REVISTA

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Universidad Nacional de Lanús

Año 12 N° 18
Julio de 2025
ISSN 2250-5768
e-ISSN 2250-6713

Departamento de Salud Comunitaria

Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Mauricio Goldenberg

REVISTA

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Año 12 N° 18
Julio de 2025
ISSN 2250-5768
e-ISSN 2250-6713

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
e-ISSN 2250-6713
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
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
Ivonne Minuet
Universidad Nacional de Lanús
María Eugenia Padrón
Universidad Nacional de Rafaela

Comité Científico
Víctor Aparicio Basauri
Organización Panamericana de la Salud / OMS.
Paulo Amarante
Fundación Oswaldo Cruz (FiOCRUZ)
Cecilia Ausgburger
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

ISSN 2250-5768 - e-ISSN 2250-6713 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
revistas.unla.edu.ar/saludmentalycomunidad

Índice

9 EDITORIAL COLECTIVA EN MEMORIA DE EMILIANO GALENDE
Comité editorial de la revista Salud mental y comunidad

HOMENAJES

11 **Hasta siempre, querido papá: palabras para mantener viva tu memoria**
Pilar Galende

14 **Lucidez intelectual y compromiso**
Victor Aparicio

17 **¿Cómo haberse podido anticipar al gesto?**
Jorge Montaldo

22 **Un gran árbol**
Corina Maruzza

25 **Al maestro, Emiliano**
Leandro Sabatini

27 **Marcas, huellas**
Daniel Korinfeld

ARTÍCULOS

28 **Las violencias sexuales en las valoraciones diagnósticas e intervenciones de salud mental: experiencias de profesionales de salud en hospitales psiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires**
Roxana Amendolaro, Nadia Percovich, Natalia Osella y Paola Alberti

50 **Cambios en la dimensión vincular a partir del uso de dispositivos terapéuticos en la vida cotidiana. Un estudio con usuarios/as de salud mental en la Patagonia austral**
Andrea Rossi, Antonella Rossi, Mariana Pérez, Mariela Gamboa y Susana Sulca

67 **La internación por motivos de salud mental en hospitales generales: estudio sobre la calidad de la atención de un servicio de salud mental con internación desde la perspectiva de distintos actores involucrados**
José Javier Bertagni

93 **Lógicas y prácticas manicomiales, más allá de los muros. Análisis en un Hospital General**
María Leonela Martinez

115 **Hacer existir la calle. Un evento callejero del barrio de Almagro como apuesta a la construcción de lo común**
Maria Laura Gobet, Julia Marcela Sanchez, Nicolás Leonel Flores, Zoe Kupfer y Claudia Bang

RELATOS DE EXPERIENCIAS

138 **Celebrar como acto de resistencia. A propósito de la fiesta de la primavera**
Ana Victoria Quintero

150 **Participación, territorio y comunidad. La experiencia de la Casa Comunitaria de Promoción de Salud Mental del barrio Colón (Montevideo- Uruguay)**
Maite Burgueño Pereyra y Claudia Analia Ferreira Santoro

163 **Acompañar y jugar: herramientas para la salud mental. Experiencias con adolescentes en dispositivos grupales**
Micaela Sol Rodriguez y Abigail Quiroga

174 **Reflexiones desde el trabajo social holístico. Prácticas contrahegemónicas en dispositivos de salud de primer nivel**
Abigail Quiroga, Paula Leyva y Julia Rovere

185 **Hacia un creciente sentimiento de ser en-relación-con el mundo. Producción de salud mental en la itinerancia de la habitabilidad en calle**
Milena Sapey y Jorgenia Di Iorio

DEBATES Y PERSPECTIVAS

198 **Acompañar(nos) en tiempo de crueldad. Una propuesta de gestión municipal en salud mental**
Elena García y María Luciana Malavolta

203 **Mutaciones en las sensibilidades contemporáneas**
Micaela Cuestas

209 **Entre el trauma y la resistencia: Salud mental, lazo social y memoria colectiva en Argentina**
Carla Victoria Capuano Sansoni, Ana Tauil, Juana Martina Díaz, Evelyn Daniela Colaneri Aguilar y Sofía Jazmín Allo. (NIETES CABA GBA)

RESEÑA DE LIBRO

217 **Reseña del libro "Diálogo en Ciencias Sociales, Salud Mental y Derechos Humanos. Problemáticas, desafíos y oportunidades transeccionales" de Silvia Faraone (Coord.), publicado en TESEO**
Flavia Torricelli, Ana Silvia Valero, Eugenia Bianchi y Milagros Luján Oberti

RESEÑA DE TESIS

223 **Caracterización del Dispositivo de Grupos Terapéuticos de Niñxs entre 6 a 12 años expuestxs a alguna situación de violencia, en el marco de la Dirección de Niñez del Municipio de Lanús durante los años 2017 a 2020**
Gisela Romina Lavagetto

230 **La cámara enfoca donde se desorganiza la vida; narrativas juveniles matanceras en disputa**
Martín Daniel Elsesser

Emiliano Galende

Editorial colectiva en memoria de Emiliano Galende

Comité editorial de la revista Salud Mental y Comunidad

A mediados de julio falleció Emiliano Galende. Desde el 2011 hasta ese momento, Emiliano fue Director de la revista *Salud Mental y Comunidad*. Sin dudas que nos deja un vacío enorme. Su historia es también la de la Salud Mental Comunitaria en nuestra región. Pero si hay algo de lo que en su vida pudo dar cuenta es de un legado vasto y transformador.

Emiliano fue integrante y motor de los diversos espacios y propuestas relacionadas a la educación y a la investigación en Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús. En 1997 fundó la Maestría en Salud Mental Comunitaria, y desde el año 2002, mediante un subsidio de la Unión Europea desarrolló un programa internacional de Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Entre los años 2005 y 2009 implementó la Especialización en el mismo tema. Con este impulso, en 2013 se creó el Centro de Salud Mental Comunitaria "Mauricio Goldenberg", que tuvo como antecedente el Área de Salud Mental Comunitaria, creada a fines del año 2006, integrando las diferentes actividades que se venían realizando desde 1997. Entre todas estas actividades, en 2011 llegó el primer número de la revista *Salud Mental y Comunidad*, la cual desde hacía tiempo estaba en los planes del grupo docente e investigadores de la Universidad Nacional de Lanús, que Emiliano dirigió hasta sus últimos días. Estos proyectos y acciones tuvieron y aún tienen como objetivo la modificación de las prácticas de abordaje en salud mental.

La huella que Emiliano dejó es fruto de su incansable trabajo, su formación epistemológica, su posicionamiento ético-político, su compromiso y su sencillez; características que lo han acompañado a lo largo de su vida. Este legado nos interpela, nos exige y nos orienta.

Desde el Colectivo del Centro de Salud Mental Comunitaria Mauricio Goldenberg nos toca asumir una responsabilidad compleja. No es algo dado, fijo o inmutable, sino una decisión activa y continua. Por eso, elegir o "escoger" la herencia, como dijera Jacques Derrida, es un acto ético político.

Es aceptar una responsabilidad. Un compromiso ético con los que nos precedieron, con quienes convivimos y con las generaciones que vendrán. Implica un reconocimiento de la deuda simbólica y una llamada a responder desde la fidelidad crítica. Nuestra revista se inscribe en esa tradición crítica que él ayudó a fundar, y que hoy más que nunca necesita ser sostenida, re-

novada y defendida: publicar trabajos que promuevan prácticas transformadoras, abrir espacio al pensamiento crítico, difundir experiencias que tensionen el statu quo y acompañar los procesos de lucha por una salud mental democrática. Asumimos el compromiso de sostener este legado con la misma convicción con que Emiliano Galende sostuvo sus ideas y sus prácticas. No se trata sólo de rendirle homenaje, sino de continuar el camino que trazó.

Emiliano fue, es y será nuestro referente. Su influencia resuena más allá de su época, revelando una fuerza que trasciende contextos. Y nosotrxs, como Colectivo, seguiremos con la tarea de sostener esa referencia y ser responsables de su trascendencia: manteniendo vivo su pensamiento.

Hasta siempre, querido papá: palabras para mantener viva tu memoria

Pilar Galende

Cuando recibí la invitación a escribir estas palabras sentí una gran responsabilidad: mi presencia en este espacio es el devenir de una ausencia, es su contracara. Pensé largamente qué palabras serían justas para no caer en el regodeo de la tristeza, ni hacer de estas líneas una suerte de memoria u homenaje, sino más bien hallar en el recuerdo los hilos de continuidad que unen su trayectoria con la de sus compañeros y compañeras y también, por qué no, la mía.

Me gusta pensar en esas continuidades, que proyectan su pensamiento en el tiempo y las generaciones, y que se sostienen en la ética de la coherencia entre el sentir, el saber y el hacer que, con los años comprendí fue tal vez su mayor enseñanza. Su actividad profesional y académica no eran ajenas a nuestras sobremesas, que podían extenderse por horas, siempre acompañadas de su infaltable pipa. En cada anécdota familiar, su mirada reflexiva y aguda sobre la vida se traslucía en una certeza que podría traducirse así: las personas son (somos) historias. Y ese reconocimiento permanente a nuestra dimensión subjetiva no nos aleja de la razón ni nos acerca al perdón, es más bien una forma de compasión y entendimiento de un lenguaje primario que nos sabe humanos. Con los años he pensado en esa marca, una herencia que sus hijos e hijas llevamos como modo de andar por la vida y relacionarnos con la alteridad. Un modo que impide eximirse del otro, de su condición, de trazar lazos, de tejer un vínculo. A veces pesa, en un mundo donde la liviandad y el culto al individualismo sobresalen como símbolos de una época.

Nunca llegué a hablarlo con él, pero hay otra herencia: la disidencia. Pienso en su posición crítica frente al modelo psiquiátrico y el objetivismo positivista, en su adhesión al sufrimiento psíquico no sólo como categoría política y epistémica sino como una posición profunda, radical ante el padecimiento mental, en su rotundo y sostenido rechazo al negocio de los psicofármacos como modo no solo de medicalizar la vida sino de mercantilizar todas sus expresiones. La "ilusión de no ser" es una síntesis perfecta que resume el drama de nuestros tiempos: la parodia de una humanidad adormecida a cuestas de su propio deseo. La fantasía de un mundo sin dolor, de un tránsito sin ataduras, de un atajo. Por eso habitar los bordes del pensamiento hegemónico, denunciar sus inconsistencias y sobre todo proyectar otros horizontes más dignos y justos con lo que somos, son legados imprescindibles, que se expanden, se recrean y sostienen en escenarios muy disími-

les. En la academia, pero también en la calle, los hospitales y centros de salud, las universidades, y muchos otros espacios comunitarios, la cantidad y diversidad de mensajes de afecto y reconocimiento recibidos en estos días dan cuenta de esa multiplicidad de actores que lo recuerdan y continúan esos caminos. Intuyo que él no hubiera tal vez elegido pensarse como un "disidente", pero la huella que nos deja a quienes elegimos no solo no ser parte de ese modelo sino además disentir, nos habilita un lugar donde pararse, sostenerse y abrazarse.

También pienso en el legado de su escritura. Sería muy difícil decir que alguna o alguno de nosotros hayamos heredado su capacidad: "ya tengo el libro acá", decía mientras señalaba su cabeza, y el verano era la excusa, la pausa necesaria para que esas palabras salieran de allí y se convirtieran en un texto. Pero sí la inquietud de la difusión de ideas, de sistematizar un pensamiento con y para otros, de la búsqueda no de trascendencia personal sino de un valor de intercambio a través de la palabra en la construcción de una conversación en común. Doce libros publicados y muchos otros escritos que esperaban salir a la luz nos dejan una tarea por delante que es recuperar ese legado en términos de obra, de hilar ese pensamiento que se fue consolidando a lo largo de los años y los cambios sociales, políticos y culturales de nuestro país y del mundo, como un diálogo. La influencia del neoliberalismo, como modo de sumisión subjetiva a las reglas del capital, los impactos de ese modelo en las relaciones humanas, la expansión irrefrenable de la tecnología y el deterioro de los vínculos interpersonales y comunitarios, la disolución afectiva de las redes de cuidado, y sobre todo, la soledad, fueron temas de gran preocupación sobre el destino de la humanidad. Solía repetir un tema en el último tiempo: el fenómeno "hikikomori". Un término japonés para referirse al aislamiento social y la imposibilidad de tejer lazos con otros, un síntoma de ese conflicto que se expande como drama social y se convierte ya en un asunto político. A la vez, la influencia de los movimientos de lucha de estas décadas marcó también su mirada, muchas veces me dijo como hija (además feminista) que veía en ese potencial de las mujeres un faro, acaso una reserva de ilusión de otros mundos posibles, y que lo alentaron a pensar temas muy profundos como el amor, la sexualidad, la libertad, los derechos, la intimidad, la amistad y que hoy, releyendo algunos de sus textos, funcionan como una guía.

Es difícil acotarse en estas líneas, pero no puedo dejar de pensar entre esas continuidades su aporte en el campo de la salud mental comunitaria. Reconstruir la coherencia entre su rol en el consultorio con sus pacientes y el pensar colectivo de su vida pública me lleva

justamente al lugar de la palabra, que alivia y acompaña, pero a la vez se expande a otros sitios anónimos donde se convierte en mensaje, como botella al mar. Deja de pertenecer al orden de lo privado para convertirse en un refugio de singularidades que, juntas, hacen de esa palabra algo universal. Hay algo claro en ese mensaje que nos convoca a muchos y muchas que compartimos el campo de la salud y es que no hay posibilidad de comprender la vida psíquica, emocional, espiritual de las personas por fuera de sus contextos históricos y culturales, de sus capitales simbólicos, de sus grupos de pertenencia, de sus marcas identitarias. Ese pasaje del "sujeto enfermo" al síntoma como "paradigma de lo social" nos compromete como comunidad profesional y científica pero también como ciudadanos y ciudadanas que alumbran una sociedad más justa e igualitaria, que aloja al padecimiento y la locura como propias, que nos aleja del estigma de la diferencia y nos acerca a un compromiso con lo común.

Me queda resonando su frase "curarse es volver a organizar una vida" y encuentro ahí la síntesis de un pensamiento extenso y complejo, que nos interpela a imaginar los modos en los que podamos reparar nuestra condición humana, en un mundo que atraviesa como nunca antes una profunda crisis civilizatoria. No tengo dudas que en esa tarea Emiliano Galende nos deja una huella para seguir en el camino.

Gracias a sus colegas de la Universidad Nacional de Lanús por invitarme a compartir estas líneas y sobre todo por haberlo querido tanto.

Lucidez intelectual y compromiso
Emiliano Galende (1939-2025)
Víctor Aparicio Basauri

Tras la triste noticia de su fallecimiento he sentido la necesidad de rememorar lo que compartí con Emiliano durante estos últimos treinta años. Me voy a remontar a un acontecimiento que ha tenido mucho que ver con nuestra amistad y cooperación. Es en 1990 cuando la OPS promueve la Declaración de Caracas que marcaría un punto de inflexión en el modo de formular la reestructuración de los servicios de salud mental y la protección de los Derechos Humanos de las personas con problemas de salud mental en la Región de las Américas. En esa reunión tuve la oportunidad de conocer a Mauricio Goldenberg, reconocido como el maestro de una amplia generación de profesionales de salud mental del ámbito comunitario en Argentina, tras haber dirigido el Servicio de Psicopatología del Policlínico "Aráoz Alfaro" del partido de Lanús en la provincia de Buenos Aires (Aparicio Basaurí, 2024) y que puede explicar que su nombre este unido al Centro de Salud Mental comunitario "Mauricio Goldenberg" de Lanús que promovió Emiliano. La reunión de Caracas la lideró Tuncho Levav (discípulo de Mauricio) y a partir de ella se estableció una red de cooperación entre servicios de salud mental latinoamericanos y servicios de Italia y España que trabajaron bajo los principios de la desinstitucionalización. De esta estrategia de cooperación surgió la Red Maristan (1997)[1] de la que forma parte el programa de salud mental de la Universidad de Lanús y que ha apoyado e impulsado el doctorado de salud mental comunitaria que creó Emiliano en esa Universidad.

