpolitics

**Tiempo 1: Sala “Barros Hurtado”, Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero, Buenos Aires, Argentina. Años 2014 - 2015**

*Barro que es cama de un cuerpo rígido en invierno barro en el que me pierdo, me angustio, me vuelvo manicomio barro en el que me revuelco intentando armar una estrategia. Barro también en el que me atrincheró, resisto, junto a otros barro con el que moldeamos una nueva forma de existir. Barros Hurtado máquina, de desamparos, de crueldades, de acostumbramientos, de reproduciones. Barros Hurtado en el tiempo, de transformaciones, de encuentros, de arte y ternura barro que ya estoy queriendo, que ya se vuelve canción.*

*Barros tal vez.<sup>1</sup>*

Comenzaré narrando una experiencia en la sala “Barros Hurtado”, realizada hace casi diez años. Sala que fue cerrada en el año 2023 como parte del proceso de desmanicomialización y transformación del modelo de atención que se lleva adelante en la provincia de Buenos Aires.

A poco tiempo de ser sancionada la Ley de Salud Mental N° 26.657, y mientras estudiaba la carrera de psicología, comencé a trabajar en el hospital Dr. Alejandro Korn como acompañante terapéutica. Desde el año 2010 al 2015 transité una de las experiencias más transformadoras tanto a nivel profesional como perso-

nal. Nadie es la misma persona luego de transitar el manicomio. En el año 2014 comenzamos a realizar, junto a un grupo de amigxs, un taller de arte en la dicha sala, una en las cuales trabajaba. Aquí funcionaba un espacio de internación de larga estadía donde vivían alrededor de 50 hombres, de entre 25 y 70 años aproximadamente y con hasta 30 años de internación. El registro cotidiano de la sala (cuerpos deambulantes, sobremedicadxs, adormecidxs) era un motor para proponer algún espacio que intente producir algo diferente, que rompa con tanto acostumbamiento manicomial. Además del deseo y la voluntad de quienes queríamos llevar adelante el taller, necesitábamos una autorización para poder entrar, ya que la mayoría de lxs talleristas no trabajaban en el hospital. Conseguir ese permiso implicó para mí la sumisión a la lógica del poder manicomial, tal como relato en el siguiente fragmento de una crónica escrita en 2014:

(Golpeo la puerta del consultorio). -Doctor ¿podría hablar con usted? Es para comentarle una idea de trabajo con los chicos de la sala.  
-Si querida, pasá. (El hombre de guardapolvo largo, defensor del electroshock y denunciado por abuso sexual, cierra la puerta. Saca el pica-  
porte y se la guarda en el bolsillo).

En esos términos mantenemos la reunión, de la cual salgo con la piel brotada, en una especie de alergia a tanta violencia soportada e invisibilizada. Por fin teníamos el permiso para hacer el taller.

Retomando a Ulloa (1998) podemos pensar esta situación a través de algunos conceptos. La encerrona trágica es paradigmática del desamparo cruel: una situación de dos lugares, sin tercero de apelación, donde la víctima para dejar de sufrir, depende de alguien a quien rechaza totalmente y por quien es totalmente rechazado. Es en ese marco de impunidad en el que algunos intentamos resistir a la cultura de la mortificación, buscando hacer colectivo como modo de resistir a la intimidación que permanece inadvertida.

Refiere Ulloa (1998) que la crueldad es el desamparo mayor y que la ternura entendida como el componente de miramiento (mirar con amoroso interés a quien se reconoce como sujeto distinto de uno mismo) puede entenderse como contra-pedagogía de la crueldad para recuperar la sensibilidad y los vínculos. Por eso pensamos que nuestra práctica tendrá que articularse profundamente con la ternura.

### Taller Flor de Primavera - La asamblea

*Caminamos por el pasillo. Retumban las voces. El olor a desinfectante mezclado con cigarrillos es cada vez más intenso. Alguien saca la tijera, elemento indispensable para abrir la puerta de la sala, porque como en todo manicomio, las puertas están siempre cerradas. Entramos y recibimos una invasión de abrazos y saludos, "¡los estábamos esperando!"*

*Ingresamos al comedor. Corremos las mesas y armamos la ronda con los bancos disponibles. "¿Alguien puede bajar el volumen de la tele? Así nos podemos escuchar".*

*En la esquina del comedor un balde donde cada uno defeca u orina, sin registro de nada ni nadie alrededor.<sup>2</sup>*

El taller se desarrollaba sábados por medio y estaba planteado como un momento de encuentro y de creación artística. Reunidos en el comedor donde hacíamos el taller, dábamos lugar a una asamblea presentándonos cada uno con su nombre. Una pelota circulaba para que cada quien pueda tomar la palabra, funcionando de ordenadora y siendo un importante elemento en el encuadre. Esperar la pelota para hablar era una de las primeras leyes de ese espacio. Esperar para hablar abre el espacio al otro, supone una escucha, marca un tiempo. Allí conversábamos sobre diversos temas que nos permitían de a poco ir instalando preguntas, reflexiones, en personas que tal vez era la primera vez en muchos años que encontraban un espacio para hablar sobre lo que sentían, sobre el encierro, sobre la pro-

pia identidad. En este primer momento del taller varios efectos comenzaban a aparecer. En primer lugar, el nombre de cada quien y la posibilidad de comenzar a hacerlo propio, ya que en el hospital el nombre queda borrado. Uno pasa a ser una historia clínica y a llamarse por el apellido o por un grito.

Luego comenzamos a introducir otras cuestiones como parte del encuadre. No era obligatorio participar, pero una vez dentro del dispositivo no se podía hacer uso de la violencia en ninguna de sus formas. Tampoco se podía usar el balde, debíamos usar el baño. Estas reglas comenzaron a formar un espacio y un tiempo diferentes. El lugar seguía siendo el manicomio, las palomas estaban entre nosotros y los cuerpos seguían deambulando pero comenzó a existir otra mirada posible, en un marco que delimitaba y habilitaba la singularidad y la grupalidad.

La asamblea fue además el espacio que nos permitió empezar a visibilizar lo invisibilizado, la violencia del manicomio, las violaciones de derechos cotidianas, las desapariciones de personas que fallecían pero que nadie nombraba como muertas en la sala.

En una oportunidad fue en el espacio de asamblea donde hablamos de la muerte de un compañero,

surgiendo la posibilidad de visitarlo en el cementerio, llevándole lo que a él le gustaba: cigarrillos, vino y una canción. A partir de ese acto pudimos decir la muerte, crear un lugar para que exista la ausencia, desnaturalizar la desaparición, hacer un ritual de despedida.

### El Arte y lo que abre

*Empieza la actividad. Hoy hacemos portarretratos y ponemos las fotos que nos sacamos en el anterior encuentro. Expresan alegría por poder verse en una imagen, reconocer su cuerpo y el paso del tiempo.*

*Producen portarretratos llenos de color, los cuelgan en la pared y prometen cuidarlos como tesoros.*

*También este día hacemos una propuesta y votación para ponerle un nombre al taller: "Flor de Primavera"<sup>3</sup>*

Luego de la asamblea comenzábamos a mover el cuerpo como modo de transmutar las energías, para después adentrarnos en la tarea artística que en cada encuentro íbamos elaborando. A lo largo del taller realizamos varios proyectos artísticos, pero tomaré la elaboración de portarretratos porque fue una de las experiencias más significativas. Una compañera tallerista era también fotógrafa y había tomado unas imágenes de los participantes que generaron múltiples efectos en ellos.

Los participantes del taller se encontraron con su propia imagen luego de muchos años de no verse, ya que no había espejos en la sala. Algunos querían guardar las fotos como objeto preciado bajo la almohada o en algún armario (únicos lugares de lo privado en el hospital) pero emergió la propuesta de enmarcarlas en portarretratos y colgarlas en la sala, con la promesa colectiva de cuidarlas.

Una característica del manicomio es que nada dura, los objetos siempre desaparecen. Sin embargo, 10 años después, cuando visité la sala por última vez luego de su cierre, me encontré con uno de esos portarretratos. Que algo haya podido perdurar fue también efecto del taller.

Los cuerpos durante la actividad artística son otros: lo vital aparece, hay risas, cambian las posiciones, aparece lo flexible, la colaboración con el otro, la sorpresa de vernos realizando algo lindo, la búsqueda de otras miradas que devuelven que hay un objeto artístico y por lo tanto un productor hacedor de lo artístico.

## Tiempo 2: “Loucura Suburbana”. Instituto Municipal “Nise da Silveira”, Rio de Janeiro, Brasil, año 2022

A continuación desarrollaré una breve reseña sobre mi experiencia en “Loucura Suburbana”, *bloco* de carnaval que se ubica en el Instituto Municipal “Nise da Silveira”, donde realicé la rotación externa como parte del Programa de Residencias Interdisciplinarias (PRIN) en Psicología. Se ubica en Río de Janeiro, una ciudad con aproximadamente siete millones de habitantes, extensa en su territorio y con problemáticas similares a las de las principales ciudades de nuestro país que están atravesando procesos de desmanicomialización.

### 2.1. Una Historia que abre horizontes

“Loucura Suburbana” es un *bloco* carnavalesco y Punto de Cultura. Los *blocos* son una expresión cultural muy particular en Brasil que reúne personas que hacen percusión, canciones y producen sus disfraces para la celebración del carnaval. Son también protagonistas del carnaval popular que se celebra en la calle. Este *bloco* nace en el año 2001 dentro del actual Instituto Municipal “Nise da Silveira” (IMNS), ubicado en el barrio Engenho de Dentro. El Instituto fue uno de los centros psiquiátricos más grandes del país y de los más antiguos

de Latinoamérica. En 2021 el IMNS logró abrir sus puertas para que la última persona internada volviera a la comunidad, cerrándose como psiquiátrico y abriéndose como Parque Cultural, que cuenta con varios espacios artísticos y deportivos, proyectos de economía sustentable y lugares de encuentro comunitario.

“Loucura Suburbana” nace a partir de la propuesta de un usuario que expresa su deseo de festejar el carnaval y una psicóloga que escucha y da lugar a ese deseo. En ese momento la reforma psiquiátrica se hacía efectiva en políticas públicas concretas y existían condiciones de posibilidad para generar espacios novedosos que funcionen de puente con la comunidad. En el año 2001 se produce el primer desfile que abre las puertas del hospital y llena las calles de Engenho de Dentro de “locxs” que desfilaban e invitaban al barrio a participar.

Es en el año 2009 cuando cambia la historia de “Loucura Suburbana”, al constituirse en el primer Punto de Cultura que trabaja en relación a la salud mental en Río de Janeiro. Habiendo ganado este reconocimiento, Loucura consiguió un financiamiento por tres años que le permitió comenzar a gestar una estructura organizacional, destinando recursos para diferentes talleres: atelier de *adereços*, fantasía y moda, oficina libre de música y oficina de percusión.

También se armó un equipo de producción cultural que se encargó de generar los canales para que “Loucura Suburbana” trascienda el campo de la salud mental y comience a circular por otros espacios de arte y de la sociedad en general. Construyen redes con diferentes organizaciones y espacios artísticos y se encargan de la realización y producción de eventos.

Desde hace más de veinte años “Loucura Suburbana” trabaja en la organización de cada desfile de carnaval realizando talleres durante todo el año. Allí las personas componen sus canciones que hablan de la vida dentro del manicomio, la locura, la normalidad, temas que apuntan a la deconstrucción de las representaciones sociales. Por otro lado, también trabajan en la confección de los trajes para el carnaval, que una semana antes del desfile quedan a disposición de la comunidad para ser tomados en préstamo. Así, el día del desfile todos están *fantasiados* (disfrazados).

Otra característica importante en la creación de este *bloco*, que fue un eslabón fundamental en la apertura del hospital, es que llevaron adelante la tarea de indagar acerca de las memorias que tenía el barrio respecto de la institución y de la historia del carnaval allí. Descubrieron que antiguamente era uno de los carnavales más grandes de Río, y recuperaron símbolos propios de esa

comunidad en la celebración. Loucura devolvió el festejo del carnaval a todo el barrio, generando un sentido de pertenencia y referencia, lo que los colocó como un puente entre el hospital y la comunidad.