Después de la Declaración de Caracas se creó la red de cooperación Latinoamérica-Europa en el marco del Programa de Salud Mental de OPS que dirigía Tuncho Levav. En ese contexto tuve la oportunidad de asistir como consultor para participar en una reunión de los equipos de la provincia de Rio Negro (Argentina) que dirigía Hugo Cohen. Con motivo de este viaje a Argentina, a mediados de la década de los noventa, se puso en contacto conmigo otro entrañable discípulo de Mauricio Golbenberg, el Dr. Valentín Barenblit[2] que residía en Barcelona. Valentín habló con Emiliano para que fuera mi anfitrión en mi llegada a Buenos Aires. A partir de ese momento comenzamos una amistad que ha durado todos estos años. Me llamó la atención su empatía y su familiaridad. Esto acompañado de su capacidad de reflexión y pensamiento crítico que convertía en muy interesantes las amenas tertulias que se celebraban en su casa.

Después vino el Doctorado de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús donde nos volvimos a encontrar en cada promoción hasta que llegó la pandemia, que fue como un corte en nuestras vidas. Los últimos años fueron para Emiliano el colofón de una vida comprometida con la enseñanza y la investigación y tuvieron su reconocimiento en los doctorados honoris causa de las Universidades de Rosario (2022) y Lanús (2023).

Inicialmente había sentido que nuestro primer encuentro fue una casualidad, pero con el tiempo he comprendido que fue el resultado de lo que últimamente él ha vuelto a recalcar sobre la importancia de la colectividad y las redes comunitarias, sociales y profesionales. Acabo de volver a escuchar su participación en el documental *El porvenir de la vida en común* (2022) y su reflexión sobre el neoliberalismo, que defienden ciertos sectores de poder, como antítesis de la defensa de lo comunitario.

Todo esto le llevó a insistir en la idea de lo que predomina en ese tipo de pensamiento, que denomina "un narcisismo social profundo", muestra a individuos con una "incapacidad en lo social". El entendía en toda su profundidad el valor de la palabra "comunidad".

Estos últimos años nos manteníamos en contacto y él me transmitía no poder disfrutar en el verano argentino de su viaje anual a León a visitar a sus familiares de España. Me comentaba que la columna le dificultaba este tipo de viajes. Sin embargo, mantenía su lucidez intelectual y comentábamos la complejidad de nuestra realidad. He querido terminar este homenaje con un párrafo de su última editorial en la Revista de Salud Mental y Comunidad que resume parte de su pensamiento en estos momentos tan aciagos.

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. (Galende, 2024)

Referencias

Aparicio Basaurí, V. (2024). Itzhak Levav "Tuncho" (1939 -2024). Un referente de la salud mental latinoamericana. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 21*(1), 130-131

Galende, E. (2024). Editorial. *Revista de Salud Mental y Comunidad,* (17), 9-12. https://doi.org/10.18294/smyc.2024.5576

Notas

1. La Red Maristan está formada por 11 universidades (8 latinoamericanas y 3 europeas)

2. Valentín Barenblit falleció el 25 de abril de 2025 en Barcelona

¿Cómo haberse podido anticipar al gesto?
Jorge Montaldo

Al Maestro

¿Cómo haberse podido anticipar al gesto?, proclamaba un escritor desde Rosario en pleno intercambio sobre la literatura polilógica. *Los ritmos están para ser vividos y ser perdidos,* insistía. Roberto Retamoso prologando estos escritos de Guillermo Bachini nunca sospechó que sería el inicio de estas líneas.

A ambos, al Maestro Emiliano y a quien suscribe, esa ciudad cuna de la bandera, nos proporcionó títulos universitarios de grado y el inicio del trabajar en salud profesionalmente. Él nacido en España, yo en tierras bonaerenses.Rosario de la Vera Cruz, antiguo Pago de los Arroyo, nos albergó, claro, en épocas diferentes.

Con todo el esfuerzo que has hecho, tendrías que terminar la tesis, pronunció con desparpajo respetuoso mi director del Doctorado tras la pérdida en plena ciudad de La Habana de mi PC-Mac con la tesis casi terminada. El Maestro insistía que la reconstruyera. ¡*La tesis la hiciste vos, está en tu cabeza, hay que reconstruirla!,* recalcaba.

Gestos-movimientos-terapias y… un cúmulo de interesantes intercambios podrían describirse de nuestros diálogos. A esto, sumarle las experiencias en música y los pensamientos deleuzianos que aparecían. Castell, Foucault también tenían presencia. Relatos de nuestras vidas como vestigios de lo cotidiano, aparecían con mucho cuidado. El maestro se mostraba con una sencillez humana poco vista en quienes tienen tan vasto recorrido profesional. Era notable. Diálogos inolvidables que serán re-nombrados.

Años atrás, Noel Feldman en plena Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), en la entonces Maestría en Psicopatología y Salud Mental, nos hablaba de Emiliano Galende. Parecía como algo cercano, lejano pero concreto. Noel se marchó, su muerte fue temprana y los maestrandos nos quedamos a la deriva, hasta que apareció la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) proponiendo lo querido por muchos: un posgrado en Salud Mental y… ¡comunitaria! Nacía el Doctorado. Rosario hacía historia en su trayectoria y con ello, a la UNR; pero la UNLa, enaltecía.

Ser estudiante del Doctorado con Emiliano y Gregorio Kaminsky en dupla era como “sencillo”, o mejor dicho “leve”. Tras las clases, en nuestros siguientes diálogos, pudimos observar que con el Maestro habíamos

tenido pacientes y/o usuarios en común según diferentes momentos del vivir.

Había dejado tras su ejercicio clínico en la Colonia Oliveros Provincia de Santa Fe, un recorrido que podemos leer sobre ello en sus escritos-libros. Interesantes experiencias, que marcan conceptualizaciones y teorizaciones. Un caso en particular de un residente del HGPR generó en la entonces directora, Psiquiatra Mirta Fleitas, Doctora en Medicina por la UNR con su tu tesis doctoral sobre Salud Pública, su respeto hacia su colega Galende: "bellos ojos tiene y palabras precisas para cuidar a las personas que sufren, ideas que embellecen", dijo aquella vez. Glorioso tiempo en ese HGPR que nunca se volvió a vivenciar.

Tenía problemas con la organización de mi trabajo final del doctorado, bueno, los sigo teniendo, pero una reunión en su casa allá por calle Soler, despejó muchas dudas.

Luego sus cartas de recomendación al pedir subsidios al Ministerio de Salud de la Nación para viajar a Cuba a los Congresos Panamericanos en Salud Mental Infanto-juvenil, a los cuáles, a pesar que el Ministro era mi co-terráneo (ambos nicoleños) nunca nos respondieron favorablemente. Igual, El Maestro avalaba y acompañaba. Nunca dejó de supervisar, de rever mis precarios escritos para publicaciones y también para la tesis algo postergada.

Crecía entre ambos ese interés sobre las categorizaciones del pensamiento andino en salud-enfermedad: ¿qué es un susto? ¿qué síntomas se muestran en una *maradura*? ¿qué es lo que causa tiricia ¿quién la cura? (si existe esa posibilidad). Diálogos por telefonía inolvidables que hoy me encuentra privado de ello tras su corrimiento del respirar. Desde Tilcara se consultaba. Desde San Pedro se respondía.

En tiempo pasado, su conferencia en el Auditorio Manuel Belgrano de la Universidad, cita en Avenida Pellegrini 1957 de la ciudad de Rosario, Santa Fe, convocó a estudiantes, profesores y directivos no solo de la carrera de Musicoterapia, sino también de Psicología, Medicina, Terapia Ocupacional. Durante mucho tiempo hubo resonancias de ese día. Se podía pensar y actuar en salud mental comunitaria con estos fundamentos, comentarían luego empresarios de la educación. El Maestro trazaba huellas.

Las defensas de tesis doctorales de Marcela Frey, Gonzalo Navarrete y Marcela Botinelli, eran también espacios provechosos para seguir el intercambio con

el maestro de manera presencial. Con las temáticas de aquellas tesis yo lo provocaba y él maestro las defendía de manera exquisita. No pude estar en la defensa de Mariela Nabergoi, pero igual lo molesté, y… fueron momentos de felicidad sus comentarios. Sospecho que no sabía que éramos felices de construir y pensar en salud con el. Era como casi habitual, pero -¿cómo saberlo allí, en esos momentos?- hoy noto que fueron especiales esos años.

Al decir de Pablo Neruda *confieso que he vivido.*

Sobre mi sensación, formación, tras cursar el Seminario del doctorado "Fundamentos de la Salud Mental Comunitaria", estará detallado en mi trabajo final, pues la dupla Galende-Kaminsky, trazaron un antes y después en el recorrido profesional de quien escribe.

La Universidad Nacional de Lanús (UNLa) gracias a su sucesora en la dirección del Doctorado, Alejandra Barcala, nos volvió a encontrar de manera virtual para seguir pensando los asuntos de la salud mental de las personas y sus articulaciones en arte-salud. Samaja, una vez pronunció: *Argentina merecería tener un Ministro de Salud como Emiliano, pero este país pareciera que no está preparado aún para algo tan digno.* Muchos compartíamos lo dicho por Juan

Faltaban minutos para comenzar las sesiones matutinas en Mtia. en el HGPR (hoy devenido en un Residencial Asistido) en el borde la de ciudad de Rosario, y la noticia de su fallecimiento comunicado por mi tutora de tesis mediante estos aparatos llamado celulares, generó aún mucho más frío de lo habitual que esta Institución propone. Un egoísmo innecesario apareció en mí. Íbamos a encontrarnos en el Congreso de AASM (Agosto 2025) para ajustar detalles de mis escritos e iba a insistir sobre mi pretensión, para que formara parte del Tribunal en la defensa. *Me demoré otra vez, pero vos te adelantaste,* pensé, sospechando que ya no me podía escuchar.

Aún suenan los discursos inaugurales en la apertura del Doctorado Internacional en Salud Mental Comunitaria. Su director, el maestro y la Rectora Ana Jaramillo nos ubicaban en un lugar como doctorandos de mucho compromiso y con un respeto para nuestras personas como nunca lo había vivido en una Universidad.

El haber compartido momentos en la academia en la carrera de Mtia. en la ciudad Rosario, el intercambiar en su casona de calle Soler los posibles entrecruzamientos sobre las profesiones que portábamos pues había determinados puntos de encuentros y desencuentros sobre movimientos entre lo latinoamericano y lo an-

glosajón, sus cartas de recomendaciones para mis pedidos de apoyo financiero al Ministerio de Salud para asistir a los Congresos Panamericanos Infanto-Juvenil de Salud Mental en la República de Cuba, sus aportes a los escritos que le enviaba cada vez que me invitaban a escribir un artículo y/o capítulo en algún libro, y así una larga lista del compartir conocimientos y afecto, signan lo interesante del encontrarse en esta vida con personas como Emiliano Galende y a la vez, lo fatal de los desenlaces.Se podrá decir que uno pretende eternizar a las personas que quiere y que no tengo aún resuelto lo de las Aporías. Y… sí, puede ser.

Profesores y luego compañeros desde "la trinchera" -al decir de Horacio González-, desde una epistemología y ética compartida, no ha sido habitual en mi tránsito por este vivir. Hoy queda el compromiso de seguir su legado, de extender esas ideas compartidas sobre la salud comunitaria.

No es sencillo, pues cuando los referentes se retiran, cuando su presencia física finaliza, es como que uno queda frente a un desierto donde no hay ningún camino marcado. Ya no queda la posibilidad de consulta en construcción *in situ*.

En estos tiempos, en nuestra Argentina, los vientos que azotan, la temperatura que asfixia, nos somete a un desierto desolador, pero seguirán generando estrategias con lo que Juan Samaja, Valentín Balenblit, Michael King, Emiliano y tantos profesores/as de los pos-grados en salud mental de la UNLa como Raquel Castronovo, Alicia Stolkiner, trazaron como un horizonte posible. Hoy tienen que seguir sonando.

La muerte es como algo que sabiendo que está, muchas veces cuesta sobrellevar. La de los seres necesarios, la de los imprescindibles. Nunca dejar de agradecer a este vivir, haberlo conocido y compartido con el Maestro, parte de este devenir, pero cuesta presenciar, que siempre se van antes de lo pensado los que más ayudan a la comunidad.

Aún no pude borrar su número en la agenda de mi teléfono celular, pero habrá que hacerlo en algún momento. *Es una pérdida muy grande. Valentín más que un amigo fue como mi hermano mayor,* dice un último mensaje escrito. Como uno desconoce que sucede tras aparecer la muerte, suelo imaginar que deben estár con Valentín tramando juntos algo en pos de la salud de las personas de otra forma por la hoy conocida.

En un último audio, aparece una respuesta alentadora sobre un escrito que realicé para un capítulo de un libro del colega Javier Torres donde se pensaba la derivación en Mtia. pretendiendo si es posible articular criterios diagnósticos entre la cientificidad (DSMV) y el pensamiento andino en salud-enfermedad. Nos seguían interesando estos temas y el avance de las conceptualizaciones.

Investigaciones de la mano de María Luisa Rubinelli y su equipo de trabajo (Baca-Quintana-Vilca) han desarrollado estos temas, que ya no eran solos los ya citados (Susto, Maradura, Aykadura, Tiricia). Se sumaban al pensar sobre una Ponchadura, Mal Aire, Falseadura, Pilladura, Gualicho.

El pensamiento *kuscheano* -en el cuál hace años, estoy en tema-, entrevistas a Médicos Tradicionales (MT), relatos de participantes en ceremonias ancestrales, nos ayudaban a seguir. Seguíamos en eso con el Maestro, en el continuo respeto hacia las comunidades, sus producciones, el ver y cuidar a sus componentes. Territorializaciones, conceptualizaciones, fundamentaciones: atención.

Le tengo mucha desidia a este último 16 de Julio. No ha sido un día justo.

Suelen ocupar mis días esa idea Borgeana que aún me cuesta sobrellevar y más profundamente ante y por el Maestro: *morir es una costumbre que sabe tener la gente.*

JHML
En el mes de la Pacha
5533 Año Andino

Un gran árbol

Corina Maruzza

Antes de presentar su clase magistral, *El futuro de la salud mental*, el día que recibió el título Honoris Causa en la UNLa, Emiliano Galende se refirió a sí mismo como alguien que sólo había estado trabajando. Es decir, haciendo lo que sentía que tenía que hacer. No había planeado llegar más allá. Con la humildad que lo caracterizaba, agradeció a quienes estaban presentes diciendo que él también había aprendido de sus estudiantes durante las cursadas del doctorado. "Es mutuo", dijo.

Sabemos que se escribe para ganar tiempo a la muerte. Como Scherezada, en *Las mil y una noches*, quien cada noche cuenta una historia distinta al sultán para evitar que esa sea su última noche. Sabemos también que éste es un tipo de escritura, y que hay otro, dedicado a ganarle tiempo no sólo a la muerte propia, como el que practicaba Emiliano Galende. La manera en que dejó evidencia del modo en que escuchaba y pensaba, y de su sensibilidad, traspasa la expectativa de demorar lo inexorable únicamente para sí mismo.

Es cierto que la realización de cada uno de sus libros permite volver a dialogar con él, ver surgir un aspecto distinto en el prisma de sus pensamientos. Pero, a la vez, toda su escritura conspira para transformar a quienes desarrollamos nuestras prácticas en el campo de la salud mental. En función de un entendimiento de la presencia humana como la existencia de sujetos de deseo, históricos y sociales, sujetos de derecho.

Parto de esta hipótesis, irrefutable y evidente. El hecho de que a Emiliano no lo alcance tan fácilmente la muerte se origina en la forma mediante la cual aún extiende los límites de nuestra capacidad de comprensión de lo humano. Permanece en las huellas de su generosísima transmisión, escrita y oral, acerca de una consideración y una práctica de la escucha en términos comunitarios.

Coherentemente más cercanas al concierto de una orquesta polifónica que al de un solista, sus exposiciones eran en gran parte argumentos a favor de la dignidad humana. A la vez, sostenía el valor de la perseverancia al entramar sucesos, procesos y conceptos siempre operativos. Nada de especulación. De modo tal que lo impensado terminaba por parecer sencillo sin dejar de ser complejo, parcial, inacabado. Y la posición adoptada en términos políticos se traducía en la modulación de su voz, a través de la cual imantaba y nunca se imponía. Durante una de sus clases, contó acerca de una experiencia comunitaria en la cual él había teni-

do intervención. En una comunidad emplazada en una zona rural española, se habían localizado dos formas de padecimiento psíquico a las que era necesario dar abordaje terapéutico. Por un lado, la depresión, en personas mayores que atravesaban la vejez sin contar con nadie. Por otro, el consumo problemático en un grupo de jóvenes que no habían continuado sus estudios, no tenían empleo ni otro tipo de inserción social.

Reviso mis apuntes de estas clases, en busca de las notas sobre aquel relato. Encuentro el registro de varias ideas con las que Emiliano trabajó durante la cursada del Doctorado en el seminario que él dictaba, *Fundamentos de la Salud Mental Comunitaria*. Veo anotados datos detallados sobre los antecedentes de la psiquiatría clásica, sobre las primeras experiencias de desmanicomialización, la reforma de distintos sistemas de salud y legislativos.

Recuerdo a Emiliano dando referencias con precisión, sin apelar a ningún recurso más que el de su propia memoria. El tiempo que brindaba al despliegue de las inquietudes, incluso de los replanteos, la atención que prestaba a los comentarios. Y recuerdo bien cuando habló acerca de aquella experiencia. Pero no encuentro nada escrito sobre ella en este cuaderno.

A continuación, presento una reconstrucción tentativa de su relato. Una o varias personas jóvenes empiezan a ir a la casa de una o varias personas mayores. El encuentro se da en los invernaderos, en las huertas. La actividad planificada es el trabajo en la tierra. Las personas mayores aportan conocimiento. Los rastrillos y carretillas quedan en manos de las jóvenes. Con el paso de los días, desde abonar el terreno, se pasa a la siembra. Ocurre la germinación, más adelante, algún brote vegetal. Mucho más lentamente, aparecen las hojas, algunas comestibles, flores, polinizadores.

Las cosas no son fáciles y requieren paciencia. Pero la integración se va dando. El compartir, el cuidado mutuo, la solidaridad. Surge el entusiasmo por el movimiento que implica desplazarse hasta un lugar adonde hay quien está esperando la propia llegada. Y, viceversa, porque hay alguien que está por llegar. En fin, las vidas enlazadas entre sí.

"Lo único que pacifica el alma es la posibilidad del afecto, del vínculo, la relación, el diálogo con otras personas". No hay un punto en el cual culmine esta historia porque se trata, más bien, de su continuidad. A contrapelo de la interrupción dada por la soledad y el aislamiento, se trata de propiciar "la vida en común, el instrumento terapéutico principal".

Como proyectado en una superposición de fotogramas, tuve un recuerdo hiper nítido de este relato en dos oportunidades. La primera, a mediados de 2020, cuando un jardinero a quien yo escuchaba desde no hacía mucho, y que en plena pandemia se había quedado sin trabajo, se acercó "presencialmente" a traerme su pago: una huerta sembrada en un cajón de verduras de madera rústica. Mientras yo lo recibía y me figuraba regando el estipendio por sesiones de terapia, podía imaginar aquellas personas de las que había hablado Emiliano, compartiendo el alimento que habían cultivado juntas.

La segunda remembranza es más reciente, también se vincula a la escucha terapéutica. Hacia el final de una larga etapa de su vida marcada por un profundo sentimiento de frustración y soledad, otro paciente comienza a incursionar en la jardinería. Había intentado morigerar la tristeza con un consumo problemático de sustancias psicoactivas que llegó a niveles críticos. Hacía un año, había decidido mudarse. Lejos. Allá, de a poco, empezó a trabajar en los jardines de aquel lugar.

Un día llegó a la casa de una pareja muy anciana, que también había emigrado y que no tenía descendencia. Con el transcurso de los meses, la pareja empezó a solicitar su presencia cada vez con mayor regularidad, más allá de la labor botánica. A veces, salen a pasear, y esas tardes se dan en compañía. Se ha vuelto un alivio. Es mutuo. Mientras atesoro la historia, y el modo en que regresa cada tanto, pienso en la sensación que se tiene al estar en un parque lleno de árboles, a través de cuyo follaje pueden verse pasar las procesiones ultra lentas de la luz. Esos árboles que todos los años vuelven a florecer y de los que agradecemos su milagrosa realidad, participar de su acontecimiento. Y creo que compartir ese tiempo de aprendizaje con Emiliano fue como haber podido estar junto a un gran árbol. Una rama inmensa de sol, cuyas raíces parecen tocar el corazón de este planeta. Uno de los que nunca llegan a ser alcanzados por el fuego ni por una sierra a motor.

Al maestro, Emiliano

Leandro Sabatini

"No quiero / que mis muertos descansen en paz
tienen la obligación / de estar presentes"
Stella Díaz Varín, Los dones previsibles (1992)

- i -

Lo repitió una y cien veces durante esa semana de mediados de agosto, de diferentes maneras, con distintas entonaciones y fraseos: la salud mental no es una disciplina. En esa frase que me repito como consigna, como lema y como mantra, germina la primera imagen con la que quisiera recordar (sí, del latín re-cordis) al maestro Emiliano.

Hay varias, el Arktika es el más grande y potente del mundo, pero serviría también el ARA Irizar. Barcos rompehielos destinados a las campañas antárticas y árticas. Navíos con condiciones excepcionales que les permiten perforar gruesas capas de mar congelado y devolverle al agua de la superficie su condición líquida. Perforar lo rígido. Llegar a lugares inhóspitos. Facilitar la navegación de embarcaciones menores.

Un navegante de mares pocos amigables (de la ciencia, del positivismo, de la psiquiatría) que buscó indisciplinar algunos gélidos saberes de antaño; descomponer algunas vastas totalidades en fragmentos asimilables, abarcables, menores, vitales.

Que la Salud Mental Comunitaria no sea una disciplina es una condensación de múltiples rebeldías y desobediencias éticas. Indisciplinar un saber es un laborioso proceso de resistencia, transgresión y, finalmente, construcción. Un acto de rebeldía frente a los modos academicistas de disciplinar el conocimiento y a quienes realizan esa práctica. Y, también, un gesto de ética basado en la idea radical y revolucionaria de que las personas con padecimientos mentales tienen los mismos derechos que las demás personas.

- ii -

La segunda imagen, también nace de intercambios de ese agosto. Éramos una multiplicidad de personas cursando ese primer seminario de doctorado; cada uno con sus temas, preguntas y trayectorias a cuestas. Había consultas que, la mayoría de las veces, tenían respuestas que Emiliano esbozaba con sapiencia. Pero había otras que escuchaba y a las que invitaba a profundizar desde los fundamentos de la Salud Mental Comunitaria. María Zambrano, en un texto potente, escribe que no tener maestro es no tener a quién preguntar y, en un

sentido más profundo, no tener ante quién preguntarse. Entre la hondura de esas orillas que son saber dar algunas respuestas y tener la disposición de mantener vivas otras preguntas para explorarlas, dándose tiempo, se erige la figura de un maestro.

¿Qué tiene para decir la Salud Mental Comunitaria de los males del patriarcado? ¿Cómo nos puede ayudar a pensar la crisis ambiental? ¿Cuáles son los puntos de encuentro con las problemáticas de consumos de sustancias psicoactivas? Las preguntas se sucedían y se amontonaban. Emiliano, habiendo transitado múltiples experiencias del campo e instaurado tantísimas temáticas en la conversación académica, escuchaba entusiasmado los debates de quienes comenzábamos ese doctorado que él supo gestar sin dar respuestas.

Ese gesto, menor como cualquier gesto, de impulsar, de abrir, de no apagar con respuestas el fuego de algunas preguntas, fue un potente modo de relación que estableció Emiliano con aquella cohorte y que potenció la inquietud, la búsqueda y la confianza.

Un maestro que no dice lo que tenemos que hacer sino con el cual nos vemos invitados a pensar lo que hacemos y cómo lo hacemos. Un maestro que impulsa.

Como en aquél poema de Hugo Mujica:

"Amanece y / callo; / callo todo miedo, callo cualquier / presagio, / busco un alba virgen de mí, / busco el nacer de la luz, / no su alumbrarme."

- iii -

Escribe Claudio Magris en aquella extraña novela que es Microcosmos: "Narrar es guerrilla contra el olvido".

Ojalá estas simples imágenes sirvan para que nuestros muertos no descansen en paz. Que nos sigan marcando y machacando el destino. Que no nos dejen en paz. Que nos sigan regalando su presencia. Porque como dice Juarroz en su poema:

"Cada uno tiene / su pedazo de tiempo / y su pedazo de espacio, / su fragmento de vida / y su fragmento de muerte.

Pero a veces los pedazos se cambian / y alguien vive con la vida de otro / o alguien muere con la muerte de otro.

Casi nadie está hecho / tan sólo con lo propio."

Marcas, huellas
Daniel Korinfeld

Recordar a Emiliano, es recordar sus textos, sus clases y las charlas entre los tiempos de esas clases. Para quienes formamos parte de las primeras cohortes de la Maestría en Salud Mental Comunitaria, él como director –y gran parte del grupo de los profesores fundadores– fueron muy cercanos y nos demostraban a cada paso su apertura para ampliar creativamente los alcances del corpus teórico y práctico que se estaba desplegando, que inicialmente no incluía algunas de las prácticas de quienes allí participábamos. Siempre me interesó su modo de articular el psicoanálisis con el campo de la salud mental, algo que se reflejaba en su clínica, al menos así lo registré cuando supervisé con él. La posición desde la que escuchaba e intervenía daba cuenta de esos esfuerzos por transformar algunas lógicas de ese dispositivo que se expresan, por ejemplo, cuando lo denominamos "co-visión" o "interlocución sobre la clínica". Hubo muchas situaciones para mí que dieron cuenta de su gran sensibilidad en su relación con los colegas de otras generaciones, pero lo que guardo como un gran recuerdo personal tiene que ver con el momento en que lo consulté, en tanto director del posgrado, respecto a la decisión de cambiar mi proyecto de tesis sobre el que venía trabajando hacía un tiempo y que ya tenía aprobado, se trataba de cambiarlo por otra temática absolutamente diferente. Explorar los avatares subjetivos de jóvenes militantes que debieron exiliarse de Argentina entre 1975 y 1976, me "escuchó" con atención y calidez, y me brindó todo su apoyo para que reiniciara el trabajo de tesis. Aquella vez y en reiteradas ocasiones, pero especialmente al finalizar la defensa de la tesis, con su particular sonrisa volvimos a hablar y recordó con emoción su condición de "chico del exilio" republicano español.

Las violencias sexuales en las valoraciones diagnósticas e intervenciones de salud mental: experiencias de profesionales de salud en hospitales psiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires

AMENDOLARO, Roxana.
Especialista en Políticas Públicas y Justicia de Género, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Doctoranda en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Psicóloga, Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente de grado y posgrado e investigadora. Fue Coordinadora del Equipo de Salud Mental del CELS y del Área de Salud de INADI. Forma parte de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, Ministerio de Salud P.B.A.

Contacto: roxana.amendolaro@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9928-2129

PERCOVICH, Nadia.
Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Doctoranda en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Es docente e investigadora de la Universidad Nacional Arturo Jauretche y trabajadora del Hospital Interzonal José A. Esteves, Provincia de Buenos Aires.

Contacto: nadiapercovich@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0006-8887-984X

OSELLA, Natalia.
Magister en Salud Mental, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Maestranda en Políticas Públicas con orientación en desarrollo social, Universidad Torcuato Di Tella (UTDT). Especialista en Políticas Públicas para la Igualdad en América Latina y el Caribe, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Psicóloga, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Docente investigadora en Universidad Nacional Arturo Jauretche y Universidad de Buenos Aires. Psicóloga de planta del Hospital Interzonal José A Esteves

Contacto: naty.osella85@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0001-9086-2645

Recibido: 23/10/24; **Aceptado**: 10/04/25

Cómo citar: Amendolaro, R., Percovich, N., Osella, N. y Alberti, P. (2025). La inclusión de los antecedentes de violencia sexual en las estrategias terapéuticas de mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (18), 28-49

ALBERTI, Paola.
Maestranda Salud Pública, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Coordinadora de Acciones Sanitarias con las Universidades Región Sanitaria VI. Docente de grado e investigadora, Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV).

Contacto: palberti@undav.edu.ar
ORCID: https://orcid.org/0009-0004-3726-8614

Resumen

El enfoque de géneros y diversidad, y el atravesamiento de discriminación y violencias por motivos de género (VMG), en particular violencias sexuales (VS) que padecen las mujeres y diversidades internadas, es aún materia en proceso en el campo de la salud mental.

El objetivo general de la investigación fue analizar y describir la inclusión de la perspectiva de género, en particular violencias por motivos de género y violencias sexuales, por parte de los equipos profesionales interdisciplinarios, en sus valoraciones diagnósticas y en sus estrategias de intervención con las mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental en hospitales psiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires (Argentina) entre 2018 y la actualidad.[1]

Se trató de un estudio exploratorio-descriptivo con perspectiva cualitativa. La muestra fue no probabilística (intencional). Las fuentes de datos fueron primarias: las/os trabajadoras/es de los Hospitales Psiquiátricos y el instrumento de recolección consistió en una entrevista semiestructurada a informantes clave. Se recurrió como fuente secundaria a registros clínicos.

El análisis de datos fue realizado de manera manual a partir de categorías conceptuales revisadas por el

equipo y matrices de análisis elaboradas para cada una de las fuentes.

Se generaron conocimientos situados acerca del atravesamiento interseccional entre VS y salud mental que podrán complejizar la mirada sobre estas situaciones. Se prevé que los resultados constituyan un aporte para generar protocolos de atención y políticas públicas desde un enfoque interseccional.[2]

Palabras clave: violencias sexuales - internación por motivos de salud mental - enfoque interseccional

The inclusion of antecedents of sexual violence in the therapeutic strategies of women and diversities hospitalized for mental health reasons: exploratory study in monovalent hospitals in the Province of Buenos Aires between 2018 and the present

Abstract

The gender and diversity approach and the experience of discrimination and gender violence, particularly sexual violence, suffered by women and diversities hospitalized, is still a matter in process in the field of mental health.

The general objective of the research was to analyze and describe the inclusion of the gender perspective, particularly gender violence and sexual violence, by interdisciplinary professional teams, in their diagnostic assessments and in their intervention strategies with women and diversities mental health hospitalized in psychiatric hospitals located in Buenos Aires between 2018 and the present.