## 2.2. Estar ahí

Durante los cinco meses en los que trabajé en “Loucura Suburbana” participé de los diferentes talleres y actividades, pudiendo percibir que Loucura y todos los dispositivos artísticos del parque cultural, son espacios amplios, compuestos por usuarios y otras personas de la comunidad que participan de eventos culturales totalmente mezclados con los espacios de arte y cultura en general.

Observé cómo el hospital fue lentamente resignificándose a medida que el parque cultural se realizaba. El *barracão*, espacio donde se guardan los disfraces para el desfile es un claro ejemplo de ello. Antiguamente funcionaba allí la capilla de la morgue y hoy es un espacio lleno de brillo, lentejuelas y color.

El momento del desfile es el más importante del año. “En el carnaval todos somos locos, no hay diferencias”<sup>4</sup> dice un usuario. En esta fiesta popular enloquecer es normal. Cada jueves previo al fin de semana de carnaval, Loucura atraviesa el portón del hospital y sale a



recorrer las calles del barrio junto a una multitud que los sigue bailando y cantando por una sociedad libre de manicomios. El desfile concluye en un canto colectivo: “¡Ni un paso atrás, manicomios nunca más!”. Entienden que nunca habrá palabras para poder transmitir la transformación que implicó para mí estar allí.

### 2.3. Reflexiones post carnaval

Paulo Amarante et al (2013) refieren que a medida que el modelo de atención deja de ser hospitalocéntrico y se aproxima a los espacios de vida de las personas en su cotidianeidad, surgen experiencias múltiples de carácter sociocultural. El desafío en este momento es entonces lograr que el arte escape al marco hospitalocéntrico. En la lógica hospitalocéntrica el arte circula dentro de talleres que realizan exposiciones para mostrar sus producciones a la propia comunidad terapéutica. Según refiere Amarante et al (2013), en el campo de la atención psicosocial existen pacientes en arteterapia; en cambio en el campo artístico cultural hay sujetos artistas, hacedores de productos artísticos, lo que permite una circulación en la cultura.

Los efectos terapéuticos podrán producirse o no, pero también podrán producirse otros, como la construcción y fortalecimiento de lazos sociales, la apropiación

y pertenencia a un proyecto artístico, la inclusión y el reconocimiento, la participación ciudadana, la construcción de un lenguaje común que trasciende al hablado, el establecimiento de discursos vivibles y habitables por todos.

**Momento 3: Programa “Buenos Aires Libre de Manicomios”. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, año 2022 a la actualidad<sup>5</sup>**

A fines del año 2022 ingresé a trabajar en el Programa Buenos Aires Libre de Manicomios (RESO-2020-2805-GDEBA-MSALGP). Este programa fue creado en el año 2020 como una herramienta para dar impulso, fortalecimiento y despliegue a los procesos de externalización de personas usuarias. Sus objetivos son planificar, diseñar y coordinar políticas públicas para acompañar el cierre de los cuatro hospitales neuropsiquiátricos de la provincia de Buenos Aires y su sustitución por dispositivos de atención con base en las comunidades.

Uno de los ejes principales es fomentar la inclusión laboral, educativa y cultural de las personas usuarias, articulando la generación de fondos de ayuda financiera

para el impulso y fortalecimiento de emprendimientos socio-laborales, la terminalidad educativa, la capacitación en oficios, y la participación y construcción de espacios culturales colectivos.

El trabajo desde el eje cultural es uno de los puntos que se encuentran en desarrollo como parte de la reforma, con variados proyectos y espacios que se están llevando adelante. En esta experiencia voy conociendo y ampliando la mirada sobre los procesos que se vienen llevando adelante en la provincia de Buenos Aires en torno al cambio de modelo de atención, con sus avances y dificultades.

Muchas de las preguntas que hoy se me presentan me recuerdan a las que escuchaba en Brasil: ¿Cómo lograr externaciones sustentables? ¿Cómo generar participación comunitaria? ¿Cómo producir una transformación cultural que permita otras miradas sobre la alteridad, la diferencia, la locura? Para comenzar a pensar algunos aportes en relación a las políticas públicas culturales en salud mental, me permito tomar algunas referencias de Oberti (2023), quien plantea que:

Por un carril, está el Estado con poca trayectoria en materia de articulación entre cultura y salud mental, pero con los capitales y la fuerza

para implementar programas, articular secretarías, administrar recursos y, particularmente, comunicar y difundir y por el otro, agrupaciones civiles y comunitarias que encaran proyectos de transformación potentes, reflexionados e informados de las situaciones problemáticas del terreno, de las trayectorias complejas de lxs sujetos padecientes y de la importancia de la implicancia del conjunto social, pero sin los mecanismos simbólicos y materiales de la gestión estatal. (p.13)

Continuando con los aportes de Oberti (2023) es indispensable crear estrategias que permitan generar y fortalecer una red de articulación entre ministerios y secretarías, programas y experiencias, agrupaciones múltiples e instancias estatales, experiencias pequeñas junto a otras experiencias no tan pequeñas. Por otra parte, es preciso fortalecer políticas públicas que permitan que el campo de la salud mental y el de la cultura trascienda los límites de las áreas en las que se desempeñan, y se encuentren en prácticas culturales participativas que posibiliten crear una nueva enunciabilidad, visibilidad y sensibilidad de la salud mental.

## Conclusiones

En este escrito se ha intentado construir, a partir de diferentes experiencias, una reflexión acerca de la potencia de los espacios artísticos y culturales para el trabajo en salud mental, y específicamente, en la desmanicomialización.

La experiencia en el *bloco* carnavalesco de “Loucura Suburbana” me permitió resignificar las experiencias anteriores y entenderlas como semillas de un proceso que hoy continúa. Tomando a Amarante (2013) podemos pensar que en el Tiempo 1 nuestra práctica se encontraba todavía atrapada en la lógica hospitalocéntrica, y que actualmente el desafío es lograr que los espacios artísticos escapen a los muros y puedan constituirse como espacios de desarrollo cultural de la comunidad toda. Para eso es preciso potenciar estos espacios acompañándolos desde el fortalecimiento de una política pública que propicie el encuentro entre los campos de la salud mental y la cultura, con un fuerte anclaje en lo territorial y en las experiencias culturales de la comunidad.

Por último, pensar este cambio de paradigma en clave regional, resaltando la importancia de impulsar diversas formas de encuentro y creación conjunta de

marcos de pensamiento y acción, con países latinoamericanos que se encuentren atravesando procesos de desmanicomialización similares al nuestro.

## Bibliografía

Amarante, P., Freitas, F., Pande, M. y Nabuco, E. (2013). El campo artístico cultural en la reforma psiquiátrica brasileña: el paradigma identitario del reconocimiento. *Revista Salud Colectiva*, 9(13).

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2020). Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud. Creación del Programa Buenos Aires Libre de Manicomios (RESO-2020-2805-GDEBA-MSALGP).

Oberti, M. L. (2023). Políticas culturales, salud mental y des/institucionalización. Notas para esbozar políticas culturales des/institucionalizadoras en salud mental. *Revista Avatares de la comunicación y la cultura*, (25). DOI: <https://doi.org/10.62174/avatares.2023.8214>

Ulloa, F. (1998) “La “encerrona trágica” en las situaciones de tortura y exclusión social. Pensar el dispositivo de la crueldad”. Página 12. <https://www.pagina12.com.ar/1998/98-12/98-12-24/psico01.htm>

### Legislaciones citadas

Ley N° 26.657/2010. Ley Nacional de Salud Mental. Nación Argentina. <https://bit.ly/2XL2V3k> [consulta, abril 2023]

Ley N° 14580/2013 Adhesión de la Provincia de Buenos Aires a la Ley 26.657 - Derecho a la Protección de la Salud Mental <https://normas.gba.gov.ar/documentos/B3mg5Fj0.html>. [ consulta abril 2023]

Ley N° 10216/2001. Ley sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o modelo assistencial à saúde mental . República del Brasil. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm) [consulta abril 2023]

### Notas

1. Poema escrito durante la realización del presente escrito. Agosto 2023
2. Fragmento de crónica de un taller realizado en marzo de 2014. Sala Barros Hurtado. Hospital Alejandro Korn.
3. Fragmento de crónica de un taller realizado en agosto de 2014. Sala Barros Hurtado. Hospital Alejandro Korn.

4. Frase dicha por un usuario en una conversación durante mi rotación. Loucura Suburbana. Marzo de 2022

5. Agradezco el respaldo permanente en la consecución de esta línea de trabajo de la Subsecretaria de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública de la Pcia. de Bs. As., Lic. Julieta Calmels. También a mis compañerxs del Hospital Dr Alejandro Korn y de Loucura Suburbana que acompañaron en el camino.



# Lo Comunitario en la encrucijada del presente: riesgos y potencia

**STOLKINER, Alicia**

Licenciada en Psicología, Graduada en la Escuela de Salud Pública Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestría en Psicología Clínica cursada en la UNAM-México. Doctora Honoris Causa de la Universidad Autónoma de Entre Ríos y de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Profesora de Salud Pública y Salud Mental (Facultad de Psicología, UBA) de 1985 a 2021. Coordinadora de la Maestría en Infancias y Juventudes, UADER. Profesora del Doctorado Internacional y la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús y de otros posgrados del país y del exterior. Investigadora Correspondiente de CONICET con sede en UNLa.

Contacto: [astolkiner@gmail.com](mailto:astolkiner@gmail.com)

**Recibido:** 31/08/2023; **Aceptado:** 08/04/24

**Cómo citar:** Stolkiner, A. (2024). Lo Comunitario en la encrucijada del presente: riesgos y potencia. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 221-227

*Si puede decirse que el odio designa todo lo que excluye lo cercano, es en tanto devasta desde adentro una relación originaria con la alteridad*

Anne Dufourmantelle (2008)

*La oposición democracia/autoritarismo no sólo domina la concepción del hombre que expresa toda política, sino que además vehiculiza técnicas<sup>1</sup> propias de intervención*

Emiliano Galende (1990)

El objetivo de este trabajo es revisar desde el presente aquello que denominamos “comunitario”, sus riesgos y su potencia, en el particular período histórico que atravesamos. Las Políticas de Salud Mental se desarrollaron en los países occidentales de la posguerra con la implementación de los Estados Sociales, en el marco de las políticas keynesianas del capitalismo, que generaron sistemas universales de salud, también jugaron un rol en ello la idea de Derechos Humanos en la Declaración

de la naciente Organización de Naciones Unidas, los movimientos emancipatorios y de ampliación de derechos de la época, y el desarrollo de la psicofarmacología como parte del nacimiento del complejo médico industrial financiero.

En los 60 el “movimiento de la salud comunitaria” nació con una doble faz: por un lado –devenido del preventivismo funcionalista—se trataba de intervenir correctivamente en comunidades “problemáticas” a partir de la cooptación de sus líderes; por el otro, fue asumido como apertura a la participación y acceso (Almeida Filo y Silva Paím, 1999). Lo comunitario como idea no fue necesariamente unívoco acerca de lo social y de lo común, y requiere volver sobre ello hoy.

Las políticas en salud mental fueron un elemento más del período, quizás final, de hegemonía de Occidente, tal como se generó en la segunda mitad del siglo XX. El derrumbe de ese mundo bipolar comenzó en la crisis de los 70, se aceleró luego de la caída del bloque socialista, seguido de un breve unipolarismo de Estados Unidos, para precipitarse ante el reordenamiento de la economía y la geopolítica mundial, mediado por ese catalizador catastrófico que fue la pandemia.

El escenario actual muestra una concentración inédita de la riqueza -socialmente producida- en cada vez menos manos, un consecuente deterioro de las formas democráticas que son subordinadas a los poderes corporativos y el reordenamiento en conflicto de la geopolítica y sus distribuciones económicas y de poder, lo que redundará en un riesgo inédito de guerra. Mientras, millones de personas se desplazan ante el incremento de la pobreza, las guerras y el desequilibrio de la relación de lo humano con la naturaleza, con su efecto de catástrofes climáticas y pandemias.

Otra de sus facetas es la acelerada introducción de las nuevas tecnologías en todas las escalas de los vínculos y de la vida, un tipo particular de innovación científica tecnológica desarrolladas a partir de formas específicas de conocimiento que se presentan como universales, pero en las que “subyace un concepto universal de tecnología que no es más que el residuo de una especie particular de pensamiento” (Yuk Hui, 2020, p. 11), el de los poderes tecnológicamente más fuertes que exportan conocimientos y valores a los más subalternizados, destruyendo o suprimiendo otras técnicas o tecnologías posibles.<sup>2</sup> Esta tecnología dominante es puesta al servicio de la acumulación, aún a costa de la vida que, junto con la naturaleza, es colocada en el lugar de un recurso.