This was an exploratory-descriptive study with a qualitative perspective. The sample was non-probabilistic (intentional). The data sources were primary: the workers of the Psychiatric Hospitals and the collection instrument was a semi-structured interview with key informants. Clinical records were used as a secondary source.

Situated knowledge was generated about the intersectional crossing between VS and mental health that may make the view of these situations more complex. The results are expected to be a contribution to generating care protocols and public policies based on an intersectional approach

Keywords: sexual violence - mental health hospitalization - intersectional approach

1. Introducción

En los últimos años, el movimiento feminista instaló en la agenda pública la necesidad de garantizar la asistencia y el acompañamiento integral a las personas que atraviesan situaciones de VMG, sin necesidad de institucionalización ni segregación de la comunidad y respetando la voluntad de las personas (Amendolaro, 2019). Pese a la aprobación en 2009 de la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, y la obligación que impone la Ley Micaela a partir de 2018, esta agenda aún está en proceso de implementación en el campo de la salud mental.

La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) cuenta con mayor grado de avance en la provincia de Buenos Aires, a partir de la creación del *Programa Buenos Aires Libre de Manicomios* de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, y la aprobación de los planes de adecuación de los cuatro hospitales psiquiátricos, diseñados durante el año 2020. En este escenario, la investigación se propuso realizar aportes a este conjunto de políticas públicas con el propósito de incidir en el abordaje de las VMG, y en particular de las VS, en el caso de las mujeres y diversidades con padecimientos mentales.

Partimos de la hipótesis de que existe una relación entre la VS y padecimientos mentales y que esta no es aún suficientemente considerada en las evaluaciones que realizan los equipos de salud para la determinación de sus estrategias de intervención terapéutica. Tomar en cuenta la existencia de antecedentes de VS desde un enfoque interseccional podría prevenir internaciones, re-internaciones y probables procesos de institucionalización. Asimismo, permitiría contribuir a impulsar políticas que permitan crear condiciones para que las personas y grupos más afectados por las VMG, puedan desarrollar proyectos de vida autónomos, no signados por las violencias.

Cómo objetivo general, en la investigación se propuso analizar y describir la inclusión de la perspectiva de género, en particular violencias por motivos de género y violencias sexuales, por parte de los equipos profesionales interdisciplinarios, en sus valoraciones diagnósticas y en sus estrategias de intervención con las mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental en hospitales psiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires (Argentina), entre 2018 y la actualidad.

Entre los objetivos específicos se incluyó: 1. Relevar antecedentes de VS que han padecido las mujeres y diversidades internadas; 2. Identificar de qué manera los antecedentes de VS intervienen en la determinación de la necesidad de las internaciones; 3. Describir las estrategias de intervención terapéutica que se llevan a cabo con mujeres y diversidades que tienen antecedentes de VS y, finalmente; 4. Indagar si las estrategias de intervención terapéutica que implementan los equipos profesionales intervinientes incluyen acompañamientos especializados en VS.

2. Marco Teórico

Alrededor de 300 millones de mujeres en el mundo tienen discapacidades mentales y/o físicas. Las mujeres representan las tres cuartas partes de las personas con discapacidad en los países de ingresos bajos y medios, y comprenden el 10% de las mujeres a nivel mundial (Center for Reproductive Rights, 2002).

La violencia doméstica es la principal causa de discapacidad en las mujeres entre 16 y 44 años. En general, las mujeres con discapacidad que viven en contextos de pobreza y exclusión consideran que no son sujetas con derecho al cuidado ni al autocuidado (Aiello y Amendolaro, 2019).

La VS es una de las manifestaciones de la VMG. Este tipo de violencia vulnera la libertad y autonomía sexual de las personas, su integridad física y psíquica. La Ley N° 26.485 de Protección Integral a las Mujeres, en su Artículo 5º, sancionada en el año 2009, define la VS como:

> (...) cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

Las violaciones son las manifestaciones más extremas de las VS. Las violencias sexuales constituyen un evento crítico, traumático (Riorda y Bentolilia, 2020), que podría traer como consecuencia la pérdida del significado de la propia existencia, lo que puede expresarse en sentimientos de soledad, vacío y desconexión. También, probable deseo de muerte y autoaniquilación. La persona que atravesó situaciones traumáticas podría presentar una serie de reacciones que, de no ser oportunamente abordadas, se transforman en trastor-

nos[3] o padecimientos asociados a las experiencias traumáticas severas. Sistemas de clasificación internacional han denominado a estos trastornos como "Transformación perdurable de la personalidad tras experiencia catastrófica" o como "Desorden o Trastorno por Estrés Extremo (TEE).

La Ley Micaela de Capacitación Obligatoria en Género para todas las Personas que integran los tres Poderes del Estado Nº 27.499, promulgada en 2019, impuso una obligación de capacitación en todo el ámbito público, generando un marco para continuar identificando las desigualdades de género y elaborar estrategias de erradicación. La perspectiva interseccional es una herramienta privilegiada que aborda múltiples discriminaciones y colabora con identificar el modo en que conjuntos diferentes de identidades inciden sobre el acceso a derechos (Association for Women's Rights in Development, 2004). El concepto de discriminación interseccional se basa en la premisa de que las mujeres y diversidades con discapacidad son un grupo heterogéneo, cuya identidad está atravesada por una multiplicidad de identidades, status y circunstancias. Se produce una situación de discriminación interseccional cuando diferentes motivos de discriminación interactúan entre sí en forma simultánea e inseparable. Así, la experiencia de una mujer con discapacidad psicosocial, institucionalizada en centros de internación de salud mental (Aiello y Amendolaro, 2019)., en relación al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, será cualitativamente diferente a la de una mujer que no pasó por dicha institucionalización.

3. Estado del Arte

En el marco del proceso de transformación institucional que comenzó en 2019 en la Pcia. de Bs. As. e incluye a los 4 hospitales psiquiátricos públicos, se generaron espacios de escucha y formación sobre derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos. En este proceso, a partir de dichos de las/os profesionales, se fue haciendo visible que los antecedentes de VMG ocurridos previamente a la internación, VS en particular, eran nombrados antecedentes de los padecimientos mentales que incidieron en las crisis y la necesidad de esas internaciones (Amendolaro, Percovich y Cáceres, 2023).

Una frase que que sintetiza lo señalado y que fue dicha por la Coordinadora de un Área de Capacitación de uno de los Hospitales fue que "la gran mayoría de las mujeres internadas habían sufrido alguna forma de violencia sexual previa a su internación". En estudios recientes se destaca el papel fundamental que pueden

cumplir las investigaciones en el desarrollo de la profundización de estrategias para abordar las VMG y proporcionar intervenciones especializadas para las personas que atravesaron dichas situaciones. Así, por ejemplo, los estudios cualitativos que exploran los impactos emocionales de la VS de la pareja sexo-afectiva en las mujeres son escasos.[4]

Se debe profundizar la comprensión de los llamados impactos invisibles de la violencia, descritos como las repercusiones emocionales (sensación de impotencia, vergüenza, miedo continuo a los varones) que son difíciles de cuantificar y medir, pero que pueden desencadenar efectos de salud mental como trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión (Mazza et al, 2021).

Un estudio realizado en Colombia (Dallos Arenales el al, 2008) destaca que la violencia sexual es un problema de salud pública y está asociado con factores de riesgo y con secuelas físicas y psicosociales. Señala que las víctimas de abuso sexual tienen una incidencia alta de trastorno por estrés postraumático, trastorno de pánico y abuso de austancias psicoactivas. Se encontró que el abuso sexual infantil con penetración estaba asociado con peores síntomas psicológicos y físicos.

Otro estudio realizado en Estados Unidos (O Hare, Shen y Sherrer, 2015) sobre la correlación entre abuso físico prolongado durante varios años y autolesiones en mujeres con problemas mentales severos señala que dos tercios de las personas encuestadas informaron haber sido abusadas físicamente al menos una vez, y más de la mitad informó de múltiples episodios de abuso. Casi dos tercios tuvieron intentos de suicidio al menos una vez en su vida, y casi la mitad informaron múltiples intentos.

Asimismo, un estudio sobre prevalencia y correlatos clínicos de la violencia de pareja sexo-afectiva en mujeres con enfermedades mentales graves, realizado en India (Shruti, Veena y Geetha, 2013), concluyó que la prevalencia de por vida de la mencionada violencia en las mujeres con Trastornos Mentales Graves fue del 22% y la prevalencia del último año fue del 20%. Se encontró asociación significativa de violencia de pareja sexo-afectiva con comportamiento suicida, puntajes de depresión, salud física y síntomas somáticos. El informe concluye que dicha violencia es frecuente en mujeres con Trastornos Mentales Graves y debe abordarse.

Según datos de la OMS (UNICEF, 2016), 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres adultos declararon haber sufrido abusos sexuales en la infancia. En este

sentido, los estudios mencionados destacan que la violencia sexual es un problema de salud pública y que haber atravesado situaciones de violencia sexual tiene una incidencia alta en el desarrollo trastornos mentales graves, correlación que sería superior al 20% de los casos. La OMS también señala que 1 de cada 4 personas en el mundo padece algún tipo de trastorno mental. Ante estos antecedentes nos preguntamos cuál es la incidencia de las violencias y de las violencias sexuales en el modo en que como sociedad producimos padecimientos mentales (Amendolaro, Percovich y Cáceres, 2023).

Es importante destacar que no existían en nuestro país estudios que indaguen sobre los antecedentes de VS en mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental; y si éstos eran incluidos en las estrategias de intervención terapéutica. Por ello, podía pensarse que el estudio propuesto implicaba una propuesta innovadora.

4. Metodología

Se trató de un estudio exploratorio-descriptivo, por la no existencia de antecedentes locales en el tema, y a la vez, a partir de la pretensión de caracterizar de qué manera se incluye esta problemática en hospitales monovalentes. Adoptamos una perspectiva cualitativa de investigación (De Sousa Minayo, 2007; Vasilachis, 2009) ya que este enfoque posibilita abordar la complejidad de los atravesamientos entre género, VS y padecimientos mentales.

Las fuentes de datos fueron primarias, las/os trabajadoras/es de los Hospitales Psiquiátricos de los 4 Hospitales de la Provincia, Esteves, Cabred, Korn y Taraborelli. El instrumento de recolección de datos fue una entrevista semiestructurada a informantes clave que combinó preguntas abiertas y cerradas. A su vez se recurrió a fuentes secundarias a partir del relevamiento de registros clínicos.

Para seleccionar los equipos y profesionales se realizó una entrevista semi estructurada con autoridades de los hospitales. Las muestras fueron no probabilísticas (intencionales). Se privilegiaron las trabajadoras y los trabajadores de los Servicios de Guardia, Admisión e Internación por considerarse que allí podría identificarse de qué manera los antecedentes de VS determinaron las estrategias de intervención terapéutica (necesidad de las internaciones y otras posibles intervenciones).

Se realizaron 22 entrevistas y se seleccionaron 14 historias clínicas (HC) para ser leídas completas y en profundidad. La muestra de HC fue intencional no re-

presentativa, a partir de casos referenciados durante las entrevistas, eligiendo al menos una por Hospital. Se focalizó la lectura del período luego de la sanción de la Ley Micaela (2018) y hasta el presente.

Se anonimizaron los datos consignando profesión y edad para las/os profesionales entrevistadas/os y siglas de nombres en el caso de las HC.

4.1. Consideraciones éticas

El estudio contempló dos fuentes de información: a. realización de entrevistas a informantes clave, principalmente trabajadoras y trabajadores de los hospitales monovalentes y; b. relevamiento de fuentes secundarias, las historias clínicas.

Para las entrevistas a informantes clave se firmó consentimiento informado. La participación en el estudio siguió los principios de igualdad, voluntariedad, anonimato, confidencialidad y seguridad. Sólo se incluyó a personas mayores de 18 años. Se entregó a quienes participaron del estudio un documento de información escrita con un resumen de la información mínima que debe ser comunicada para cumplir con el principio ético sustantivo del consentimiento informado (objetivo y propósito, metodología general, integrantes del equipo), lo que fue ampliado y explicado verbalmente. También se resguarda a las personas excluyendo de la selección a quienes expresaron no tener interés en participar en cualquier momento del proceso, respetando el principio ético de voluntariedad y pudiendo entonces no continuar con la entrevista.

Respecto de los registros clínicos, y siguiendo la Ley Provincial Nº 11.044, se garantizó la protección de la confidencialidad de los datos, eliminando toda información de identificación personal de los registros del estudio después de compilar los datos de salud. La confidencialidad se basa en la Declaración de Helsinki y todas sus enmiendas, y Ley de Habeas Data Nº 25.326 y sus modificaciones de protección de datos personales.

4.2. Análisis de datos

Se realizó manualmente a partir de categorías conceptuales revisadas por el equipo. La matriz incorporó las siguientes variables: a. Componentes de la ficha de admisión (datos personales, motivo de consulta, diagnóstico, semiología psiquiátrica, pronóstico, datos filiatorios, características de la red social de apoyo); b. Modo de nombrar las VS; c. Momento en el que se nombran las VS (en la admisión, poco después, mucho tiempo después); d. Modo en que se contempla la palabra de las mujeres y diversidades en las HC y; e.

Intervenciones de los equipos de salud, no especializados en situaciones de violencia por motivos de género (medicación y fenómenos de medicalización, apoyo terapéutico sin perspectiva de género, internación sin criterio para ello) y especializadas (derivación a equipos de género, acompañamiento en procesos judiciales, entre otras).

5. Resultados

A continuación se señalan los principales resultados vinculados a los objetivos específicos del proyecto. Se suman algunos resultados que, aunque no previstos en el diseño inicial, resultan relevantes tanto por el posible aporte para generar protocolos de atención como para el diseño de políticas públicas en la materia.

En relación al objetivo específico 1, el cual proyectaba lograr como resultado un relevamiento de antecedentes de violencias sexuales padecidas por las mujeres y diversidades internadas en los Hospitales Neuropsiquiátricos, se destaca lo siguiente: de las personas entrevistadas, la mayoría dijo conocer personas internadas con antecedentes de VS acontecidas previo a la internación, lo que coincide con los dichos de profesionales que participaron de los espacios de formación mencionados en los antecedentes. Una de las personas entrevistadas señaló: "hay un montón de pacientes, creo que el 80 por ciento de las pacientes internadas han sufrido abuso. Sí, eso es claro (...) de pacientes que sufren de esquizofrenia, el 80% han sido abusadas" (Psicóloga, 52 años). Otra persona entrevistada mencionó que un 60% de personas que resultaron internadas tenían antecedentes de VS previo a la internación (Psicóloga, 48 años). Se solicitó la fuente de dichos porcentajes, pero a la fecha no pudo ser localizada.

Es importante resaltar que cuando las investigadoras solicitaron referencias de casos para la lectura de HC, sucedió que en algunos casos el antecedente de VS no estaba consignado o no aparecía como antecedente vinculado a los padecimientos mentales o figuraba nombrado de otro modo. Por ejemplo, en una de la HC se lo mencionaba como "recuerdo traumático" (MA BR, 29 años).