Todo lazo social resulta subordinado a la lógica de lo mercantil cuya esencia, como sabemos, es *hacer aparecer como relaciones entre cosas lo que son relaciones entre personas*. La mercantilización de todas las esferas de la vida y la ilusión de la financiarización extrema, de que es posible producir dinero con dinero sin mediar trabajo y producto, encubre la apropiación misma de formas novedosas y viejas de trabajo remunerado y no remunerado.

No obstante, el derrumbe de lo establecido y el momento de transición habilita la revisión de teorías y supuestos en las que fundamos nuestros saberes y prácticas. Esta puesta en cuestión no nace de los claustros académicos sino que impacta en ellos desde cambios y movimientos sociales y convoca a romper algunos reduccionismos y dualismos.

Entre estos descentramientos está la necesidad de revisar críticamente el occidentalocentrismo/eurocentrismo, el androcentrismo, el antropocentrismo y, en un paso más, el zoocentrismo (Coccia, 2017). En ello resuena una necesidad de que ciencia y tecnología abonen a modelos sociales donde se priorice una ética del cuidado y de la vida. Quizás, ante la propuesta actual de progreso destructivo, haya que, como diría Walter Benjamin, “poner el freno de emergencia” (Benjamin,

1940). En este escenario, toda afirmación en este escrito la haré desde una radical *incerteza*, aclarando que ésta se resuelve necesariamente en la acción.

La oportunidad que se presenta es que estos descentramientos y develamientos acompañen las propuestas, las herramientas teóricas y las tecnologías que antagonicen con las tendencias a lo que hemos llamado la cultura de la voracidad.<sup>3</sup>

La contracara al avance destructivo es la resistencia que se manifiesta de distintas maneras. El siglo XXI también ha sido escenario de masivas movilizaciones públicas con particularidades y reivindicaciones diversas en distintos países, diferentes respecto de las de épocas anteriores, en las que se incluyó la función contradictoria y conflictiva de las redes sociales (Lago Martínez, Gendler y Méndez, 2015). En momentos que algunos denominan de “dominación sin hegemonía” (Paletha, 2023).

Señalé entre los dualismos a deconstruir el antropocentrismo, que excluye lo humano de las especies animales. Si lo refutamos, debemos reconocernos como una especie, que si bien ha roto el equilibrio con su hábitat y que tiene la posibilidad de destruirlo, conserva un universal común a todas sus culturas: se trata de una



especie gregaria. Y a ese resto de lo natural -allí donde es posible revisar en lo humano la deriva del instinto a la pulsión- es que apunta destructivamente la propuesta de una sociedad y un mundo regido exclusiva y fundamentalmente por la lógica de la apropiación, la competencia y el mercado.

Lo gregario implica una organización social cooperativa, un colectivo que gestiona la vida en común. La idea de Hobbes (y de la modernidad) de que el hombre librado a sus impulsos y ante la necesidad de sobrevivir establecería una lucha constante competitiva con sus congéneres, lo que hace necesario que se garantice un contrato limitador externo, niega radicalmente el carácter original gregario de la especie y fundamenta en ello la idea de una libertad individual que sólo encontraría freno en lo exterior; modelo tomado de la libertad de mercado, una libertad negativa que entiende sus límites como barreras a la humanidad y por ello, porque solo reconoce un límite externo al cual tensa permanentemente, sería el origen del terror (Eagleton, 2007).

Ahora bien, como especie gregaria que ha sobrepasado la barrera de lo instintivo, son posibles formas diversas de lo gregario humano. Una de ellas es la que aparece en la Psicología de las Masas, la homogenei-

zación en la identificación colectiva al líder idealizado combinada con la deriva de la hostilidad hacia un distinto, diverso, destructible, objetivable. Esa forma de gregariedad que Freud analiza con el trasfondo del nazismo y la referencia a Le Bon, no es sin embargo universal.

En el siglo XXI este modelo intenta reeditarse pero contiene contradicciones internas. Por un lado ostenta y necesita de posiciones neoconservadoras: una vuelta a las tradiciones androcéntricas, patriarcales y racistas, para recuperar un modelo de naturalización del sometimiento basado en el rechazo, e inclusive el odio a lo que se excluye, y derivar a lo privado -doméstico o mercado- cuidados y responsabilidades sociales comunes y sociales. Por otro lado aspira a una “sociedad” de individuos en una carrera voraz en competencia entre sí, librados a la “capacidad”, sin solidaridad o amparo frente al que se fragiliza o no encaja. El resultado no puede sino derivar en la ruptura de la gregariedad. Para garantizar la acumulación sin freno debe acabar con las funciones redistributivas, de garantía de derechos sociales y reguladoras de los estados, y fortalecer las coercitivas, fomentando además el conflicto entre pares o equivalentes, capturando lo agresividad en violencia.<sup>4</sup> El proceso tiende así a la fragilización de las redes formales e informales de trama social, incluyendo las fa-



milias. Abundan las indicaciones de “salud mental” que alientan como receta a ocuparse fundamentalmente de sí mismo.

Lo común, lo comunitario, es pensable de otras maneras y formas cuando se corre un poco el pensamiento hegemónico occidentalocéntrico moderno. El “individuo” no es un universal sino un tipo de subjetividad que es llevada a su extremo; los descentramientos permiten reencontrar otras concepciones en otras propuestas de vida, filosofías y tecnologías subalternizadas. Reconozcamos que América Latina no es Occidente. Es una amalgama multifacética de lo originario acallado y sometido, de lo afro arrancado de su tierra por la esclavitud, de migrantes fugitivos de las guerras, el hambre y las persecuciones y también de los traídos por una ambición sin límites ni reparos. La presencia de esta diversidad nos abre posibilidades y nos plantea riesgos.

Las posibilidades se muestran cuando recuperamos, para ampliar y profundizar, la idea fuerza de Derechos Humanos, ese producto paradójico de la modernidad que requiere incorporar la idea de Derechos de la Naturaleza y de la Vida, o el concepto de Buen Vivir, que tiene mucho en común con el “Vivir Sabroso”<sup>5</sup> de origen afro (Quinceno Toro, 2016), y también de diálogos interculturales. Se trata de ampliarlos también a quienes

el mismo modelo de derechos intenta dejar en ese espacio de no-dignidad que es la situación de excepción, así como de recuperar e innovar prácticas de convivencia y de cuidado, dirigidas a recuperar el vínculo hospitalario con el otro y que deben devenir en técnicas y tecnologías diversas.

Los riesgos están en la fragmentación de culturas y reivindicaciones, en el conflicto entre quienes debieran confluir en una gregariedad que no requiera de anular su diversidad, su alteridad. El riesgo es que no se logre un objetivo común *en* la diversidad.

Salud mental es un campo de prácticas sociales y no un tipo particular de salud, y la categoría sufrimiento psíquico es una de las dimensiones de análisis de la complejidad de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado (Stolkiner, 2021). Las tensiones descritas se manifiestan también en este campo. Por un lado por la particular y agudizada producción de sufrimiento en esta época; por otro, por su relación con las políticas públicas y la función de los estados en relación a los derechos, así como de la sociedad y de los movimientos que en ella resistan la corrosión de lo común.

En la Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 se logró en un momento en que hubo una

serie de leyes motorizadas por actores sociales que pusieron en escena y en la agenda social reivindicaciones de ampliación de derechos. Recogió una tradición innovadora del campo de la salud mental en el país que se remontaba a los 60s del siglo pasado y también fue impulsada por la presencia en el escenario de nuevos actores: los organismos de derechos humanos y las organizaciones de usuarios y familiares.

Salud Mental ha demostrado ser no sólo un campo de prácticas sociales, sino un movimiento social que resiste la actual embestida contra la ley. Cuando, a contrapelo de las políticas de desprotección y desamparo, se la implementa en la Provincia de Buenos Aires, por ejemplo, o se mantienen dispositivos de inclusión con mucho esfuerzo, se sostiene una práctica de lo común, de lo comunitario, que forma parte de las muchas corrientes que confluyen a fortalecer la gregariedad. Se trata de *técnicas* fundadas en una idea de ampliación de la democracia formal -que ha mostrado su crisis al subordinarse a la concentración-, a formas más amplias de participación. Se trata de aportar confluyendo con otros movimientos, por ejemplo: los que defienden la salud como derecho y proponen sistemas universales e integrales, al logro de una sociedad donde, como lo plantearon los jóvenes chilenos, “vivir valga la pena”.

## Bibliografía

Almeida Filo, N. y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la Salud Pública y el Movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, (75).

Benjamin, W. (1940). *Tesis sobre Filosofía de la Historia*. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1r2ePyHIMZ3nABclTOTMqDnc2v2RWDFut/view> [Consultada el 02/10/2024]

Coccia, E. (2017). *La vida de las Plantas-Una metafísica de la Mixtura*. Miño y Davila.

Derrida, J. (2008). *Dufourmantelle Anne La Hospitalidad*. Ediciones la Flor.

Eagleton, T. (2007). *Terror Sagrado-La cultura del Terror en la Historia*. Ed. Complutense.

Lago Martínez, S., Gendler, M. y Méndez, A. (2015). “Movilización en el siglo XXI: resistencia y luchas online y offline”. En S. Lago Martínez y N. Correa (comp) *Desafíos y dilemas de la universidad y la ciencia en América Latina y el caribe en el siglo XXI*, Teseo.

Paletha, U. (2023). Gramsci predijo este momento de dominación sin hegemonía. Entrevista, *Portal*

*Electrónico Sin Permiso*. Disponible en: <https://sinpermiso.info/textos/gramsci-predijo-este-momento-de-dominacion-sin-hegemonia-entrevista> [Acceso 08/09/2023]

Quinceno Toro, N. (2016). *Vivir Sabroso-Luchas y Movimientos Afroataqueños en Bojayá, Chocó, Colombia*. Editorial Universidad del Rosario.

Stolkiner, A. (2021). Consideraciones sobre la salud mental desde el pensamiento de la medicina social/Salud Colectiva Latinoamericanas. En A. Stolkiner *Prácticas en Salud Mental*, (pp. 179-196), Noveduc.

Yuk Hui (2020). *Fragmentar el futuro-Ensayos sobre tecnodiversidad*. Caja Negra.

### Notas:

1. El resaltado de técnicas es mío.
2. El autor citado propone como herramienta la “tecnodiversidad” frente a la universalización de la colonización tecnológica occidental.
3. Melanie Klein define la voracidad como: “ un deseo vehemente, impetuoso e insaciable y que excede lo que el sujeto necesita y lo que el objeto es capaz y está dis-

puesto a dar. La finalidad primordial de la voracidad es vaciar por completo”.

4. La agresividad es un componente de la subjetividad, pero no necesariamente deviene en violencia para ello debe capturarse -así como gestionándola como odio e, inclusive, como goce de la crueldad-. Los mecanismos de captura hoy se potencian con la particular forma de socialidad que proveen las tecnologías.

5. Filosofía de vida de origen afro que se puso en escena política en las movilizaciones de Colombia.

# Más allá del negocio inmobiliario: van por otro terreno. Sobre la subasta del Centro N°1 de Salud Mental y otras repeticiones<sup>1</sup>

## ZABALZA, Sergio

Psicoanalista. Doctor en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Ex integrante del dispositivo de hospital de día del Hospital Alvarez.

Contacto: [zabalzasergio@gmail.com](mailto:zabalzasergio@gmail.com)

**Cómo citar:** Zabalza, S. (2024). Más allá del negocio inmobiliario: van por otro terreno. Sobre la subasta del Centro N°1 de Salud Mental y otras repeticiones. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 228-231

El Centro de Salud Mental N°1 “Dr. Hugo Rosarios” es un efector monovalente ubicado en el barrio de Núñez (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina) que ofrece atención psicoterapéutica y psicofarmacológica en forma ambulatoria para niños, adolescentes, adultos, parejas, familias y grupos. El terreno donde se asienta es de Nación. La administración libertaria quiere subastarlo junto con otros cuatrocientos inmuebles. El decreto 950/24 del Poder Ejecutivo Nacional pone en vigencia un anterior decreto firmado durante el gobierno Cambiemita. En agosto de 2016, por medio del decreto 952/2016, el entonces presidente Mauricio Macri había dispuesto la venta por subasta de 17 propiedades consideradas ociosas, entre las cuales se encontraba el Centro de Salud Mental N°1. La inmediata reacción de profesionales, trabajadores y pacientes impidió el intento. Subastar este Centro junto a canchitas de fútbol, predios de la SIDE y hasta un boliche ya era una sobrada muestra de la insensibilidad que desde siempre distinguió a la ideología neoliberal, hoy traves-

tida de anarco libertaria. De esta forma estamos asistiendo a una Repetición cuya naturaleza vale indagar.

Por lo pronto, tal como la comunidad terapéutica del Laura Bonaparte hace unas pocas semanas, hoy le toca a los profesionales, trabajadores y pacientes del Centro N°1 protagonizar la lucha por la preservación de un espacio terapéutico que privilegia el respeto por la palabra, la dignidad subjetiva y el lazo social. Como ya mencionamos, no es la primera vez. Buscan destruir la salud pública y en especial la Salud Mental. Es que para llevar adelante el infame plan que pergeñó esta versión anarco del neoliberalismo se necesitan individuos tristes; deprimidos; atontados y obedientes. Enfermos y solos.

Detrás del negocio inmobiliario, entonces, van por otro terreno. Bien lo dijo la ideóloga de Milei: Margaret Thatcher, no vamos por la economía, vamos por las almas. Desde este punto de vista, la movilización y lucha del Centro Uno es una intervención en la Ciudad. Es la palabra que rescata los cuerpos; el deseo y el acto. Para nombrarlo de una vez: el Corte que denuncia una muy particular repetición.

### **Cuando la Salud Mental es un obstáculo**

Walter Benjamin proponía “pasarle a la historia el cepillo a contrapelo” para así constatar cuánto del pasado está en el presente. Desde este punto de vista, vale recordar que el negocio inmobiliario como zanahoria para destruir la Salud Mental tiene un preciso antecedente con el ataque perpetrado en el Hospital Neuropsiquiátrico José Tiburcio Borda de la Ciudad de Buenos Aires el 26 de abril de 2013. Fecha en que una multitud de policías irrumpieron en el predio para cometer el más desquiciado atropello del cual se tenga memoria a un centro de salud de un estado democrático. Durante horas, pacientes, médicos, psicólogos, terapistas, enfermeros, legisladores y hasta periodistas fueron víctimas de las balas, gases, golpes y bastonazos que las fuerzas dependientes del entonces jefe de gobierno Mauricio Macri -hoy principal apoyo del proyecto libertario- aplicaron con saña demencial.

“Un prosista chino ha observado que el unicornio, en razón misma de lo anómalo que es, ha de pasar inadvertido” decía Jorge Luis Borges en “El pudor de la historia”. Para este caso, si bien el motivo que palpitaba tras semejante barbarie no era otro que el de apoderarse de los terrenos del hospital para así concretar fabulosos negocios inmobiliarios a beneficio de unos pocos,

lo que estaba en juego -y aún lo sigue estando- es otra cuestión. Para la aberrante ideología neoliberal que hoy muestra a cielo abierto sus nefastos propósitos, la salud pública -y en especial la Salud Mental- no solo es un gasto, es un Obstáculo.

Y hay poderosas razones que así lo atestiguan. Hoy los psicoanalistas y otros practicantes de la palabra interrogamos la influencia de las redes sociales; intervenimos sobre las desastrosas consecuencias de la pandemia en los cuerpos púberes; sobre los efectos de la exacerbación individualista; los síntomas derivados de las adicciones *on line*; la pauperización simbólica provocada por los discursos de odio; la inhibición resultante del apego a las pantallas, todos artificios indispensables para hacer de los sujetos esclavos de una satisfacción tan imposible como nefasta. De allí el empeño por eliminar de una u otra forma la práctica de la palabra para así, medicación mediante, acallar el síntoma por donde sin embargo emerge la singularidad subjetiva.

De hecho, para citar tan sólo algunos antecedentes de este artero encono que ya viene desde lejos: además del decreto para subastar el Centro de Salud Mental N° 1 y el ataque al Borda, vaya como ejemplo la drástica reducción de residentes y concurrentes en psicología; los intentos de restauración de la lógica manicomial con

la consecuente desestimación del criterio interdisciplinar; la transgresión a la ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires; el intento de modificar con un decreto del P.E. la ley 26687 de Salud Mental votada por el Congreso Nacional, y muchos atropellos más que son muestras de que las balas, los gases, los golpes y los bastonazos del 26 de abril de 2013 formaron parte del agravio a la dignidad subjetiva que la ultraderecha -hoy de manera desembozada- aplica a nivel nacional y pretende continuar. Una prueba de que sólo con la mórbida aquiescencia de las personas se puede lograr que un discurso canalla se perpetúe en el poder.

Lo que está en juego es la repetición propia de una mortífera modalidad de satisfacción, cuyo nudo reside en la apetencia por ganancias que no tienen correlato referencial alguno más que una ilusión plasmada en papelititos; títulos; bonos; y otras fantasías entrampadas en una rueda que no admite corte ni pausa. Eso que Lacan describió con “el objeto a en el cenit social”.

Para más datos, revisar la estafa piramidal de San Pedro, preciso lugar de acción de las Fuerzas del Cielo, si los hay. Y si no, tomar nota de la actual fiesta financiera que hoy transcurre en nuestro país mientras un millón de pibes se van a dormir sin cenar. La misma máquina desvariada por la cual la economía del planeta

reposa sobre una deuda multi- trillonaria cuyo correlato es una pasmosa desigualdad.

Ante esta repetición desquiciada, el acto psicoanalítico se constituye como la maniobra que habilita a un sujeto para apropiarse de su decir. Esto es: consentir la pérdida de las vanas ilusiones individualistas para así integrarse en el lazo social a partir del respeto a la propia singularidad.

Que la dura y actual circunstancia nos sirva para estar a la altura de esos pibes y pibas bailando en la estación Once. De los miles que toman universidades. De los jubilados enfrentando a la policía. Del orgullo de los discursos de la diversidad sexual. De los trabajadores que luchan por su salario. De los artistas y la preservación de nuestros bienes culturales. Y de los profesionales; trabajadores y pacientes de los hospitales y centros de Salud Mental. Para volver. Y para volver con los mejores. Con los mejores.

### Notas

1. Texto redactado a solicitud de los colegas del Centro N°1 como colaboración a la jornada del miércoles 6 de noviembre contra el intento de subasta decretado por el gobierno nacional.





# No se transforma lo que se naturaliza

**SÁNCHEZ, Sebastián.**

Vientos de Libertad.

Contacto: [sebarrsanchez@gmail.com](mailto:sebarrsanchez@gmail.com)

**Cómo citar:** Sánchez, S. (2024). No se transforma lo que se naturaliza. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 232-237

## La relación con el cuidado y con la salud se establece en función de los contextos

El sector al que llamamos de la economía popular no es solo una manera de organizarse ante la falta de trabajo formal, también se trata de inventar sus propios trabajos para poder vivir dignamente en un contexto donde la oferta laboral no es para todos. Pero la economía popular no solo salió a inventarse un trabajo, sino que también salió a buscar la manera de organizarse ante las faltas que había en cada territorio, ante ausencia de políticas públicas y del estado. De esta forma, es como nacen dentro de nuestros barrios iniciativas que, a lo largo del tiempo, se les fueron poniendo nombres como “salud comunitaria” o “salud popular”.

Es real que la solución o acompañamientos de determinadas situaciones relacionadas a la salud deberían llegar como respuesta de parte del estado, pero ¿qué se hace si eso no sucede? O ¿qué se hace mientras se lucha



por políticas públicas para que eso pase? Nuestro sector descubrió que mientras las cosas *van a suceder* no hay que esperar si no lo opuesto: accionar.

Pensar la salud desde un posicionamiento de clase es importante para entender cómo los contextos son determinantes en muchas situaciones. No es la idea caer en reduccionismos de la realidad, si no poder expresar una idea que tiene que ver con el nacimiento de políticas públicas desde los sectores más pobres de nuestro país y con un sector organizándose para acompañar situaciones que, para muchos, pueden ser impensadas.

Muchas veces escuchamos hablar a personas que desde su moral plantean *cómo nos cuesta el cuidado a quienes venimos de barrios populares o el poco registro que tenemos de nuestra salud o nuestro cuerpo*. El reduccionismo más grande que podemos hacer es dejar todo librado a la individualidad de las personas, como si no hubiera contextos determinantes que condicionan nuestra manera de ver el mundo.

Para quien no tuvo una sala cerca o condiciones básicas de vida dentro de su hogar o de su barrio, seguramente sus prioridades sean otras, muy diferentes a las de una persona que tuvo algunos privilegios en la vida, como una vivienda digna, una familia o una prepaga.

La relación con el cuidado y con la salud se establece en función de los contextos. Todo esquema se puede romper y la transformación siempre va a ser nuestra bandera, pero es importante señalar las diferencias de un sector y otros a la hora de nacer, vivir, desarrollarse y armar un proyecto de vida.

### **El poder de la comunidad organizada**

Hay muchos antecedentes del poder de transformación de los pueblos y de las comunidades pequeñas cuando se organizan ante determinados problemas y, por sobre todo, ante la falta de respuestas del estado de turno. El 2001 nos enseñó a muchos el valor de lo comunitario, en donde cada vecino y cada vecina acercaba un paquete de arroz o de lo que tenía para la olla que se armaba en la esquina, para todos y todas. Al calor de esa época aprendimos el valor y la importancia de la comunidad organizada y de luchar por cuestiones básicas como comida, trabajo, un pedazo de tierra, salud y educación.

Comedores, merenderos, cooperativas de trabajo, iniciativas nacidas desde el territorio para el territorio, y llevadas adelante por los protagonistas, que son quienes mejor pueden explicar a cualquier compañero o compañera los problemas, porque ellos son los que

están y viven cada día en los barrios. Hay un error muy grande en creer que las políticas públicas se pueden pensar desde afuera para adentro: solo desde adentro, con acompañamiento del Estado, es donde se puede tener un criterio de realidad mayor y el impacto de la política puede ser más efectivo. Hay muchos casos que se me vienen a la cabeza, como el de la SISU (Secretaría de Integración Socio Urbana) llevada adelante por Fernanda Miño, una compañera que vive en la Cava, un barrio popular de la zona norte del conurbano bonaerense. Pudo pensar, desarrollar y ejecutar una política de urbanización para muchos barrios populares de nuestro país que tuvo resultados espectaculares, porque fue pensada desde adentro para que se desarrolle en los barrios populares. Otro ejemplo, y es el que nos va a llevar más desarrollo, es el de los centros barriales o centros comunitarios que surgen ante el avance de la narco estructura, la pobreza y las pocas posibilidades de un proyecto de vida a través de la década del 90... misma situación que estamos atravesando hoy en nuestros territorios.

### **Narco estructura y acompañamientos en consumos o adicciones**

Los acompañamientos con respecto a las problemáticas de consumos o adicciones, como dicen nuestros

compas en el barrio (aunque los teóricos se enojen por usar esta palabra y prefieran usar consumos problemáticos), siempre se dieron de manera muy artesanal y desde el lugar, con las herramientas que podíamos en donde nos tocaba estar. Es importante hablar en el mismo lenguaje que nuestros compañeros: hay mucho para aprender, poco para enseñar.

A fines de los 80 y principios de los 90, vimos fenómenos importantes a la hora de hablar de adicciones o problemáticas de los consumos. El primero fue el establecimiento de las condiciones en nuestro país para el desarrollo de lo que pasamos a llamar narco estructura. La narco estructura es *igual a* cartel de drogas, poder político, fuerzas federales y locales, y ausencia de políticas públicas. Sin estas cuatro condiciones, en ningún país de Latinoamérica podría haberse desarrollado.

Si bien hasta en algunos casos lo hace en territorios militarizados como lo es Brasil, Colombia y hoy podríamos hablar de La Matanza y Rosario (Argentina), ahora quiero hablar de Argentina. Las políticas neoliberales de los 90 no fueron tan beneficiosas para nuestro país, y el saldo de pobreza, desigualdad y crisis económica generaron las mejores condiciones para que el negocio de la droga se pueda ejecutar en el territorio.