Acerca del Objetivo Específico 2 se esperaba "identificar si los antecedentes de violencia formaron parte de los motivos que determinaron la necesidad de las internaciones", se relevó que en las HC la información sobre posibles antecedentes de VS ocurridas previas a la internación no aparece frecuentemente consignada. Lo que responden las personas entrevistadas es que no cuentan con una directiva o protocolo institucional

al respecto, y que en el caso por caso surgen dudas y temores respecto a cómo consignar y dar cauce a esa información. Se interroga cómo respetar el secreto profesional (dimensión clínica/legal), cómo compartir la información con el resto del equipo o con otras áreas institucionales que deberán intervenir (dimensión institucional) o cómo comunicar estas dimensiones a la persona que relató la situación de VS padecida (derecho a la información, consentimiento informado). De este modo, una de las entrevistadas señaló qué:

> En caso de abuso sexual por parte de un familiar, qué relatamos de esto en la HC. El equipo es el primero que escucha la información, no se lo había dicho a nadie, ni siquiera lo sabía la madre. Tampoco hay líneas institucionales sobre qué registrar. El secreto profesional de una persona que está diciendo que aún no se lo contó a nadie. (TS, 30 años)[5]

Una abogada (54 años) entrevistada subrayó que estos interrogantes se responden en el Art. 12 de la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529, que establece los derechos de la persona cuando se encuentra en situación de paciente en su relación con las/os profesionales e instituciones del sistema de Salud.

Se observa que aunque la información sobre las VS sea conocida por el equipo, e incluso haya sido incluida en las HC, no se logra aún establecer una vinculación suficiente entre dichos antecedentes y los padecimientos en salud mental. Cuando los antecedentes de VS se consignan en las HC, pareciera que esto sucede casi por descuido, incluso a riesgo de que el resto del equipo cuestione a la/el profesional que registró los datos. O, como se dijo, aparecen menciones dichas de otro modo: "hecho traumático", "recuerdo traumático", "vivencias traumáticas en la infancia y adolescencia".

En una de las HC (BA JA, 26 años) se menciona en la entrevista de admisión: "ideación delirante de perjuicio de tinte paranoide y sexual hacia su familia que condiciona su afecto y conducta". Sin embargo no aparece registro sobre cómo la ideación delirante condiciona su afecto y conducta, qué afectos, qué conductas y si estos condicionamientos podrían relacionarse con indicadores sintomatológicos vinculados con antecedentes de VS.

Asimismo en la HC el relato continúa señalando que "comenta que el delirio hace referencia principalmente a que habría sido abusada por muchas personas (familiares y otros)", [el/la profesional] aclara que resulta un tanto inverosímil el modo en que suceden esos hechos y que sea "de todo el mundo", no se considera que pudiera

haber existido algún episodio abusivo sobre la persona o sobre algún integrante de su familia. Seguramente, no considerando de manera literal el contenido delirante "muchas personas", pero sí como probable línea de intervención, involucrando las áreas de género o, de evaluarse necesario, del sistema de justicia.

En al menos otras tres HC pudo relevarse que durante la entrevista inicial previa a la internación, las personas manifiestaron haber sufrido abusos en la infancia, lo cual se consigna en la HC. Sin embargo, dicho antecedente no figura considerado para el diagnóstico ni para las estrategias de intervención subsiguientes. En una de las HC mencionadas, explica durante la entrevista de admisión que "(...) está allí como un modo de represalia de su papá, viudo, que intentó tener acceso carnal con ella" (AR MU, 36 años).

En otra HC (MA BR 1995) se menciona que la persona narra "hechos traumáticos" de su pasado pero no se los describe. Se consigna también que la persona dice sentirse "[...] una carga para los demás", "Que define a su madre como inoperante. Del padre dice que desapareció a sus siete años, "me trajo al mundo y nada más". Melancolizada. Se siente culpable de lo que ha pasado. Cada discusión la lleva a rememorar el recuerdo traumático [que no se describe]. "A veces tengo los recuerdos en imágenes, otras los siento en el cuerpo". Dice que que no teme las represalias. Relata a su padre el acontecimiento traumático. Piensa en la posibilidad de una denuncia y los costos subjetivos. Luego de ocho meses, un psiquiatra interviniente relata en la HC la situación de VS y una psicología diferente de quien había intervenido inicialmente consigna: "Abuso infantil perpetrado por hombre que se aloja con la familia".

Con lo dicho, damos cuenta de una convergencia entre la HC y lo relatado en las entrevistas, donde queda explicitado que aún no se establece una relación entre las violencias sexuales y los padecimientos mentales. Las violencias sexuales podrían estar funcionando como una posible determinación social de los padecimientos que actualmente padece la persona. Así, un profesional, frente a la pregunta sobre si estaban incluidos los antecedentes de VS en las HC o en otro registro formal, respondió lo siguiente:

> No de esa manera. Siempre están incluidos como siendo responsabilidad de la persona, delirio de la persona. De hecho con una de las personas, presencié una situación de violencia con uno de los empleados e hice una nota a la Dirección para poder visibilizar la situación. Sentí que me había puesto en una situación de mayor vulnerabilidad como profesional. Lo que

> creo es que se patologiza el discurso de las personas. (Trabajadora Social, 38 años)
>
> Trabajando en Guardias, trabaja tan bien el Modelo Médico Hegemónico, es como que se va vuelta, dejan de tenerlo en cuenta, de valorarlo como algo real. Es Border, el discurso seguro que es este porque las borders son así. Muchas veces se toma como algo inventado, deja de tener relevancia. Termina siendo parte del diagnóstico. (Trabajadora Social, 38 años)

Sin embargo, aparece como una excepción que un profesional de guardia, (Psiquiatra, 64 años), dice que es importante conocer estos antecedentes para hacer diagnóstico diferencial con TEPT (Trastorno por Estrés Post Traumático).

En lo que hace a los Objetivos Específicos 3 y 4, donde se esperaba poder describir las estrategias de intervención terapéutica que implementan los equipos profesionales intervinientes con las mujeres y diversidades internadas que poseen antecedentes de VS, distinguiendo entre intervenciones especializadas y no especializadas, pudo observarse que con excepción de dos psiquiatras, el resto de las/os profesionales entrevistadas/os no había recibido capacitaciones en la detección de la de las VS.

Una de las preguntas se refería a la información con la que contaban los equipos sobre recursos en materia de Géneros. En este sentido, se pudo observar que los dispositivos propios de género, aunque conocidos, no serían suficientemente tenidos en cuenta. Esto parece agudizarse si la mención a la violencia es previa y muy anterior a la fecha de internación. No pudimos documentar que se incluyeran espacios terapéuticos especializados en VS, aún cuando las personas mencionan haber atravesado por situaciones de VS. Una de las entrevistadas dijo: “creo que si la persona hubiera tenido acceso antes, hacer un tratamiento psicológico antes, no hubiera caído acá, pasos previos de atención para prevenir” (Psicóloga, 52 años), haciendo referencia a que el tratamiento oportuno y específico podría evitar formas graves de padecimiento mental.

En una entrevista se menciona que deben tenerse en cuenta los antecedentes de VS para realizar las revinculaciones familiares y evitar ambientes donde se hubieran producido los abusos. Una psicóloga (52 años) plantea evitar revinculaciones: “si la persona que a lo mejor abusó de ella vive con la paciente, o es alguien que ve seguido, o es alguien del ambiente familiar, o es un amigo de la familia”. Contrariamente, en otra de las HC encontramos que durante las primeras entrevistas es la mujer internada quien señala a un familiar como

abusador: "R se hace pasar por mi tío, abusó de mí, me robó la casa, la pensión" (ST VE, 37 años). Estos dichos son retomados por una profesional que consigna en la HC: "(...) refiere haber sido abusada por su tío a los 12 años". Sin embargo, con posterioridad, las intervenciones de revinculación familiar parte del proceso de externación incluyeron a dicho familiar, llegando a proponer salidas terapéuticas con éste.

6. Discusiones y conclusiones

Se subraya la importancia de que las/os profesionales de la salud que forman parte de los equipos profesionales de hospitales psiquiátricos continúen llevando adelante *capacitaciones en materia de géneros y diversidad y violencias por motivos de género* (VMG) tanto para favorecer el hacer visibles los antecedentes de violencias sexuales (VS) como, asimismo, su posible relación en términos de determinaciones sociales de la salud con los padecimientos mentales. Lo que podría conducir a ampliar el abanico de alternativas de intervenciones y acompañamientos hacia recursos institucionales en materia de VS, tanto desde lo asistencial como desde lo legal, por nombrar algunos ejemplos: Línea 144 de asesoramiento, información o contención las 24 hs.; Equipos Interdisciplinarios de Referencia Regional (E.R.R.S.); Equipos Descentralizados de Asistencia (E.D.A.); Cuidar a Quienes Cuidan; Comités de Violencias, entre otros.[6] La capacitación en la temática de géneros y diversidad y VMG, incluyendo VS, ha registrado avances significativos en los últimos años, a partir de la Ley Micela. Sin embargo se observan importantes asimetrías por áreas y servicios y una casi inexistente capacitación en lo que hace al acompañamiento en VS.

Referido a la *dimensión institucional de instalación de la temática de las VMG*, las personas entrevistadas responden que aún se encuentran en un momento inicial. En este sentido una Trabajadora Social entrevistada en uno de los hospitales señaló:

> (...) diría inicial. Porque aún suceden cosas muy retrógradas. Llega una persona trans y todavía no se sabe qué hacer en el hospital. Se tiene que discutir cada vez. Hay un imaginario en torno a las posibles violaciones si se interna a un varón trans en la sala de hombres… (Trabajadora Social, 30 años)

> Sí, yo creo que fueron cambiando algunas cuestiones. Hay cosas que fueron no dando lo mismo, dejarlas pasar. Pero tienen que ir acompañado de una decisión institucional, que recién ahora la estamos teniendo en este último tiempo. (Trabajadora Social, 28 años)

Sobre la base de este estudio exploratorio-descriptivo puede concluirse que una gran mayoría de las personas entrevistadas aún no cuenta con criterios suficientes y conocimientos de recursos interinstitucionales para realizar valoraciones diagnósticas e intervenciones terapéuticas en los casos de VMG, y en particular de violencias sexuales. Y consideren, de este modo, su posible participación -en términos de determinaciones sociales de la salud- en los padecimientos mentales de mujeres y diversidades internadas.

Frente a posibles delitos penales, los que conducen a la *necesidad de dar intervención a organismos especializados en materia de VMG y al Sistema de Justicia*, debe subrayarse que se observó un importante desconocimiento del Artículo Nº 119 del Código Penal, que fija la sanción establecida para quienes abusen sexualmente de una persona cuando ésta sea menor de 13 años o cuando medie violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad o de poder. Asimismo se pudo relevar insuficiente información relativa a los plazos de prescripción de los delitos que involucran violencias sexuales que, luego de la última modificación de 2015, empiezan a correr cuando la víctima llega a la mayoría de edad y efectúa la denuncia (los dos requisitos). Entonces, si la víctima decide denunciar a los 30 años, en ese instante empezará a correr el plazo de la prescripción (Código Penal; Ley de Respeto al Tiempo de las Víctimas Nro. 27206 [B.O. 10/11/2015]; Boletín de Jurisprudencia de la Cámara Nacional de Casación en lo Criminal y Correccional, 2021).

Sin embargo, debe destacarse una diferencia sustancial tanto en los registros en las historias clínicas como en las valoraciones diagnósticas y en el diseño de las intervenciones terapéuticas para el caso de *trabajadoras/es sociales y psiquiatras*. En este caso si se toma en consideración, con mayor frecuencia, la información vinculada a VS y se la incluye en diagnósticos y estrategias de intervención. Se resalta la mención realizada por una psiquiatra referida: conocer estos antecedentes permite hacer diagnóstico diferencial con TEPT (Psiquiatra, 64 años), lo cual coincide con la bibliografía de referencia, en la que se resalta que tanto los fenómenos disociativos como los de despersonalización, que dan cuenta de las alteraciones de la atención y la conciencia, y se manifiestan en personas que atravesaron violencias sexuales de manera crónica, son confundidos muchas veces con síntomas psicóticos y tratados como tales, cuando en realidad, responden a defensas aprendidas frente a vivencias crónicas amenazantes (Intebi, 1998; Podestá y Rovea, 2003; Bentolila y Toporosi, 2022). Asimismo, la persona que atravesó situaciones traumáticas podría

presentar una serie de reacciones que, de no ser oportunamente abordadas, se transforman en trastornos o padecimientos asociados a las experiencias traumáticas severas.

En este sentido, la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 ha denominado a estos trastornos como "Transformación perdurable de la personalidad tras experiencia catastrófica" o como "Desorden o Trastorno por Estrés Extremo (TEE) (Riorda, Bentolila, 2020).

Pese a ello, continúa observándose que lo que podríamos nombrar como dirección de los acompañamientos e intervenciones parecería quedar en manos de psicólogos/as. Una TS (30 años) entrevistada entiende que "ante situaciones que pueden requerir del abordaje con otras instituciones o cuestiones legales, el registro [de antecedentes de violencias sexuales] en HC quedaba como en pausa. Por resguardo de los profesionales".

Por el contrario, en casos en que existe una *VS durante la internación* (como ocurre en uno de los casos) o inmediatamente anterior a la internación, allí sí se acompaña a realizar las denuncias. Por lo general, este tipo de intervenciones se realizan desde la disciplina de TS. Es importante destacar que estas violencias institucionales han sido documentadas y denunciadas en diferentes investigaciones realizadas en torno al sistema de salud mental en Argentina desde el enfoque de Derechos Humanos (CELS y MDRI, 2008) y en particular sobre derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de mujeres y diversidades internadas y consumos problemáticos en mujeres embarazadas y puérperas (CELS, 2017; Aielo y Amendolaro, 2019; Yoma, Buhlman y Burijovich, 2020), que, al mismo tiempo, han funcionado como parte de la fundamentación para la creación del *Programa Buenos Libre de Manicomios* en la Provincia de Buenos Aires.

Como un aspecto a continuar indagando en futuras investigaciones, se considera que deben tomarse en consideración los obstáculos institucionales que señala la abogada entrevistada referido al secreto profesional (dimensión clínica/legal) y a cómo consignar los relatos de violencias sexuales en las HC. No obstante, por otro lado, creemos que también se visibiliza cierto tabú social respecto por ejemplo de la naturalización de la familia en la cultura occidental y las interpelaciones que ello plantea cuando debemos ponerla en cuestión en el caso de las VS intrafamiliares (Calmels y Mendez, 2007). También, cómo podría estar operando cierta matriz en los programas de formación de psicólogos/as y el modo de tratamiento que se estaría dando a la

noción singularidad, la que podría operar como obstáculo para la inclusión de la dimensión psicosocial en la producción de los padecimientos y de dispositivos especializados en materia de VS (Amendolaro, Percovich y Cáceres, 2024).

Otro aspecto a resaltar fueron las *diferencias generacionales* en las valoraciones diagnósticas y en las intervenciones terapéuticas. Así, una Psicóloga (58 años) entrevistada con 18 años de antigüedad en el servicio y una Trabajadora Social (30 años), con 3 años de antigüedad aportan perspectivas y experiencias diferentes relativas a las intervenciones, lo que puede influir en sus enfoques y prácticas. Se podría inferir una posible relación entre la antigüedad en el servicio y la consideración de los antecedentes de VS en las intervenciones terapéuticas. Profesionales con menor antigüedad en el servicio, como la Trabajadora Social, podrían tener una menor experiencia pero mayor sensibilidad en identificar y abordar estos antecedentes desde una perspectiva de géneros e interseccionalidad en comparación con profesionales con mayor antigüedad. La experiencia acumulada podría influir negativamente por las representaciones sociales previas y en la capacidad para reconocer estos antecedentes en la atención de la salud mental de mujeres y diversidades.

Se destaca el modo en que muchas veces se nombra la *categoría de riesgo cierto e inminente como justificación de la internación* sin describir operacionalmente de qué se trata dicho riesgo. Se lo nombra pero no se especifica. Se propone considerar que estas valoraciones de riesgo no operacionalizadas podrían estar incluyendo antecedentes de VS, al menos en cierto porcentaje de los casos tomando como referencia las estadísticas mencionadas en los antecedentes (OMS, UNICEF, 2016).