Al contexto mencionado, nosotros lo empezamos a sentir en carne propia con nuestros amigos, con nuestras familias y con nosotros mismos. Ante la falta de todo, volar un rato era una gran opción.

El crecimiento del consumo desde principios de los 90s al 2001 fue ascendente porque, como conejillos de laboratorio, muchos de nosotros veíamos cómo en nuestros barrios no había una sala de salud, pero si había tres transas... y no solo eso, sino que en la esquina había un patrullero cuidando que nadie arruine el negocio. Ante el crecimiento del consumo de drogas las respuestas claramente fueron muy pocas: es muy raro que el verdugo que condena te quiera salvar al mismo tiempo. No había muchas opciones para los sectores populares de poder acceder a un tratamiento.

Pero como suele pasar, el sector privado -ni lerdos ni perezosos- dieron nacimiento a las comunidades terapéuticas. Tomaron modelos de otros países para replicar, como el Programa Minnesota, en donde el consumo estaba en el centro de los tratamientos y se dejaba por fuera el contexto y la persona.

Desde los 90s hasta esta parte, en muchas de estas instituciones no solamente se dedicaron a hacer del problema una fuente de ingreso económico a través de

las obras sociales, privados y el Estado, sino que también se encargaron de deshumanizar a cada pibe y cada piba. Utilizando métodos de castigos como el confronto (poner a dos personas frente a frente con las manos atrás gritándose en la cara) o la chiquilipieza (limpiar con un cepillo de dientes un salón gigante). El método era clarísimo: castigo y violencia para las personas no reconocidas como sujetos de derecho. Hemos escuchado frases y sentidos comunes como que *el adicto es mentiroso, manipulador, violento y que debe sufrir para entender que debe dejar la droga*. Y que si no deja la droga es porque *no le importa su familia o es un enfermo para toda la vida*, entre otras.

### **Un método político terapéutico**

En contraposición con estos posicionamientos de las comunidades terapéuticas y al modelo médico hegemónico, nació nuestro método político terapéutico, acompañado de la integralidad a la hora de pensar los abordajes. Este nacimiento se da parándose en lugares fundamentales para el desarrollo de nuestro método: la humanización del sujeto, la persona como sujeto de derecho, el contexto social, económico y político.

Estos aspectos mencionados anteriormente son determinantes porque se dieron a un nuevo paradigma

en términos de pensar procesos, acompañamientos y abordajes. Nuestros abordajes fueron ninguneados durante muchos años por determinados sectores. Nos decían cosas como que éramos un voluntariado, siempre tratando de bajarle el precio y sacarle profesionalismo a nuestra manera de trabajar, abordar y acompañar. Desde los barrios populares lo único que veíamos era que las teorías que llegaban poco nos representaban. Mucho iluminado pero poco trabajo concreto en el territorio.

El trabajo en el territorio que ejecutamos a través de las organizaciones sociales, con avances y retrocesos, nos fue dando como saldo una forma de trabajo comunitario que daba resultados en cada caso que nos iba llegando. Y es así como pudimos desarrollar un método político terapéutico y un plan de acción territorial que tiene que ver con la construcción centrada en el poder de lo comunitario, poniendo en el centro a cada pibe y a cada piba, reconociéndolos como sujetos de derechos,

Hablar de humanizar parece sencillo, pero entendemos que fue y es una gran dificultad para muchas instituciones que ven que es necesario generar distancia, no abrazar y no involucrarse, como estandarte y posicionamiento de muchos. Estamos parados en la vereda del frente de todas estas teorías y de todos estos posicionamientos fríos a la hora del trabajo con otros y otras.

Desde nuestra vereda acompañamos, construimos y nos involucramos con cada compañero, porque para nosotros son compañeros, en lo que les toque atravesar en la vida, sin naturalizar la pobreza, la droga, la calle, la prisión y cada una de las vulneraciones posibles.

Acompañar desde nuestro método implica tener una perspectiva de transformación no solo de lo colectivo sino también de lo individual. No se transforma lo que se naturaliza. Por eso nuestro método político terapéutico está acompañado de un posicionamiento claro que lo llamamos la tercera posición. En este sentido, a la disputa teórica entre abstencionistas y reduccionistas de riesgos y daños, nosotros la hemos sabido superar muy bien parándonos por sobre las teorías y construyendo a través de la escucha activa ante lo que el otro o la otra necesita, no sobre lo que cada uno piensa que es mejor.

El 4 de junio cumplimos 20 años de trabajo y de debate constante sobre nuestras prácticas y abordajes. Nos parece fundamental ir cambiando e ir moldeando nuestras prácticas, porque la sociedad va cambiando y no podemos los y las que trabajamos en salud comunitaria trabajar diez años de la misma forma... Si no cuestionamos las propias prácticas, estaríamos respondiendo a al mismo patrón que ya tienen muchas instituciones.

Cuestionarnos a través de lo que nos va llegando y dejarnos moldear por el contexto es un determinante de nuestra práctica cotidiana. Y es así como llevamos adelante nuestro trabajo.



# Reseña del libro “Locura y transformación social. Autobiografía de la reforma psiquiátrica en Brasil” de Paulo Amarante, publicado en Colección Doctorado en Salud Mental Comunitaria, EDUNLA Editorial

## TECHERA, Andrés.

Profesor Adjunto del Programa APEX de la Universidad de la República de Uruguay. Coordinador de la Unidad Académica Temática: Estrategias de Salud en Territorio de APEX. Doctorando en Salud Mental Comunitaria de UNLA. Investigador en el Campo de la Salud Mental y los Derechos Humanos.

Contacto: [andres.techera@apex.edu.uy](mailto:andres.techera@apex.edu.uy)

## BARCALA, Alejandra.

**Cómo citar:** Techera, A. y Barcala, A. (2024). Reseña del libro “Locura y transformación social. Autobiografía de la reforma psiquiátrica en Brasil” de Paulo Amarante, publicado en Colección Doctorado en Salud Mental Comunitaria, EDUNLA Editorial. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 238-244

Esta edición de *Locura y transformación social. Autobiografía de la reforma Psiquiátrica en Brasil*, obra de Paulo Amarante, es resultado de la cooperación y la amistad entre el Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, el Laboratorio de Investigación y Atención Psicosocial (LAPS) de la Fundación Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) de Brasil y el Programa APEX de la Universidad de la República de Uruguay.

En su obra, Paulo Amarante narra en primera persona los hitos fundamentales que han marcado la historia y el desarrollo del proceso de reforma psiquiátrica en Brasil. A lo largo del texto se evidencia que esta transformación ha sido impulsada por un amplio espectro de organizaciones que incluyen sindicatos, asociaciones profesionales y académicas, así como grupos de usuarios y sus familias. Esta diversidad de colectivos se ha movilizad, tanto por la superación del modelo



manicomial en el ámbito de la salud mental como por la defensa de los derechos humanos, la justicia social y la oposición a diversas formas de violencia social e institucional.

En la década de 1970, en un contexto de dictadura, Brasil experimenta el surgimiento de un importante movimiento social que impulsa la restauración de la democracia. Durante este tiempo de lucha por los derechos y la justicia social, el sector de la salud se convierte en un eje clave para las organizaciones sociales. Se denuncia y se resiste al retroceso y desmantelamiento de las políticas de salud, el abrupto deterioro de los servicios de atención públicos, así como al avance de la mercantilización de la salud y la enfermedad.

En este contexto emergen actores sociales significativos como el Centro Brasileño de Estudios de la Salud (CEBES) que, bajo el liderazgo de jóvenes profesionales, se convierte en un referente ético, político y académico. Uno de sus principales aportes es la elaboración de un documento inicial que serviría como fundamento para el futuro Sistema Único de Salud (SUS), consagrado en la Constitución de 1988.

El libro se estructura en cinco capítulos que exploran diversas facetas del proceso de reforma. El autor

ofrece un recorrido que refleja la multiplicidad de actores involucrados, así como el surgimiento y la consolidación de organizaciones que han sido fundamentales en este proceso. Amarante considera la reforma psiquiátrica como un proceso social complejo que analiza y organiza en torno a cuatro macro-dimensiones interdependientes: la dimensión teórico-conceptual, la jurídica-política, la técnica-asistencial y la sociocultural.

Un aspecto fundamental radica en la percepción que la sociedad tiene sobre ciertos colectivos, a menudo etiquetados como minoritarios, que enfrentan significativas cargas relacionadas con prejuicios, estigmas y exclusión. La dimensión sociocultural examina y desafía estas percepciones, promoviendo una nueva cultura en torno a las relaciones sociales y la convivencia. Mediante diversas estrategias, el proceso de Reforma Psiquiátrica busca fomentar en la cultura una mayor comprensión y valoración de la diversidad humana. La inclusión de nuevos actores en la vida cultural y artística enriquece a la sociedad con nuevas producciones artísticas, productivas y culturales.

En el primer capítulo, titulado "Las dimensiones de la reforma psiquiátrica como proceso social complejo", el autor nos invita a emprender un recorrido que inicia en la dimensión teórico-conceptual, enfocándose en la

necesidad de debatir el conocimiento psiquiátrico. Se busca desnaturalizar e interrogar conceptos y prácticas que se establecen como verdades en los ámbitos académico, profesional y social. En este contexto se propone una reflexión crítica sobre el conocimiento y las prácticas psiquiátricas con el objetivo de desarrollar enfoques más alineados con el paradigma de los derechos humanos. Siguiendo la tradición basagliana, (Basaglia, F., 1970) se propone suspender o "poner entre paréntesis" los conceptos psiquiátricos, dirigiendo la atención hacia las personas y sus necesidades concretas — asistencia, empleo, vivienda, educación, entre otras—. Esto supone invertir la lógica histórica de la psiquiatría tradicional, donde era la persona la que quedaba entre paréntesis para centrarse en el diagnóstico. Al priorizar la realidad de los sujetos y sus derechos, se cuestiona la función de la psiquiatría como mera administradora de categorías y se apuesta por un enfoque que reivindique la dignidad y subjetividad de cada persona. Así, según el autor, quien era considerado "paciente" se transforma en un sujeto protagónico en su proceso hacia una mayor autonomía y emancipación.

La dimensión técnico-asistencial se ve influenciada por la dimensión teórico-conceptual; como resultado de las reflexiones y nuevas producciones se generan planes para la creación de nuevas estructuras asistencia-

les, así como la definición del tipo y modelo de atención que responda a las diversas demandas de tratamiento. Desde esta perspectiva se redefine el rol profesional de los técnicos, pasando de un enfoque individual y disciplinario a un trabajo colaborativo en equipos interdisciplinarios. Uno de los ejes centrales del proceso de reforma radica en la crítica al modelo manicomial y a la medicalización de la vida, así como a la mercantilización de los procesos de salud y enfermedad promovida por corporaciones de profesionales y la industria farmacológica.

En lo que respecta a la dimensión jurídico-política, el autor sostiene que las lógicas manicomiales limitan el ejercicio de los derechos de las personas institucionalizadas, ya que la ley las considera inimputables, peligrosas, incapaces o irresponsables. Esta categorización las priva de la capacidad para gestionar sus bienes e incluso su propia vida. Los sistemas legales, especialmente en la región, están impregnados de normas, reglamentos, códigos y leyes que perpetúan esta situación, lo que hace necesario profundizar en el concepto de armonización normativa. Esto implica adaptar el sistema de justicia a prerrogativas y estándares más contemporáneos y respetuosos de los derechos humanos. El paradigma de la Reforma Psiquiátrica promueve la noción de sujetos de derechos, ciudadanía, emancipación y participación social.



La dimensión sociocultural refiere a "la producción de un nuevo lugar social para la locura y el sufrimiento psíquico", y busca desafiar las representaciones del imaginario social construidas a partir de preconceptos derivados de estándares científicos y de la cultura hegemónica. A lo largo del proceso de reforma se trabaja en la construcción y promoción de nuevas relaciones sociales con personas diagnosticadas con patologías mentales o que pertenecen a otros colectivos discriminados, deconstruyendo valores y creencias que son excluyentes y estigmatizantes. En este contexto, el proceso de reforma se fundamenta en tres pilares esenciales: la participación social y política, las iniciativas de trabajo y cooperativismo, y el desarrollo de proyectos artísticos y culturales.