Otro hallazgo de la investigación, no vinculado a los objetivos inicialmente planteados, tuvo que ver con el ejercicio de la maternidad en mujeres que habían pasado por la internación. Al respecto, María Rita Custet Llambí (2023), señala que las mujeres con discapacidad psicosocial deben afrontar "maternidades sospechadas", en el sentido que tanto desde lo sanitario, como desde el sistema de protección de las infancias y las instancias judiciales se observa el comportamiento y se exigen informes acerca de la capacidad para maternar.

En las dos HC relevadas de mujeres internadas madres, consideramos que los antecedentes de VMG y de VS deterioraron las redes de cuidado de estas personas, impidiendo contar con los apoyos necesarios para el ejercicio de la maternidad. Entendemos que estos no son casos aislados, ya que se han encontrado relatos de

vínculos materno filiales quebrados por la internación por motivos de salud mental, tanto en los talleres sobre género planteados como antecedente empírico de esta investigación, como en trabajos y en documentos producidos en las mismas instituciones en las que realizamos esta investigación.

Como antecedentes históricos, podemos nombrar diversos trabajos (Pierri, 2019; Ardila, 2019; Pelatelli, 2017; CELS, CPM y MDR, 2017) que analizan los procesos de cronificación y tutelaje en mujeres internadas y los analizan desde una perspectiva de género. Entre otros aspectos advierten que en las HC de las mujeres que ingresaban a la internación embarazadas o quedaban embarazadas durante la internación, se consignaba que eran derivadas para el parto a un hospital general, pero luego no había referencias respecto del destino de ese/a hijo/a.

También señalan que entre las pérdidas que supone la internación está la imposibilidad de ejercer la maternidad, pero que una vez lograda la externación, la búsqueda de revinculación aparece como deseo en muchas mujeres. Y que en muchas oportunidades maternar no resulta posible debido al estigma y el estereotipo de "loca" como mala madre.

7. Cómo continuar con este camino

Finalmente, a partir de los resultados obtenidos, el equipo elaboró algunas recomendaciones para realizar en las instituciones estudiadas y en otras similares. En este sentido se destacan:

1. Realizar capacitaciones acerca de cómo se deben completar las HC de acuerdo a la Ley de Derechos del Paciente Nº 26.529. Sus características como documento público que involucra obligatoriedad, cronología, foliado y completud. Su función de nexo causal entre lo sucedido y lo narrado con valor de prueba en un proceso judicial, civil o penal. Ello colaborará con la implementación de la inclusión del registro de situaciones de VMG y contra niños/as y adolescentes en las Historias de Salud Integradas impulsada por la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud.

2. Elaborar protocolos para la inclusión de los antecedentes de VS en las HC y para la realización de las intervenciones en articulación con los dispositivos en materia de VMG y con el Sistema de Justicia.

3. Promover intervenciones desde una perspectiva de clínica ampliada, en la que la clínica no se reduce a la atención de un individuo aislado, con el aquí y ahora

de sus signos y síntomas, sino a un cuerpo en relación, una clínica que puede ver más allá del sujeto y entender sus relaciones familiares, de trabajo, sus condiciones materiales y simbólicas de vida, entre otros aspectos. Es relevante tener presente, además, que en esas relaciones y en esas condiciones hay poder, micropoderes y macro poderes que pueden evitar la producción de salud de parte de los sujetos, o promoverla, acompañarla, hacerla realidad.

Para continuar reflexionando

Se pretende llamar la atención sobre estos hallazgos que vinculan el padecimiento mental con las experiencias de violencia sexual y abrir algunas preguntas que nos surgen en este trayecto de reconocimiento: ¿qué hubiera sucedido si como parte de las evaluaciones para decidir las estrategias y posibles internaciones, se hubieran incorporado estos antecedentes? ¿Qué alternativas de vida podríamos ofrecer a estas mujeres y diversidades si ampliamos nuestra caja de herramientas? Y así, además de utilizar los recursos a los que "tradicionalmente" se apela para planificar las intervenciones desde el campo de la salud mental, se utilizan aquellos que hoy forman parte de los recursos y dispositivos institucionales, nacionales, provinciales y locales, en materia de violencias sexuales que ofrecen los organismos estatales.

Tal vez, en clave de continuar haciendo genealogía las locuras que como sociedad producimos, en lugar de decir "loca como tu madre" podríamos comenzar a decir "violentada como tu madre"… por lo menos en un importante porcentaje de las situaciones.

Referencias

Aiello, A y Amendolaro, R. (2019). Mujeres con discapacidad psicosocial institucionalizadas en Argentina: Reconocimiento pleno de sus derechos sexuales y reproductivos. *Revista Salud Mental y Comunidad.* (6), (72-103). https://doi.org/10.18294/smyc.2019.5045

Amendolaro, R., Percovich, N., & Cáceres, C. (2023). ¿Ellas se cuidan? Intersección entre géneros y salud mental de mujeres y diversidades internadas en centros de salud mental. *Revista Salud Mental y Comunidad, 14* (19-37). https://doi.org/10.18294/smyc.2023.5218.

Amendolaro, R., Percovich, N., y Cáceres, C. (2024, 20 de junio). Las histéricas de Freud no mentían: Violencias sexuales y salud mental. *Página 12.* Recuperado de https://www.pagina12.com.ar/745845-las-histericas-de-freud-no-mentian

Ardila Gómez, S. (2019). *En nombre propio: Relatos de vida de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas*

prolongadas y ahora viven en la comunidad. Recuperado de https://investigacionesensaludmental.com/libros

AWID, Asociación para los Derechos de las Mujeres y el Desarrollo. (2012). *Una revisión de modelos y estrategias alternativas para el desarrollo: Contribución especial para el 12º Foro Internacional de AWID. Cuadernos de IDeA* (1)

Calmels, J y Mendez, M. (2007). *El incesto: un síntoma social. Una perspectiva interdisciplinaria.* Editorial Biblos.

Center for Reproductive Rights (Centro de Derechos Reproductivos). (2002) *Los derechos reproductivos en el sistema interamericano de derechos humanos.*

Centro de Estudios Legales y Sociales (Ed.). (2017). *Informe conjunto: La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero"*. Comisión por la Memoria & Movimiento por la Desmanicomialización en Romero

Custet Llambí, M. R. (2023). *Mujeres, discapacidad y el derecho a cuidar.* Editores del Sur.

Dallos Arenales, M., Pinzón-Amado, A., Barrera González, C., Mujica Rojas, J. y Meneses Silva, Y. (2008). Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 37(1)*, 56 - 65.

De Souza-Minayo, M. (2007) *Investigación Social. Teoría, Método, Creatividad.* Lugar Editorial.

Ferrandini, D. (2022). *Salud: opciones y paradigmas.* Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Rosario.

Ley 27.499/2019. Argentina. Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado.

Ley 26.657/2010. Argentina. Salud Mental y Derechos Humanos.

Ley 26.485/2009. Argentina. Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

Ley 27.206/2015. Argentina. Código Penal.

Mazza, M., Marano, G., Gonzalez del Castillo, A., Chieffo, D., Monti, L., Janiri, D., Moccia, L., y Sani, G. (2021, 19 de junio). Intimate partner violence: A loop of abuse, depression and victimization. *World Journal of Psychiatry, 11*(2), 95-104.

Ministerio Público Fiscal de la Nación. (2021). *Boletín de Jurisprudencia de la Cámara Nacional de Casación en lo Criminal y Correccional: La prescripción de la acción penal en casos de abuso sexual infantil.*

O'Hare, T., Shen, C., & Sherrer, M. (2015). Lifetime physical and sexual abuse and self-harm in women with severe mental illness. *Violence Against Women, 21*(2), 167–182. https://doi.org/10.1177/1077801215622576

Pelatelli, A., Mochetti, A., Iriberri, M., & Riva Roure, M. (2017). *El abrazo esperado*. Ponencia con mención especial del 1º Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones, Tandil, mayo 2017. Recuperado de https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/12/el-abrazo-esperado/

Pierri, C. (2019). *Sobrevivir y morir en el manicomio: Memorias de un asilo de mujeres*. Topía Editorial.

Riorda, M., y Bentolila, S. (2020). *Cualquiera tiene un plan hasta que te pegan en la cara: Aprender de las crisis*. Paidós.

Shruti, N., Veena, A., & Geetha, D. (2013). Prevalencia y correlatos clínicos de la violencia de pareja íntima (VPI) en mujeres con enfermedades mentales graves (SMI). *Asian Journal of Psychiatry, 6*(4). Recuperado de www.elsevier.com/locate/ajp

Unicef. (2016). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*. Recuperado de https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf

Yoma, S., Buhlman, S., & Burijovich, J. (2020). Aún no estamos todas… a algunas no nos ven: Las mujeres en los hospitales psiquiátricos. En L. Pautassi (Coord.), *Género, justicia y políticas públicas* (Cap. 8). En M. Herrera, S. Fernández, & N. de la Torre (Dirs.), *Tratado de géneros, derechos y justicia*. Rubinzal Culzoni Editores.

Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). (2009). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.

Notas

1. En 2018 se aprobó la Ley Micaela N°27499, que establece una capacitación obligatoria en la temática de género y violencia contra las mujeres y diversidades para todas las personas que se desempeñen en la función pública. Asimismo la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010) y la Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres N° 26485 (2009), podrían haber favorecido la incorporación del enfoque de género en salud mental.

2. Entre las conclusiones de la investigación se señalan obstáculos para consignar en las HSI los antecedentes de violencias y VS en particular. Esta información contribuirá a la implementación del registro de situaciones de violencias por razones de género y contra niños/as y adolescentes en las Historias de Salud Integradas. Se trata de una iniciativa propuesta por la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública de la Pcia. de Bs. As. Dirección Provincial de Políticas Sanitarias de Cuidado para la erradicación de las violencias.

3. Desde los Sistemas de Clasificación Internacional de los padecimientos mentales (nominación que propone la Ley Nacional de Salud Mental 26657), como la CIE 11 o el DSM, los trastornos mentales son afecciones que impactan su pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento. Pueden ocurrir en un corto período de tiempo o aparecer y desaparecer. Algunos pueden ser crónicos (de larga duración). La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) es un sistema de clasificación de enfermedades y problemas de salud creado y mantenido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se utiliza para diagnosticar, investigar, clasificar y registrar información sobre enfermedades y causas de muerte a nivel mundial. La CIE-11 es la última versión y está diseñada para la salud digital, con identificadores de recursos uniformes y una base ontológica. El DSM es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, una publicación de la Asociación Americana de Psiquiatría que sirve como guía para el diagnóstico de trastornos mentales. La última edición, DSM-5, se lanzó en 2013.

4. En la investigación de referencia se está aludiendo a un tipo de relación interpersonal que implica tanto la dimensión sexual como la afectiva. Se caracteriza por un vínculo emocional y, en algunos casos, físico, que para este estudio es entre dos personas.

5. Esta entrevista fue realizada previamente a la presentación de la iniciativa de formalizado la inclusión del registro de situaciones de violencias por razones de género y contra niños/as y adolescentes en las Historias de Salud Integradas. Más información disponible en: https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/salud_present%C3%B3_una_gu%C3%ADa_de_abordajes_y_un_sistema_de_registro

6. La Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, a través de su Dirección Provincial de Políticas Sanitarias de Cuidado para la Erradicación de las Violencias cuenta con una Red Sanitaria de Abordaje Integral de las Violencias. Más información disponible en: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludsinviolencias/

Cambios en la dimensión vincular a partir del uso de dispositivos terapéuticos en la vida cotidiana. Un estudio con usuarios/as de salud mental en la Patagonia austral

ROSSI, Andrea.
Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Poder Judicial de Tierra del Fuego AIAS, Argentina.

Contacto: andrerossi91@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0001-1024-6544

ROSSI, Antonella.
Licenciada en Psicología, Universidad Católica de Córdoba (UCC). Magister en Salud Mental y Psicopatología (Universidad de León, España). Poder Judicial Tierra del Fuego AIAS y Min. Educación Tierra del Fuego AIAS, Argentina.

Contacto: antonella.rossi88@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0009-9265-7424

PÉREZ, Mariana.
Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de la Patagonia Austral (UNPA). Hospital Regional de Caleta Olivia, Santa Cruz, Argentina.

Contacto: marianaperez82@hotmail.com
ORCID:https://orcid.org/0009-0002-2015-6443

GAMBOA, Mariela.

Licenciada en Trabajo Social, Universidad Argentina J.F. Kennedy UK). Técnica en Acompañamiento Terapéutico, Universidad Nacional de la Patagonia Austral (UNPA). Regional de Río Gallegos, Santa Cruz, Argentina.

Contacto: marielitel@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0009-5512-2076

SULCA, Susana.
Psicóloga, Universidad Nacional de Tucumán (UNT). Ministerio Educación Tierra del Fuego AIAS, Argentina.

Contacto: susanasulca@hotmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0005-8337-9945

Recibido: 15/11/2024; **Aceptado**: 08/05/2025

Cómo citar: Rossi, A., Rossi, A,. Pérez, M., Gamboa, M. y Sulca, S. (2025). Cambios en la dimensión vincular a partir del uso de dispositivos terapéuticos en la vida cotidiana. Un estudio con usuarios/as de salud mental en la Patagonia austral. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (18), 50-66

Resumen

Los vínculos constituyen un recurso privilegiado en los procesos de salud mental, centrales para establecer abordajes comunitarios que impacten en la vida cotidiana de las personas y en las modalidades de su padecimiento. En este sentido, los dispositivos terapéuticos basados en figuras de apoyo –como acompañantes terapéuticos/as y cuidadores/as domiciliarios/as– se orientan a la búsqueda de alternativas a la modalidad institucional o la internación en salud mental, generando propuestas que se inserten en la vida diaria y los vínculos de las personas con padecimientos mentales, el marco de derechos humanos propuesto en el marco de la Ley Nacional N°26.657.

La presente investigación exploró las implicancias psicosociales de estos dispositivos en personas con padecimientos de salud mental, durante el año 2022, considerando situaciones de las cinco ciudades de la Patagonia Austral (Argentina). Para ello se realizó una investigación exploratoria con enfoque predominantemente cualitativo, que retomó experiencias de 15 dispositivos, desde la perspectiva de usuarios/as, figuras de apoyo y profesionales del equipo tratante, en cada caso, a partir de entrevistas semiestructuradas. La muestra se definió por un muestreo no probabilístico de tipo teórico, analizando 3 dispositivos por cada localidad patagónica, en función de la codificación de datos relativos a categorías propias de la dimensión vincular en la vida cotidiana.

Los resultados se centran en las transformaciones observadas en torno a la experiencia subjetiva del padecimiento psíquico, la modalidad vincular, el capital social y el capital cultural de usuarios/as. Se identificó una clara percepción de cambio favorable en dimensiones como: el capital social y las posibilidades vinculares de usuarios/as, así como en su capital cultural incorporado. Se observó, además, un aporte diferencial en aquellos dispositivos con figuras de apoyo con formación terciaria, así como en aquellos en que hay comunicación, objetivos y un plan de trabajo claro en relación al proceso terapéutico.

Palabras clave: dispositivo terapéutico - salud mental comunitaria - lazo social - capital social - acompañamiento terapéutico.

Changes in the linking dimension based on the use of therapeutic devices in daily life, a study with mental health users in Southern Patagonia

Abstract

Links constitute a privileged resource in mental health processes, central to establishing community approaches that impact people's daily lives and the modalities of their suffering. In this sense, therapeutic devices based on support figures - such as therapeutic companions and home caregivers - are oriented towards the search for alternatives to the institutional modality or mental health hospitalization, generating proposals that are inserted in the daily life and the relationships of people with mental illnesses, from a human rights approach proposed within the framework of National Law No. 26,657.