En el segundo capítulo, titulado "¡La 'Industria de la Locura' es denunciada! El nacimiento de la reforma psiquiátrica brasileña", Amarante examina minuciosamente el surgimiento y la evolución del movimiento de la Reforma Psiquiátrica. Desde la crisis histórica de la División Nacional de Salud Mental (DINSAM) en los años setenta, que propició el surgimiento del Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental (MTSM), hasta el establecimiento de importantes organizaciones de usuarios y familiares, como la Sociedad de Servicios Generales de Integración por el Trabajo (SOSINTRA),

así como de profesionales, como el CEBES, la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO) y la Asociación Brasileña de Salud Mental (ABRASME), entre tantas otras.

Desde la década de 1980 se observa un aumento progresivo en el número de eventos organizados a lo largo de Brasil, inicialmente promovidos por el MTSM, que se dedicó a mantener activa una agenda de debates y acciones políticas. Con el tiempo se sumaron encuentros, conferencias y congresos que involucraron a profesionales, sindicatos, académicos, así como a usuarios y sus familias, lo que dio lugar a una agenda repleta de iniciativas fructíferas. Además, se establecieron los primeros cursos de formación superior para profesionales en el ámbito de la Escuela Nacional de Salud Pública de FIOCRUZ.

En este contexto, durante el II Congreso Nacional del MTSM se retoma el lema "Por una Sociedad sin Manicomios", que fue acuñado en los Congresos Internacionales de la Red de Alternativas a la Psiquiatría (Réseau). Como resultado de la síntesis de intensos debates y acuerdos alcanzados durante el Congreso, se redactó el "Manifiesto de Bauru", en el que se establecieron rupturas fundamentales. Entre estas, se incluye la apertura del congreso a la participación de usuarios,

familiares y activistas de diversas organizaciones sociales, anteriormente restringida a profesionales; otra de las rupturas se relaciona con la implementación de estrategias para el cambio social, especialmente en la forma de concebir la locura, el sufrimiento psíquico y la diversidad.

Otro aspecto que el autor resalta de este período es el surgimiento de nuevos servicios de atención psicosocial, siendo un hito la creación del primer Centro de Atención Psicosocial (CAPS), inaugurado en 1987 en la ciudad de São Paulo. De manera progresiva, a medida que se avanzaba en el desmantelamiento de las estructuras asilares, se fue desarrollando una red de dispositivos alternativos para facilitar la deshospitalización.

Para 1988 se concreta el desarrollo del Sistema Único de Salud (SUS), lo que implicó avances e innovaciones significativas en el ámbito de las políticas públicas de salud. Este sistema garantiza la participación, el acceso universal y establece la salud como un derecho que debe ser preservado y garantizado por el Estado. La red se compuso de los CAPS y se establecieron los Núcleos de Atención Psicosocial (NAPS), que tienen como eje central "la deconstrucción del manicomio", dando lugar a un nuevo proyecto de salud mental que no segrega, no excluye y no cronifica. Además, se implementaron

servicios de atención integral básica, hospitales de día, salas en hospitales generales, así como los Centros Sociales Cooperativos y de Convivencia (CECCos), los Centros de Apoyo a la Salud Familiar (NASF), la Clínica de la Calle (CnaR), y Programas de Residencias Transitorias, entre otros.

Durante la década de 1990 Brasil experimentó numerosas modificaciones normativas, así como la promulgación de importantes ordenanzas y leyes a nivel nacional y estatal, que establecieron un marco jurídico y político que fortalecería el proceso de reforma. En la primera década del 2000 se alcanza un hito significativo con la aprobación de la Ley 10.216 de "Reforma Psiquiátrica", que fue discutida y negociada a nivel parlamentario durante más de diez años. Al mismo tiempo, se incrementa la participación social y se crean miles de cooperativas de trabajo, así como proyectos artísticos y culturales en todo el país.

Entre 2011 y 2013, se estableció la Red de Atención Psicosocial (RAPS), que se convirtió en un referente clave para la política nacional de salud mental. Esta iniciativa permitió revitalizar los diversos componentes de la red y optimizar su desarrollo territorial, facilitando el acceso a recursos de atención y cuidado para millones de usuarios.

Desde sus inicios el proceso de reforma en Brasil logró el cierre de miles de camas psiquiátricas. Diversas medidas institucionales facilitaron la reducción de plazas asilares y el gradual despliegue de alternativas para la vida en comunidad. Uno de los programas más emblemáticos fue el llamado "De vuelta a casa", adoptado por Ley en 2003, que permitió ofrecer apoyo económico y psicosocial a miles de personas. Asimismo, se implementaron programas de vivienda y residencias para respaldar el proceso de desinstitucionalización.

A finales de la década de 1970 y principios de 1980 se contabilizaban alrededor de ochenta mil camas psiquiátricas en todo el país, aunque estas cifras son relativas debido a las dificultades en el registro y el acceso a las mismas. Para 2006 se registraron un total de 40.942 camas en 228 hospitales. En 2012 esta cifra se redujo a 29.958, y para 2015 quedaban aproximadamente 25.988 distribuidas en 167 hospitales. Esto significa que a lo largo de 30 años de reforma se logró una disminución de más de 60 mil camas psiquiátricas.

El capítulo tres, titulado "La dimensión sociocultural: experiencias concretas de producción de un nuevo lugar social para la locura y el sufrimiento psíquico", Amarante examina el papel fundamental que desempeñaron las organizaciones sociales durante el proceso de

reforma. Desde el primer congreso en Bauru en 1987, organizado por el MTSM, hasta el primer Encuentro Nacional de Usuarios y Familiares en 1991, y la posterior consolidación del Movimiento Nacional de Lucha Antimanicomial.

En el capítulo cuatro, titulado "La dimensión sociocultural en el trabajo, la generación de ingresos y la economía solidaria", el autor sostiene que se vivieron cuatro décadas de profundas transformaciones en el ámbito de la salud mental y la atención psicosocial. Se cerraron miles de camas en instituciones manicomiales, que eran responsables de prácticas sistémicas de violencia, mortalidad y exclusión. Miles de personas lograron resignificar sus vidas, redescubrirse y participar en colectivos dedicados al apoyo mutuo, el arte y la cultura, el trabajo, la vivienda, la vida comunitaria y muchas otras oportunidades. El proceso de Reforma Psiquiátrica en Brasil produjo repercusiones y transformaciones significativas en los ámbitos de la ciudadanía, la emancipación, la autonomía, los derechos, el protagonismo y las libertades.

Finalmente, el capítulo cinco, titulado "Consideraciones y comentarios finales: ¿Contrarreforma sanitaria y psiquiátrica o desmantelamiento del Estado de Derecho en Brasil?", examina tanto los avances y logros

conseguidos por la reforma como las dificultades y los riesgos asociados a la influencia de las corrientes políticas e ideológicas de las autoridades estatales. Se hace hincapié en el impacto de las grandes corporaciones profesionales y de la industria, que impulsan la "contrarreforma" y el desmantelamiento de las políticas de atención y cuidado en salud mental.

El autor enfatiza y nos advierte que el objetivo principal de la reforma no debe restringirse -únicamente- a la humanización de las instituciones psiquiátricas, a la modernización de la psiquiatría ni a la optimización del sistema y los equipos asistenciales. En cambio, el propósito fundamental debe ser reconstruir las relaciones entre la sociedad y la locura o el sufrimiento psíquico, así como con las personas que se encuentran en situaciones de diversidad y vulnerabilidad.

La experiencia brasileña, accesible a través de la trayectoria de Paulo Amarante, se erige como un faro de esperanza e inspiración para las organizaciones e instituciones de nuestra región. Invitamos a todos y todas a leer este valioso libro y unir esfuerzos para construir juntos una "América Latina sin Manicomios".

### Bibliografía

Amarante, P. (2023). *Locura y Transformación So-*

*cial. Autobiografía de la Reforma Psiquiátrica en Brasil.* EDUNLA

Basaglia, F. (1970). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico.* Barral



# Procesos de atención y cuidado en el campo de la salud mental de infancias en contextos migratorios regionales: un análisis de los discursos de familias migrantes latinoamericanas y de profesionales de la salud mental del sector público estatal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**POVERENE, Laura.**

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Problemáticas sociales Juveniles, Universidad de Buenos Aires (UBA). Doctora en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Co-coordinadora del GT "Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental", Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Investigadora docente. Trabajadora de la salud mental.

Contacto: [laurapoverene@gmail.com](mailto:laurapoverene@gmail.com)

Presentación de Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria - Año de defensa: 2024

**Cómo citar:** Poverene, L. (2024). Procesos de atención y cuidado en el campo de la salud mental de infancias en contextos migratorios regionales: un análisis de los discursos de familias migrantes latinoamericanas y de profesionales de la salud mental del sector público estatal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 245-253

**Introducción (personal) que antecede a la introducción (formal) que vendrá**

*Levantar el papel donde escribimos  
y revisar mejor debajo.  
Levantar cada palabra que encontramos  
y examinar mejor debajo (...)  
Y si miramos bien  
siempre hallaremos otra huella.  
No servirá para poner el pie  
ni para aposentar el pensamiento  
pero ella nos probará  
que alguien más ha pasado por aquí*

Roberto Juarroz (1958)

Nuestros escritos conservan marcas de manuscritos previos que, pese a haber podido ser omitidos, atesoran los albores que alumbraron la historia naciente.

Mediante la lógica del palimpsesto, resulta sustancial examinar y des/cubrir las huellas que, pese al transcurso del tiempo, continúan ejercitando su presencia ineludible y probando quiénes hemos pasado por allí.

Desde la propuesta ética y epistemológica que introduce el concepto de *reflexividad*, deviene ineludible echar luz sobre aquellas marcas-causas que movilizaron el interés por las temáticas que elegimos abordar. En mi caso, fue la intersección entre la salud mental y las infancias en contextos migratorios.

Las influencias disciplinares como psicóloga, mis inserciones laborales (tanto en organizaciones de la sociedad civil trabajando con personas migrantes y refugiadas, como en equipos de salud mental infanto-juvenil de Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [CABA], a los que acudían numerosas infancias provenientes de países limítrofes), las características que cobró mi socialización científica en el campo interdisciplinar, e incluso, las experiencias migratorias que atravesaron la propia historia familiar,

modelaron mi matriz de comprensión de la realidad (Marradi, Archenti y Piovani, 2007).

Todas esas vivencias animaron (y utilizo aquella palabra en su sentido más mágico, quiero decir con esto: otorgaron alma) el interés por dedicarme a la indagación de la temática seleccionada, y el prisma caleidoscópico para abordarla.

A su vez, otra invaluable marca ha sido que la investigación doctoral fuera posibilitada por el financiamiento de una Beca de Interna Doctoral CONICET 2016/2022, con sede de trabajo en el Centro de Salud Mental “Mauricio Goldenberg” del Departamento de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, contando con la atenta dirección de la Dra. Alejandra Barcala y co-dirección del Dr. Mario Pecheny. Fue Alejandra Barcala quien, con infinita confianza y generosidad, me instó a presentar un proyecto para postularme como becaria de investigación de Maestría (UBACyT) y Doctorado (CONICET - UNLa), propiciando mi trayectoria en el ámbito de la producción de conocimientos. A ella, mis más sentidos agradecimientos por haber sido faro, trampolín y refugio en tantos momentos durante este camino recorrido.

### **Introducción (formal) que procede a la introducción (personal)**

Si bien la historia de la humanidad ha sido caracterizada por los desplazamientos territoriales, los fenómenos migratorios se han incrementado a partir de las crecientes desigualdades, la globalización, las consecuencias del cambio climático y de la degradación ambiental, la proliferación de violencias y la agudización de crisis, tanto económicas como políticas (Brickell y Datta, 2011). En la era de las migraciones (Castles, Miller y Quiroz, 2004), personas provenientes de diversos países, orígenes étnicos, clases sociales y edades modifican sus lugares de residencia a través del planisferio entero.