The present research explored the psychosocial implications of these devices in people with mental health conditions, during the year 2022, considering situations in the main cities of Southern Patagonia. For this purpose, an exploratory research with a predominantly qualitative approach, was carried out, which took up experiences of 15 devices, from the perspective of users, support figures and professionals of the treating team, in each case, based on semi-structured interviews.

The sample was defined using theoretical non-probability sampling, analyzing three devices per Patagonian location, based on the coding of data related to categories specific to the relational dimension of everyday life.

The reported results focus on the transformations observed around the subjective experience of psychological suffering, the bonding modality, the social capital and the cultural capital of users. A clear perception of favorable change was identified in dimensions such as: social capital and linking possibilities of users, as well as in their incorporated cultural capital. A differential contribution was also observed in those devices with support figures with tertiary training, as well as in those in which there is communication, objectives and a clear work plan in relation to the therapeutic process.

Keywords: therapeutic device - mental health - social bond - social capital - therapeutic accompaniment

Fundamentación

El término “dispositivo” ha comenzado a formar parte de las lógicas cotidianas de intervención en salud mental, dando lugar a significaciones y abordajes altamente heterogéneos. Agamben (2011), retomando aportes de Foucault, conceptualiza al dispositivo como

una red heterogénea de elementos (discursos, instituciones, medidas, entre otros) que tiene una función estratégica concreta y que resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber.

Para hablar de dispositivos terapéuticos en salud mental, retomamos los aportes de Salum et al. (2022), quienes, recuperando aportes de Foucault y Deleuze, marcan que los dispositivos se constituyen en un entramado de vectores y tensores que aportan líneas de fuerzas, visibilidad, enunciación y subjetivación, que puede desenmarañarse a partir de un "trabajo de terreno", recorriendo, reconociendo y cartografiando tierras desconocidas en el recupero de producciones de subjetividad. Justamente, Kuras de Mauer y Resnizky (2011) puntualizan que un dispositivo terapéutico se caracteriza por su naturaleza estratégica, su heterogeneidad y su entramado en red.

En este sentido, entendemos que los dispositivos terapéuticos dentro del campo de la salud mental son propuestas de abordaje que se orientan al reconocimiento y recupero de la subjetividad, buscando una transformación en las condiciones de padecimiento psíquico, a través de una red de recursos e intervenciones posibles en el marco de un proceso terapéutico, que puede adquirir múltiples formas.

Rossi (2005) destaca el valor de los dispositivos alternativos como propuestas tendientes a evitar la internación en salud mental, la cual, sin ser el último recurso podría constituir un agravamiento del estado de perturbación psíquica, así como una dificultad mayor para la inclusión social de personas con padecimientos severos de salud mental. En la última década, muchos de los mencionados como dispositivos terapéuticos en salud mental ciertamente se orientan a recuperar el valor del lazo social en la promoción de la salud mental. En tal sentido, la presente investigación se centró en aquellos dispositivos que se constituyen a partir de figuras de apoyo, allí donde otro ser humano viene a ofrecerse y alojar en la cotidianeidad de un proceso terapéutico.

Sostenemos que la existencia de figuras de apoyo en sí misma no es suficiente para pensar en un dispositivo terapéutico, ya que éstas deben insertarse en el marco de una estrategia terapéutica fundamentada, flexible, abierta a los sujetos y sus realidades, interpelada en su práctica y sostenida desde la interdisciplina. A este respecto, observamos en las principales ciudades de la patagonia austral, diferentes figuras de apoyo en las prácticas cotidianas en salud mental, entre las que se destacan: acompañantes terapéuticos/as y cuidadores/as domiciliarios/as, con formaciones, roles y alcances de intervención diferentes.

Desde la promulgación de la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental y Adicciones, se promueve en Argentina el desarrollo de dispositivos terapéuticos alternativos a la internación, tendientes a la inclusión social de las personas con padecimientos mentales. Los dispositivos terapéuticos basados en figuras de apoyo se ofrecen como una alternativa en aumento en patagonia austral, considerando sobre todo aquellos casos de mayor severidad. No obstante, son escasos los registros sobre el aporte y estudio de este tipo de experiencias dentro del campo de la salud mental.

La dimensión psicosocial cotidiana de la intervención, es donde se localiza el interés de nuestra investigación, por ello, nos interrogamos sobre lo siguiente: ¿Algo se transforma en la vida de una persona que cuenta con un dispositivo terapéutico con figura de apoyo en su cotidianidad? En caso de que sí, ¿qué cambios son identificables en torno a sus vínculos? ¿Qué tipo de transformación se observa? ¿Esta posee alguna incidencia en las manifestaciones y la severidad del padecimiento psíquico?

Estas preguntas se vuelcan en nuestro estudio sobre la vida cotidiana y el modo en que cada sujeto transita dichos espacios, posicionándose en función de los mismos.

Bonet i Martí (2006) advierte que en estos territorios cotidianos operan los procesos de segmentación y estigmatización, por lo que es relevante que las intervenciones consideren la estructura de oportunidades formadas por las distintas redes operantes en donde habitan y transitan los sujetos. Bourdieu (2001) conceptualiza diferentes capitales, en tanto recursos y oportunidades que constituyen la vida y subjetividad de las personas: capital económico, capital simbólico, capital cultural, capital social. En este estudio nos centramos en el capital social, constituido por las redes de relaciones actuales y potenciales de las que existe conocimiento o reconocimiento mutuo, de las personas con padecimientos mentales, antes y durante la intervención con este tipo de dispositivos terapéuticos basados en figuras de apoyo. Además, exploramos las modalidades vinculares presentes en los usuarios/as de salud mental que formaron parte de estos abordajes y el modo en que éstas resuenan en el proceso de salud mental.

El acontecimiento de lo "terapéutico" desde un enfoque interdisciplinario alcanza diversas dimensiones subjetivas que sostienen la salud mental, tales como: la percepción de cada sujeto sobre sí mismo y su realidad, sus recursos vinculares, recursos cognitivos y comunicativos, recursos emocionales, así como aquellos ligados a las posibilidades de elaboración del conflicto y

cómo éstos se articulan con la vivencia de padecimiento psíquico. Siguiendo a Hornstein (2013), lo terapéutico implica alteración subjetiva, transformación para devenir en otro, sin dejar de ser uno mismo, lo que interpretamos y fue la principal hipótesis de nuestra investigación, podría ser potenciado a partir de una alteridad afectivamente significativa desde un dispositivo terapéutico en la vida cotidiana.

Problema y objetivo

El presente trabajo de investigación fue desarrollado con financiamiento de una beca otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Dirección de Investigación en Salud correspondiente a la Convocatoria 2022- 2023. El mismo se inscribe en una investigación marco, que abarca diversas dimensiones psicosociales de los procesos terapéuticos además de la dimensión vincular, si bien el presente artículo se centra en la misma, considerada como una dimensión central en la salud mental y diferencial en los procesos terapéuticos.

Por lo tanto, el presente reporte de investigación se dedicó a indagar la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las implicancias vinculares de los dispositivos terapéuticos basados en figuras de apoyo, en personas con padecimientos de salud mental, en las principales ciudades del sur del país? Con lo cual, el objetivo principal se constituyó del siguiente modo: explorar las implicancias vinculares de los dispositivos terapéuticos basados en figuras de apoyo, en personas con padecimientos de salud mental, en las principales ciudades del sur del país.

Se advierte que se trata de una temática poco estudiada, en especial en las provincias de Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur (AIAS) y de Santa Cruz donde se desarrolló el presente estudio. Para ello se analizaron las transformaciones en el capital social y la modalidad vincular, en la vida cotidiana de las personas con padecimientos mentales, a partir de la implementación de Dispositivos Terapéuticos basados en figuras de apoyo y se valoró la dimensión terapéutica de los efectos psicosociales identificados.

Esta valoración consideró la perspectiva de usuarios/as, figuras de apoyo y profesionales del equipo tratante en salud mental, generando luego la correspondiente triangulación de datos y análisis por grupos de categorías centrales.

Metodología

Dado que el principal objetivo de este estudio fue explorar las implicancias vinculares de los dispositivos

terapéuticos basados en figuras de apoyo, en personas con padecimientos de salud mental, en las principales ciudades del sur del país, se planteó una investigación exploratoria de enfoque predominantemente cualitativo (Hernández y Sampieri et. al. 2014). La población de estudio fueron las personas que formaban parte de los dispositivos terapéuticos seleccionados, en las ciudades de: Ushuaia y Río Grande de la provincia de Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur; Río Gallegos, El Calafate y Caleta Olivia, de la provincia de Santa Cruz, que constituyen los principales centros urbanos de la Patagonia austral Argentina.

Cada dispositivo terapéutico analizado incluyó a:

1. Personas con padecimientos mentales que contaban con dispositivos terapéuticos basados en figuras de apoyo domiciliarias o ambulatorias, durante el año 2022.

2. Figuras de apoyo (acompañantes terapéuticos/as, cuidadores/as, operadores socio comunitarios) implicadas en dichos diseños terapéuticos.

3. Al menos un profesional miembro de los respectivos equipos tratantes a partir de los que se conforma el dispositivo como tal.

La muestra se definió por muestreo no probabilístico de tipo teórico (Mendieta Izquierdo, 2015), identificando a cinco dispositivos por localidad (un total de 25), cada uno con sus tres miembros como mínimo. Cabe señalar que fue preciso un ajuste de la muestra por saturación teórica, quedando el análisis final desarrollado sobre un total de 15 dispositivos (tres por localidad) y 45 entrevistas respectivamente.

La unidad de análisis (Hernández y Sampieri et.al., 2014) se conformó por: personas de 18 años o más (hasta el 01/01/2022), que residieran durante 2022 en alguna de las localidades antes mencionadas y formaran parte de algún dispositivo terapéutico con figura de apoyo, desde alguno de los tres roles consignados: usuario/a, figura de apoyo o profesional del equipo tratante. Además, los participantes contaban con capacidad para brindar su consentimiento de forma voluntaria al momento de las entrevistas, las cuales se desarrollaron a lo largo del año 2023.

Se excluyeron del estudio las experiencias de dispositivos que contaban con menos de tres meses de desarrollo hasta el momento de la entrevista. En relación a los/as usuarios/as, se consideró además que hayan estado en tratamiento coordinado por parte de algún profesional o equipo interdisciplinario de salud mental

y hayan contado con una figura de apoyo como parte del dispositivo terapéutico en su vida cotidiana, durante 2022, excluyendo aquellas situaciones que se encontraban con internaciones por motivos de salud mental al momento de la entrevista.

Se realizaron instancias informativas y de identificación de dispositivos en función de los criterios mencionados, desarrollando luego una prueba piloto por cada localidad.

Las entrevistas sostenidas con cada una de las partes de cada dispositivo terapéutico fueron semiestructuradas (Hernández y Sampieri et.al, 2014) e individuales por etapas, llevadas a cabo por una investigadora del proyecto referente de cada localidad. En las mismas se indagaron categorías relativas a dimensiones psicosociales del proceso terapéutico, entre las cuales en esta presentación se analiza la correspondiente a los vínculos, centrada en el capital social con base en el estructural constructivismo (Bourdie, 2001) y en la modalidad vincular con base en la teoría psicodinámica (OPD-2), construyendo luego libros de códigos para el análisis de las entrevistas.

Para el estudio cualitativo de la dimensión vincular, se incluyeron preguntas sobre los lazos afectivos de los sujetos y sus modalidades vinculares cotidianas, tanto antes de iniciar con el dispositivo terapéutico estudiado y las identificables al momento de las entrevistas como luego de transcurrido un período de intervención. Se le preguntó del mismo modo a las figuras de apoyo, en su percepción cotidiana de este aspecto en usuarios/as a lo largo del proceso y a profesionales del equipo tratante, desde sus intervenciones disciplinares, habitualmente con encuentros en encuadres institucionales (públicos o privados) que formaban parte de los espacios cotidianos de la vida de las personas con padecimientos mentales. Los datos fueron cuidadosamente anonimizados. Posteriormente, la información fue codificada, triangulada y recategorizada a fin de facilitar el análisis.

Resultados sobre recursos vinculares y capital social

Los dispositivos terapéuticos con figuras de apoyo estudiados registraron ciertas particularidades, entre las que se destacan: estar centrados en el abordaje de padecimientos mentales severos, con una afectación del criterio de realidad, debilitamiento de lazos sociales saludables en usuarios/as, pérdida de autonomía y con detección de situaciones de riesgo, tales como intentos de suicidio. A partir de lo anterior es posible señalar que el padecimiento de salud mental atravesaba signifi-

cativamente la vida de las personas usuarias en diferentes dimensiones de su cotidianidad.

El andamiaje cotidiano, concreto y articulado en forma interdisciplinaria e involucrando a los sujetos con padecimientos mentales en forma activa en su propio proceso de tratamiento, así como la presencia de un diseño terapéutico específico, fueron aspectos centrales en el acontecimiento de lo terapéutico, posibilitando modificaciones codificables y cualitativamente relevantes en relación a los vínculos de usuarios/as.

En lo que respecta a los recursos vinculares y el capital social en las personas con padecimientos mentales estudiadas, identificamos a aquellas personas que se constituían en vínculos afectivamente significativos en su vida cotidiana, y a las modalidades de relación que se establecían entre sí; previo a la instauración de los dispositivos analizados, así como posterior a ellos. Esto se analizó a partir de la codificación de las transcripciones de las entrevistas realizadas, en función de las categorías construidas para tal fin.

En este sentido, se observó que 14 de los 15 dispositivos contaban con algún familiar en la localidad, si bien 4 refirieron contar con otros vínculos familiares fuera de la localidad. En relación a los espacios de convivencia:

- 4 residían en espacios institucionales: *"Toda mi vida viví en hogares, hoy estoy en un hogar de puertas abiertas" (usuaria FTE 02).*
- 8 con familiares (habiendo uno residido en un espacio institucional recientemente).
- 3 vivían solos/as.

En relación a estos espacios de convivencia cotidiana, en 13 dispositivos de 15 se hace referencia a situaciones de conflictividad familiar previas a la instauración del dispositivo de acompañamiento, abarcando mayormente situaciones de violencia intrafamiliar, en sus diversas modalidades. Al respecto, una entrevistada decía lo siguiente: "(...) luego volvía a vivir violencia y allí ya tuve que decir: ýa esto se acabó, no puedo, no puedo seguir viviendo con mi familia ´. Vivía mucha violencia. Ellos eran muy malos, no se podía convivir en esa casa" (Usuaria, USH 01).

En esta línea, las principales temáticas de conflicto registradas en el estudio, se vinculan a los siguientes ejes: 1. Conflictivas vinculadas con el entorno familiar cercano; 2. Rupturas biográficas vitales, como procesos de duelo y; 3. Situaciones de violencias y abuso sexual.

Estas situaciones involucraron en gran parte de los casos, experiencias de soledad, aislamiento y carencia de vínculos significativos que puedan operar como red de apoyo en la vida cotidiana, antes de iniciarse la intervención con dispositivos terapéuticos basados en figuras de apoyo.

Se identificó una vinculación entre lo traumático y la vulnerabilidad psicosocial, a partir de diversos relatos donde referenciaban experiencias perturbadoras, de efecto persistente en la vida de los sujetos, que generaban mayor exposición a situaciones de exposición al riesgo presentes y futuras. En este sentido, siguiendo a Domínguez Lostaló et al. (2008), entendemos por vulnerabilidad, al grado de fragilidad psíquica que constituye una falta de sostén, tras experimentar una desatención en alguna necesidad psicosocial básica: seguridad afectiva, económica, protección, educación, tiempo de dedicación.