La cantidad de personas migrantes internacionales ha crecido en los últimos 50 años y su proporción en la población mundial también aumentó. Distintos estudios comenzaron a dar cuenta de la importancia numérica cada vez más marcada de niños y niñas migrantes a nivel global y regional, aumentando sus valores absolutos (Álvarez Velasco y Glockner, 2018; Cerrutti y Binstock, 2012; OIM, 2020; UNLa, 2010). A su vez, aquellas cifras se engrosarían exponencialmente si se tomara en consideración los diversos modos en los que las infancias y adolescencias pueden verse afectadas por dichos

desplazamientos a través de las fronteras (Ceriani Cernadas et al., 2014; Cerrutti y Binstock, 2012; UNICEF, 2011), cuestionando aquella hegemonía adultocéntrica que había permeado a los estudios migratorios y colaborado en la omisión de las experiencias de movilidad humana de niñas y niños.

Si bien la migración puede ser auspiciosa y una manifestación de la capacidad de respuesta ante exclusiones e inequidades, particularmente para las infancias y adolescencias, la misma puede implicar la exposición a distintos tipos de violencias sexuales y/o físicas, peligros para la vida, controles fronterizos basados en enfoques securitarios y vulneraciones de derechos (OIM, 2020). A su vez, existen diversos factores que relacionan las afectaciones a la salud mental de las infancias y las fases de la migración (Kirmayer et al., 2011).

Dado que la salud mental no se trata de una entidad de naturaleza intrapsíquica que acontece en sujetos ahistóricos, sino que es resultante de determinantes sociales y forma parte del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado a partir del cual el sujeto se constituye e instituye, deviene central avizorar cómo las condiciones adversas de existencia de las infancias en contextos migratorios pueden predisponer a la emergencia de manifestaciones de sufrimiento psíquico –esta noción



permitiría reconocer diversas situaciones de afectación a la salud mental y evitar patologizar conflictos de la vida cotidiana o de las interrelaciones sociales (Augsburger, 2002) –.

### **Aspectos medulares de la tesis doctoral**

Esta investigación aborda el entrecruzamiento entre el campo de la salud mental, las infancias y las migraciones regionales, a partir del entramado de desarrollos teóricos que versan sobre las temáticas de interés, los marcos normativos implicados y las perspectivas tanto de profesionales de la salud mental del sector público estatal como de familias migrantes latinoamericanas que residen en CABA (Argentina).

La tesis está orientada a analizar los procesos de atención y cuidado en salud mental infantil en contextos de migración y comprender los modos en los que se construye la categoría de “problemas de salud mental” para nominar las afectaciones o situaciones conflictivas atravesadas por aquellas niñas y niños. Para ello se exploran itinerarios terapéuticos, se identifican valoraciones respecto a las experiencias vivenciadas por las familias migrantes en el sistema de salud, y sus consideraciones para la implementación de un enfoque intercultural en la atención, se caracterizan las concep-

ciones de las o los profesionales tratantes en torno a las condiciones de producción de sufrimiento psíquico, y los abordajes utilizados con las infancias en contextos de migración, así como se describen las participaciones de otros actores sociales e instituciones, más allá de los provenientes del sector salud.

Las personas usuarias de los servicios de salud no son objetos de atención sino sujetos de conocimiento, aunque en el sistema formal no siempre se valoren sus propios mapas de cuidado como estrategias que permitan co-gestionar sus padecimientos.

Si se considerara que los conflictos que aquejan a las personas tienen una causación intrapsíquica que requiere solamente de un abordaje mediante los dispositivos “psi” –lo que desplazaría la conflictiva social a un plano de responsabilidad individual–, aquello podría devenir como una manifestación de los fenómenos de la psicologización (Fernández, 2003; Sennett, 1978; Álvarez Uría, 2011). De este modo, en vez de modificarse las circunstancias adversas de estas infancias para mitigar su sufrimiento, las respuestas institucionales dirigidas a las mismas colaborarían en los procesos de patologización y medicalización de su sufrimiento psíquico. Dicha patologización implicaría el etiquetamiento de aquellas reacciones o comportamientos que



han emergido del dolor como si las mismas fueran una enfermedad (Alegre, 2017), y la exclusión de las múltiples dimensiones inherentes a las problemáticas de salud y enfermedad (Korinfeld, 2017).

La tesis partió de algunos supuestos, en los que se presumía que las familias migrantes latinoamericanas poseen sus propios saberes y posibilidades de desarrollar estrategias frente al sufrimiento psíquico infantil, dando cuenta que no hay un monopolio ni único propietario del conocimiento en torno al padecimiento mental. Otro supuesto era que la estigmatización de los niños y niñas de familias en contextos migratorios aumentaría su posibilidad de recibir derivaciones a los servicios de salud mental desde las instituciones educativas, lo que reforzaría los procesos de patologización de la niñez migrante y la medicalización de la vida.

La perspectiva teórica utilizada en la investigación aborda referencias conceptuales provenientes de diversos campos del conocimiento, dentro de los cuales se destacan la psicología, antropología, sociología, filosofía y salud colectiva. Todos ellos han aportado nodos cruciales, cuyo trazado demarcó un recorrido epistémico singular signado por una perspectiva de salud mental comunitaria y el enfoque de derechos.

Igualmente, la tesis se propone alojar en su seno a diversos saberes, no sólo incluyendo a aquellos provenientes de las universidades sino también a los que poseen los conjuntos sociales. Pese a que han comenzado a desarrollarse trabajos que proponen estudiar los efectos de las migraciones en la salud mental de las personas, los mismos suelen estar orientados a personas adultas y estar planteados desde miradas disciplinares psicológicas o psiquiátricas que no incluyen las perspectivas de las personas en situación de movilidad. En ese sentido, la relevancia teórica está dada por el intento de alojar en su seno a diversos saberes, incluyendo tanto a los expertos como aquellos que fueron históricamente sometidos (Foucault, 1978) o considerados como profanos (Correa-Urquiza, 2012).

Se utilizó un diseño exploratorio descriptivo (D'Ancona, 2001) que se enmarca en un abordaje metodológico cualitativo (Minayo, 2003; Vasilachis de Gialdino, 2007).

Se desarrollaron quince entrevistas semi-estructuradas a profesionales que trabajaran con infancias en distintos efectores de la red de salud mental infanto juvenil del subsector público en CABA y en un Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos en la misma ciudad. Se procedió al método

de historias de vida con cuatro madres y un padre de familias migrantes latinoamericanas que allí residieran; a su vez, dos niñas y un niño en contextos de migración participaron de entrevistas.

También se entrevistó a once informantes clave y se mantuvieron conversaciones personales e informales con otros siete, se realizaron pedidos de información pública a organismos estatales y se recurrió tanto al relevamiento como al análisis de diversos datos secundarios.

La selección de casos se desarrolló con base en criterios de muestreo no probabilístico intencional. Dicho muestreo fue de carácter individual, holístico y no directivo a informantes seleccionados. Para el análisis de los datos cualitativos, se siguieron enfoques procedimentales (Rodríguez, Gil y García, 1996) que incluyeron el desarrollo de tareas de reducción de datos, disposición de datos y extracción/verificación de conclusiones (Huberman y Miles, 1994).

A través de un análisis de contenido (Bardin, 1986), se buscó interpretar la información de carácter analítico e identificar las insistencias, diferencias y tensiones entre los discursos recabados.

## **Análisis de resultados y conclusiones**

Entre los principales resultados se halló que en los itinerarios terapéuticos de niños y niñas provenientes de familias migrantes regionales se yuxtaponen diversas lógicas terapéuticas, las que implican tanto la demanda al sistema formal de salud mental como los modelos de atención populares, la medicina religiosa y el autotratamiento.

También se destacó la pregnancia de interpretaciones psicologizantes de los malestares de las infancias en contextos migratorios, en las cuales se patologizan procesos esperables e inherentes a los desplazamientos territoriales, se etiquetan conductas “diferentes” como si las mismas fueran trastornadas y se desplazan problemáticas sociales complejas a la esfera de responsabilidades de trabajadoras o trabajadores de la salud (Barcala, Bianchi y Poverene, 2017).

A su vez, la expansión de matrices referenciales psicológicas en el campo social permean al lenguaje cotidiano y las significaciones sobre el padecimiento, alcanzando también a las familias migrantes que residen en CABA y promoviendo una *asimilación cultural porteñizada*. Se habría generado una expansión de las matrices referenciales psicológicas en el plano de lo social y las

terapias psicológicas (aún con tensiones y resistencias) se habrían constituido en un modelo de atención reconocido y utilizado en CABA, también para algunas familias provenientes de otros países de la región que adoptaron –en distintas gradaciones– tanto significaciones como cursos de acción propuestos por el nuevo contexto. De manera paradójica, las diseminaciones y apropiaciones de los discursos expertos en aquellas colectividades traslucen una dinámica subrepticia a través de la cual poblaciones que anteriormente habían sido colonizadas, internalizaron aparatos de producción de conocimiento elaborados en el marco de una ciencia moderna occidental productora de alteridades (Poverene, 2024).

Por último, pese a la conformación heteróclita de instituciones y actores sociales participantes en el reconocimiento e intento de brindar respuestas ante al sufrimiento psíquico de las infancias en contextos migratorios, se advirtió el predominio de vínculos de fragmentación y desarticulación. Esto limita el trabajo en una red capaz de garantizar la integralidad e interdependencia de derechos de aquellas infancias, así como de fortalecer una perspectiva comunitaria en salud mental. Por ello, es necesario crear *abordajes abigarrados de producción de salud mental* que se caractericen por estar dotados de una fuerza centrífuga capaz de promo-

ver descentramientos, por ser amplificadores de polifonías sensibles que conduzcan al respeto y por devenir en centinelas de derechos (Poverene, 2023).

### Bibliografía

Alegre, S. (2017). Acompañar e intervenir, despatologizar y discriminalizar: operaciones inherentes a la educación. *Revista de Políticas Sociales*, (5), 49-53.

Álvarez Uría, F. (2011). La psicologización del yo: materiales para una genealogía del descubrimiento del mundo interior. *Educação e realidade*, 36(3), 911-944.

Álvarez-Velasco, S., & Glockner-Fagetti, V. (2018). Niños, niñas y adolescentes migrantes y productores del espacio. Una aproximación a las dinámicas del corredor migratorio extendido Región Andina, Centroamérica, México y US. *EntreDiversidades. Revista de ciencias sociales y humanidades*, (11), 37-70.

Augsburger, A. C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, 81, 61-75.

Barcala, A., Bianchi, E. y Poverene L. (2017). Medicalización de la infancia: sus efectos en la salud mental.

En Derecho de familia: *Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia*, 82, 99- 114.

Bardin, L. (1986). Análisis de contenido. Ediciones Akal.

Brickell, K. y Datta, A. (Eds.). (2011). *Translocal geographies*. Ashgate Publishing, Ltd.

Castles, S., Miller, M. J., y Quiroz, L. R. M. (2004). *La era de la migración: movimientos internacionales de población en el mundo moderno*. Universidad Autónoma de Zacatecas.

Ceriani Cernadas, P. C., García, L., y Salas, A. G. (2014). Niñez y adolescencia en el contexto de la migración: principios, avances y desafíos en la protección de sus derechos en América Latina y el Caribe. *Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana*, 22, 9-28.

Cerrutti, M. y G. Binstock (2012). *Los estudiantes inmigrantes en la escuela secundaria. Integración y desafíos*. UNICEF.

Correa-Urquiza, M. (2009). *La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura* [Tesis de Doctorado]. Universitat Rovira i Virgili.

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

Fernández, A. M. (2003). La Psicologización de lo social. *Revista Campo*, 5(46), 3-4.

Foucault, M. (1978). *Microfísica del poder*. La piqueta.

Huberman, A. y Miles, M. (1994). Data management and analysis methods. En N. Denzin y Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Sage.

Kirmayer L. J, Narasiah L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., Pottie, K y Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *National Library of Medicine*, 183(12), e959-67. doi: 10.1503/cmaj.090292

Korinfeld, D. (2017). Despatologizar: compromiso y corresponsabilidad. *Revista "Posibilidad de Alteridad (Con) Ciencia Pedagógica*. En *V Congreso Nacional de Educación, Patologización y Medicalización de las Infancias y las Adolescencias*. Concepción del Uruguay, Argentina, septiembre de 2016.

Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. (2007). *Metodología de la investigación social*. Emecé.

Minayo, M. (2003). Ciencia, Técnica y Arte: el desafío de la investigación social. En M. Minayo (Org.), *La Investigación Social: Teoría Método y Creatividad* (pp. 9-24). Lugar.

Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2019). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. OIM.

Poverene, L. (2023). *Procesos de atención y cuidado en el campo de la salud mental de infancias en contextos migratorios regionales: un análisis de los discursos de familias migrantes latinoamericanas y de profesionales de la salud mental del sector público estatal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires* [Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria]. Universidad Nacional de Lanús.

Poverene, L. (2024). "¿O sea que la única loca soy yo que no voy a terapia?": Tensiones, diseminaciones y apropiaciones de los saberes disciplinares en familias migrantes regionales. Premio Facultad de Psicología. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.

Rodríguez, G., Gil, J., y García, E. (1996). Proceso y fases de la investigación cualitativa. *Metodología de la investigación cualitativa*, 1, 62-78.

Sennett, R. (1978). *El declive del hombre público*. Anagrama.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.



# Acerca de cómo “robarle el tiempo al encierro”: la gestión del proceso de trabajo en una sala orientada a producir externaciones de un monovalente de la Provincia de Buenos Aires, 2020-2022

**MURUA, Sebastián Nicolás.**

Médico psiquiatra. Psicólogo Social. Magíster en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Coordinador de la Especialización en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Docente de grado y posgrado, UNLa. Docente de grado, UNLP.

Contacto: [sebastianmurua@gmail.com](mailto:sebastianmurua@gmail.com)

Presentación de Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria

Año de defensa: 2024

**Cómo citar:** Murúa, S. N. (2024). Acerca de cómo “robarle el tiempo al encierro”: la gestión del proceso de trabajo en una sala orientada a producir externaciones de un monovalente de la Provincia de Buenos Aires, 2020-2022. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 254-259

El presente trabajo expone los principales resultados elaborados en una Tesis de la Maestría

en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, defendida en el 2024. El objetivo general se relaciona con describir las características que asume la gestión del proceso de trabajo que el/los equipos de la Sala Residencia del Hospital Esteves realizan en sus tareas en general y, en particular para favorecer los procesos de externación.

Se eligió el Hospital Esteves por la particularidad de ser el único de los cuatro monovalentes de la provincia de Buenos Aires (PBA) con internación en salud mental exclusiva para mujeres. El mismo se encuentra ubicado en Temperley, partido de Lomas de Zamora, perteneciente a la región sanitaria VI.

Actualmente la PBA se encuentra atravesando un proceso de reforma del modelo de atención. Como muestra de este proceso toma importancia el informe que, a principios de 2021, elaboró la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género, a partir de los planes de adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 presentados en diciembre de 2020 por las Direcciones de los cuatro monovalentes. En estos planes se presenta el estado de situación de cada hospital, y se elaboran algunos lineamientos a seguir para su reforma (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2021).

Dicho esto, se afirma que esta investigación se produce en un momento crucial para el sistema de salud bonaerense, tomando relevancia como posible parámetro de avance de implementación de políticas públicas en materia de externaciones. En este sentido, se plantea como problema la gestión de los procesos de trabajo mirados desde la micropolítica del cuidado en un contexto de reforma del modelo de atención en salud mental.

Se parte de tres hipótesis. En primer lugar, que las principales tecnologías que ponen en juego las trabajadoras son las blandas. En segundo lugar, que la democratización del proceso de trabajo podría permitir una

mayor eficacia en el trabajo en general, y en particular, en el acompañamiento de los procesos de externación. En tercer lugar, que dicha democratización podría funcionar como una forma de protección para las trabajadoras frente al desgaste producido.

### Estado del arte

Como antecedentes de esta Tesis se toman en cuenta algunas investigaciones realizadas en el Hospital Esteves como la de Requiere (2010), que describe los inicios del Hospital, así como la de Sy (2018) en donde se analizan historias clínicas del Estevez entre 1895 y 1940, poniendo en relación las políticas públicas del momento con los procesos de salud-enfermedad de las mujeres internadas. Toma relevancia la tesis de Pierri (2016) en la que quedan en evidencia las consecuencias del ajuste económico producido por el gobierno de turno, al analizar los elevados índices de mortalidad de las mujeres internadas en el Hospital.

Por último, toman relevancia una investigación sobre el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) desarrollado en el Hospital Esteves (Cáceres, Druetta, Hartfiel, Riva Roure, 2009), así como una investigación realizada en un centro comunitario del Hospital, en donde se destaca la inclusión social



como eje de trabajo en los procesos de externación (Ardila-Gómez, Hartfiel, Fernández, Ares Lavalle, Borelli, Stolkiner, 2016).

### **Marco teórico**

Para su elaboración se incluyen aportes de Tisera, Bavio y Lenta, quienes definen al proceso de externación en términos de “acceso a la autonomía psicosocial” de quienes tienen un padecimiento mental (2009, p. 196). Para el concepto de gestión se toma la conceptualización de Wilner (2018), quién la define como el espacio en el que diferentes actores pujan por implementar su proyecto, para lo cual establecen acuerdos, en busca de construir gobernabilidad para su efectiva implementación. Asimismo, toman relevancia las propuestas que entienden a la gestión como un acto participativo y democrático capaz de desencadenar procesos colectivos, para lo cual se toman los aportes de Campos (2009) y de Merhy (2021), quien reflexiona desde la micropolítica orientada a la organización del proceso de trabajo. Por último, para el marco teórico y el análisis de los actos de gestión del trabajo de las trabajadoras, se toma como guía el triángulo de gobierno compuesto por los conceptos de proyecto, gobernabilidad y capacidad de gobierno (Matus, C., 2014).

### **Metodología**

Se realizó un estudio cualitativo de caso, de tipo descriptivo en profundidad, realizado entre los meses de julio de 2020 y agosto de 2022 (Stake, 1999). Se utilizaron fuentes primarias y secundarias. Con respecto a las fuentes primarias se confeccionó una guía de entrevistas, la cual fue probada por medio de tres entrevistas realizadas a trabajadoras de un centro de externación del Hospital Alejandro Korn, y validada con dos referentes de la salud mental comunitaria con experiencia en externaciones.

En total se realizaron 11 entrevistas en profundidad por medio de la técnica de bola de nieve, 9 a trabajadoras de la sala Residencia (sobre un total de 19) y 2 a residentes que se encontraban rotando. A su vez, se realizó una entrevista grupal de la que participaron cuatro integrantes. Por último se realizaron 2 entrevistas a informantes claves.

Se realizó un análisis de contenido por medio de una transcripción y grillado de las entrevistas, un tabulado artesanal y un análisis de contenido temático del material.

Con respecto al análisis de fuentes secundarias se tomaron documentos oficiales de asignación presupues-



taria, información aportada por el Órgano de Revisión de la PBA, el Plan de Adecuación del Hospital Esteves (2020), y los monitoreos de los planes de adecuación de los cuatro monovalentes provinciales elaborados por el Ministerio de Salud de la PBA (2021-2022).

### Conclusiones y reflexiones

Con respecto al estado de situación de los monovalentes es posible observar una disminución del 35,4% de las personas internadas entre el año 2018 y junio de 2022, así como una disminución del 39,1% de personas internadas en servicios de larga estancia. En el caso del Hospital Esteves, la cantidad de mujeres internadas disminuyó un 35% entre el 2019-2022.

Con respecto a la asignación presupuestaria en materia de salud mental en la PBA, fue posible describir para el período 2015-2019 un presupuesto inferior al 10% estipulado por la Ley 26.657 y una política de asignación concentrada principalmente en los monovalentes.

Con respecto al lugar que ocupa el Hospital Esteves en el sistema de salud, se pudo recortar que del total de internaciones realizadas en el período 2015-2019, el 66,7% correspondía a personas que vivían en la región VI. A su vez, de dicho total el 19,7% procedían de Lo-

mas de Zamora. Por último, se destaca que de las 165 mujeres internadas en el primer semestre de 2020 en el 64% se trataba de una reinternación, y que de dichas reinternaciones el 60% había permanecido menos de un año en la comunidad (Hospital Esteves, 2020), mostrando para el período un posible fenómeno de “puerta giratoria” (Rotelli, 2014).

Con respecto al proceso de trabajo, se describieron diferentes concepciones que el/los equipos tienen acerca de los procesos de externación, mostrando cierta heterogeneidad en la conformación del equipo, y visibilizando cierta tensión en el proyecto.

A pesar de estas diferencias, el equipo logra acompañar a las mujeres que atraviesan un proceso de externación por medio del armado “artesanal” de un itinerario compuesto por cuatro momentos. En dicho proceso son fundamentales tanto el armado de redes con otros actores que permiten poner en juego recursos escasos, rompiendo con la fragmentación del sistema de salud, así como la delimitación de problemas y su abordaje por medio de estrategias colectivas definidas como “artesanales”, las cuales implican una gran dedicación horaria, con alta exigencia de resultados, con efectos de desgaste, y en las cuales predominan las tecnologías blandas (Merhy, 2021).

La potencia del encuentro entre trabajadoras y usuarias produciría movimientos instituyentes en la micropolítica del cuidado, en las tecnologías que usan y en el proyecto de trabajo, por medio del trabajo vivo en acto, evidenciando que para la transformación del modelo de atención resultan un actor fundamental (Merhy, 2021).

El 66% de las mujeres que pasaron por la sala Residencia entre junio de 2017 y marzo de 2020 fueron externadas del Hospital. A su vez, en dicho período el tiempo de internación promedio fue menor a un año, en comparación con los 7 años de promedio en otras salas, lo cual podría estar en relación con las características del proceso de trabajo.

En relación a la construcción del proyecto, las trabajadoras mencionan que la sala sería un espacio más democrático que otros, brindando posibilidad de escucha y reconocimiento entre pares, y produciendo en las trabajadoras afectos relacionados con el compromiso, la alegría, dedicación y protección frente al desgaste. Sin embargo, existiría cierta tensión en la conformación del equipo con respecto a la pertenencia y la toma de decisiones, y por lo tanto matices en los modelos de atención desde los que se interviene.

Es importante mencionar que, ante los movimientos de adecuación producidos, algunas integrantes refieren haber sentido una falta de reconocimiento. Por lo que quizás, para alcanzar una mayor eficacia en el proceso de adecuación, podría ser fundamental una mayor participación de las trabajadoras en dicho proceso. Es decir, una mayor articulación entre las transformaciones macropolíticas con las micropolíticas.

Sin embargo, a pesar de las diferencias encontradas en las concepciones referidas al proceso de externación y a las tensiones en la construcción de el/los equipos de trabajo, parecería haber un acuerdo relacionado con “robarle tiempo al encierro”.

## Bibliografía

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

Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M. y Riva Roure, M. (2009). El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría*, XX, 299-307.

Hospital “Jose A. Esteves”. (2020). *Plan de Adecuación*.

Matus, C. (2014). *Adiós, señor presidente*. EDUNLA.

Merhy, E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. EDUNLA.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2021). *Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la provincia de Buenos Aires. Informe 2021*. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/>

Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. (2022). *Monitoreo de los procesos de*

*atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la provincia de Buenos Aires. Informe 2022*.

Pierri, C. (2016). *Muerte en un manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas-actual Hospital Interzonal J.A. Esteves- entre los años 1957-1971*. Tesis de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús.

Requiere, M. (2010). Algunas consideraciones sobre la política manicomial en Buenos Aires: el caso del Asilo Nacional de Alienadas 1880-1930. *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, (30), 5-15.

Stake, R.E. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Ediciones Morata.

Sy, A. (2018). *Mujeres, migrantes y “locas”. Trayectorias de internación psiquiátrica entre 1895 y 1940 en Argentina*. TraHs, (3), 5-19.

Tisera A., Bavio B. y Lenta M. (2009). El proceso de externación y su inclusión en las políticas públicas de salud mental. ¿Externación o expulsión?. *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI. Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Wilner, A. (2018). La mesa de gestión intersectorial en salud mental comunitaria del Municipio de Lanús como dispositivo promotor de la problematización del campo de la salud mental. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (5), 77-89.



**Matías De Brasi**

**Instagram:** @matiasdebrasi

**Facebook:** Matias De Brasi

**Correo:** matiasdebrasi@gmail.com

**Título:** Salud Pública Nacional

**Técnica:** Ilustración digital

**Diseño de publicación**

Dirección de Diseño y Comunicación Visual | UNLa

**Edición de este número** - Germán Falke

**Correspondencia**

saludmentalycomunidad@unla.edu.ar