En algunas de estas situaciones, se describe un debilitamiento del capital social a partir de manifestaciones del padecimiento mental específicamente. Se registraron lazos sociales frágiles en la mayor parte de los casos estudiados: "No tenía acompañamiento de mi familia, ni de nadie. Como que nadie me decía, che, levántate, tenés que hacer algo. Porque era yo… y si yo no tenía ganas, no hacía nada. Ahí quedaba" (Usuaria RGA 07).

De esta manera, se observó vulnerabilidad relacional (Bonet i Martí, 2006), entendida como aquella situación generada por la ausencia o debilidad de los vínculos de inserción comunitaria, en la que las personas pueden encontrarse como resultado de trayectorias exclusógenas heredadas o a causa de fracturas relacionales. En esta línea se evidencian trayectorias de exclusión que atraviesan las temáticas de conflicto psíquico identificadas, relacionadas con conflictivas vinculares con el entorno familiar cercano y/o con rupturas biográficas en momentos vitales previos; como procesos de duelo o situaciones de violencia y abuso sexual.

Las situaciones de aislamiento o fragilidad en las redes de apoyo (Castel, 1991) se reflejaron también en los escasos vínculos de amistad de la mayoría de los/as usuarios/as, así como en la pertenencia a grupos marginalizados, tal como los grupos de personas que se reunían a consumir sustancias psicoactivas de manera habitual, mencionados por los/as entrevistados/as, los cuales no facilitaban vínculos saludables. En tal sentido, en relación a vínculos de amistad, solo en 4 dispositivos de 15 se mencionan a estas redes como significativas, si bien otros 5 refieren contar con compañeros/as de trabajo o conocidos/as. Apareció como referencia re-

currente entre usuarios/as entrevistados/as, la afirmación: "no tengo amigos" (Usuaria, FTE 01).

En 10 de los dispositivos se mencionan referentes institucionales como vínculos significativos dentro de las redes sociales de los usuarios/as, siendo mayormente mencionados por los/as mismos: "de mi familia no cuento con nadie, pero cuento con la gente del hospital" (Usuaria FTE 02).

En relación a los espacios de participación comunitaria, aparecen en 14 de las 15 situaciones referencias a los espacios deportivos, religiosos, educativos y un grupo de atención a situaciones de consumo problemático. Solo en una situación esta participación se vincula a roles que implicaron reconocimiento y participación en la toma de decisiones, dando cuenta de cierto capital simbólico, que no logró observarse en las demás situaciones.

La vulnerabilidad estaría mayormente ligada al desamparo y al desconocimiento de un lazo social que entrame los recursos subjetivos en la vida cotidiana como la conformación de condiciones de existencia concretas en un tiempo, espacio y ritmo determinado, donde las personas se relacionan entre sí y con la naturaleza, en función de sus necesidades (Quiroga, 2007). La presencia de figuras de apoyo en esta cotidianeidad es valorada por los/as usuarios/as, notando que esta cercanía a sus intereses y dificultades, brinda mayor comprensión y posibilita el acompañamiento de diversos procesos.

Al inicio de la intervención, las modalidades vinculares de usuarios/as recurrían en formas de aislamiento, dependencia, heteroagresividad, y en ocasiones, consumo problemático de sustancias:

- Aislamiento: "no podía confiar en nadie en ese momento, solo con mi operadora, me sentía bastante sola" (Usuaria, RGL 01).
- Dependencia: a partir de demandas que reforzaban roles pasivos en la persona: "...él en su momento se apoyaba tanto en mí que me decía "mamá". Pero después, bueno, fuimos corrigiendo" (Figura de apoyo, USH 02).
- Conductas heteroagresivas: "yo antes agredía mucho a esas personas" (Usuario USH 02).
- A través del consumo problemático de sustancias psicoactivas: "yo antes era una persona de tomar mucha cerveza y esas cosas. Y con las personas que yo me relacionaba

> antes… era como que ellos me invitaban a tomar con ellos" (usuario en situación de consumo problemático, USH 02).

Por otro lado, en algunas situaciones se refieren dificultades vinculadas a roles de cuidado en lo que implica a la maternidad: "a mí me costó vincularme con el nene, mi marido se ocupaba más y peleábamos por eso. Eso fue cambiando y ahora me cuesta menos ocuparme de mi hijo" (Usuaria, RGL 02).

Los cambios registrados muestran mejoras en las relaciones sociales de las personas, en especial en vínculos familiares que eran conflictivos en 13 de 15 situaciones, observándose una dinámica de aumento del capital social, a través de intercambios materiales y simbólicos, lo que: "(...) exige el esfuerzo incesante de relacionarse en forma de actos permanentes de intercambio, a través de los cuales se reafirma, renovándose, el reconocimiento mutuo" (Bourdieu, 2001, p.153). Luego de un tiempo de proceso con dispositivos terapéuticos cotidianos, los sujetos dan cuentan de incremento en sus relaciones interpersonales, tanto intrafamiliares como extrafamiliares.

Esto se observa en el fortalecimiento de los lazos existentes, disminuyendo en varias situaciones la impulsividad, el distanciamiento de vínculos que no se percibían como saludables y la ampliación de otras redes, impulsada a partir de la participación en una diversidad de actividades que, en todas las situaciones, se las vincula a efectos terapéuticos.

La participación en actividades, en el marco del diseño terapéutico, es relatada como fundamental en la ampliación de las redes de los/as usuarios/as.

En este sentido, las principales actividades desarrolladas, en función de lo recabado en las entrevistas, fueron: actividades físicas (14), actividades de la rutina diaria vinculadas a la comida, higiene, vestimenta y administración de la medicación, actividades artísticas (10), salidas recreativas (8), compras, trámites o supervisión de la administración del dinero junto a la figura de apoyo legal (8), concurrencia a dispositivos en donde se desarrollan talleres y grupos (6) y, actividades de estimulación cognitiva y acompañamiento en espacios educativos (6), siendo ofrecidas en este último caso solamente por acompañantes terapéuticas con formación terciaria. En palabras de una figura de apoyo: "nosotros hemos trabajado también con rompecabezas, juegos de mesa, hemos trabajado con adivinanzas…" y en sólo 2 ocasiones, intervenciones en momentos de crisis que dan cuenta de la aplicación de herramientas vinculadas

a los primeros auxilios psicológicos, incluyendo meditación y otros ejercicios de autorregulación, en este caso también únicamente realizados por acompañantes terapéuticas con formación terciaria.

A partir del uso de los dispositivos terapéuticos estudiados, se observaron logros en el desarrollo de modalidades vinculares más asertivas, ampliación de las redes sociales saludables, distanciamiento de vínculos que no se percibían como saludables y a su vez, se registró una socialización de herramientas psicoeducativas a referentes del entorno, lo cual implicó un aprendizaje para familiares, amistades y otros referentes comunitarios, sobre el modo de vincularse y estar con otros/as, con una perspectiva centrada en la inclusión social. Del mismo modo, se identificaron diversas articulaciones entre el equipo tratante y espacios de la dinámica cotidiana de usuarios/as, fortaleciendo el sentido de las intervenciones en el entramado diario de los sujetos.

Ante las situaciones expuestas previamente, los dispositivos terapéuticos estudiados posibilitaron:

- Ajustes asertivos en la modalidad vincular: "la vinculación con la madre ha cambiado muchísimo, que era fundamental que la madre salga del rol de "madre mala" (Figura de apoyo, USH 03).
- Ampliación de redes sociales saludables: "se empezó a relacionar más con su grupo de pares, con amigos o conocidos de otros años, eso fue muy importante para él" (Figura de apoyo, USH 03).
- Distanciamiento de vínculos que no se percibían como saludables: "eran malas personas…o sea yo misma decidí alejarme" (Usuaria, FTE 02).
- Articulación entre el equipo tratante y espacios de la dinámica cotidiana de usuarios/as: "hoy el equipo tratante se interiorizó mucho, desde que nosotros ingresamos como dispositivo, con el colegio [...] hay un profesor como que no lo está pudiendo llevar de la mejor manera. Se abordó eso digamos, como que el equipo habló con el profesor como para ver si se podía solucionar de alguna manera" (Figura de Apoyo, USH 03).

En algunos casos de acompañamiento terapéutico con formación terciaria, además se registró como aporte:

- Facilitación de herramientas psicoeducativas a referentes del entorno: "Fue muy

> importante la figura del AT porque disminuyeron las quejas constantes de la familia, comprendiendo más su situación de salud mental" (Profesional, RGL 03).

De esta manera, aumentó el capital social de usuarios/as, el cual remite a la capacidad incorporada para entablar y mantener relaciones, operando como multiplicador de las probabilidades de valorización de los otros capitales (Seid, 2012).

En relación al capital cultural previo, en todos los casos las personas contaban con algún saber o habilidad previa, ligado a la lectura, la escritura, música y con saberes vinculados a oficios en solo 3 situaciones, observando que en 10 de las 15 situaciones aumentó el capital cultural incorporado, tanto fortaleciendo habilidades previas como incorporando nuevas, a partir del desarrollo de actividades de expresión variadas en el marco del dispositivo, tales como: escritura, pintura, canto, guitarra, piano, baile, teatro y radioteatro (10). Por ejemplo: "decoramos toda la casa afuera, con piedras pintadas de la playa, hicimos cuadros con piedras del mar" (Figura de apoyo, RGA 11).

Se destaca una situación que contaba con un capital cultural institucionalizado y objetivado de relevancia, con recorridos académicos y experiencias laborales vinculadas a éstos. Por otra parte, en 2 situaciones se adquieren estos capitales incorporados durante el acompañamiento y en 1 caso, se adquiere un instrumento musical, aumentando el capital cultural objetivado.

Se registró de manera significativa la ampliación de redes de relaciones e intercambios, que potenciaron el aumento de los demás capitales, en especial el cultural incorporado. En función de esto se observa que, la participación de las actividades mencionadas, posibilitaron la adquisición de nuevos saberes y habilidades, fortaleciendo los recursos culturales. A su vez, algunas de estas actividades configuraron alternativas para el afrontamiento de situaciones conflictivas, siendo posibilitadores de la elaboración de sus padecimientos.

En todos los dispositivos analizados se perciben cambios en las modalidades vinculares con repercusiones en el capital social de los/as usuarios/as. En 8 de estas situaciones, este reconocimiento es mencionado en la totalidad de las partes entrevistadas y analizadas de cada dispositivo.

Cabe mencionarse además la correspondencia entre los cambios en la dimensión vincular y las modalidades del padecimiento psíquico, donde se registró una

disminución notable de comportamientos autolíticos, así como de la necesidad de intervenciones por guardia de salud mental o por medio de internaciones prolongadas.

Conclusiones y reflexiones finales

Los resultados obtenidos contribuyen a dimensionar los aportes terapéuticos que el establecimiento del lazo social cotidiano puede generar, en articulación con un equipo interdisciplinario. El uso de dispositivos terapéuticos basados en figuras de apoyo en la vida cotidiana, tiene una significativa potencia transformadora en la vida de las personas, posibilitando efectos terapéuticos a nivel vincular desde un abordaje comunitario.

El aumento de capitales y recursos subjetivos, en el marco de un proceso terapéutico, es fundamental en tanto modifica la posición de usuarios/as en el campo social, entendiéndolo en términos de Bourdieu (2001) como un espacio objetivo, estructurado por posiciones de agentes que disputan capitales, desarrollando una gran variedad de estrategias que orientan acciones en base a fines, en función de diversos intereses, tendientes a conservar o mantener su patrimonio, mejorando su posición en este entramado de relaciones.

El estudio desarrollado expone un recorte cualitativo de estos cambios respecto de los lazos sociales y su rol en la salud mental, particularmente afectados en personas con padecimientos mentales severos. A partir del mismo, se valora que este tipo de dispositivos ha sido habilitante para que los sujetos puedan vincularse socialmente sin recurrir a medidas compulsivas o de institucionalización, ofreciendo una práctica de la salud mental más situada, respetuosa de los derechos humanos y corresponsable en la intervención. No sólo se ha podido ampliar la red vincular de estos sujetos, sino también, se ha identificado un avance general en la posibilidad de establecer modalidades relacionales saludables.

Siguiendo a Carballeda (2017) es necesario generar nuevas formas de institucionalidad como práctica de resistencia y transformación social; y entendemos que los abordajes comunitarios basados en figuras de apoyo son parte de estas prácticas que permiten, en términos de Castoriadis (en Bozzolo, 2015), fomentar el proyecto de autonomía de la persona, a partir de la elucidación de las significaciones imaginarias sociales que van construyendo subjetividad y posibilitando la construcción de sentidos habilitantes.

No obstante lo anterior, queda señalar que la presencia de estos dispositivos (aún alternativos) sigue siendo escasa en las prácticas sanitarias dentro de la patagonia sur y su sostenimiento en el tiempo, se ve en muchas ocasiones obstaculizado por las condiciones de precariedad laboral de las figuras de apoyo. En el marco de la Ley N°26.657 se promueve la implementación de dispositivos comunitarios, existiendo una clara dimensión terapéutica en los efectos psicosociales identificados a partir de la implementación de los dispositivos terapéuticos estudiados.

Queda el desafío de ampliar la investigación al respecto del aporte terapéutico de este tipo de dispositivos en salud mental desde la perspectiva de vínculos afectivos significativos de los/as usuarios/as, así como de visibilizar la tarea de las diferentes disciplinas intervinientes en su desarrollo, a fin de poder favorecer condiciones adecuadas para el desempeño de la misma. Entendiendo a su vez que la ampliación de investigación específica podría mejorar las posibilidades de diseñar abordajes asistenciales y políticas públicas en relación al sufrimiento psíquico desde la propia cotidianeidad.

Referencias

Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Revista Sociológica Azcapotzalco*, 26(73), 249-264.

Bonet I Martí, J. B. (2006). La vulnerabilidad relacional: Análisis del fenómeno y pautas de intervención en redes. *Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 11(4).

Bourdieu, P. (2001). *Poder, derecho y clases sociales*. Desclée de Brouwer.

Bozzolo, R. (1999) Los vínculos y la producción histórica de subjetividades. Revista de Configuraciones Vinculares, 2 (22) AAPPG, Bs. As.

Carballeda, A. (2017). *Escenarios sociales, intervención social y acontecimiento*. Editorial de la Universidad Nacional de Moreno.

Castell, R. (1991). La dinámica de los procesos de marginalización: De la vulnerabilidad a la exclusión, pp. 37-53. En *El espacio institucional*. Editorial Lugar.

Domínguez Lostaló, J. C., y Di Nella, Y. (2008). *Psicología forense y derechos humanos* (Vol. 1). La práctica psicojurídica ante el nuevo paradigma jus-humanista

(Serie Psicojurídica, 4). Koyatun Editorial.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). McGraw-Hill.

Hornstein, L. (2013). *Las encrucijadas actuales del psicoanálisis*. Fondo de Cultura Económica.

Kuras de Mauer, S., y Resnizky, S. (2011). *El acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Letra Viva.

Ley N° 26.657/2010. Ley Nacional de Salud Mental. Nación Argentina. https://bit.ly/2XL2V3k [consulta, abril 2023]

Mendieta Izquierdo, G. (2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Revista Investigaciones Andina*, 17(30).

OPD-2. (2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado: Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Herder.

Quiroga, A., & Racedo, J. (2007). *Crítica de la vida cotidiana* (7a ed.). Ediciones Cinco.

Rossi, G. (2005). El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en salud mental. *Revista Uaricha*, 2 (6), 49-53.

Salum, J. E., Stolkiner, A. I., y D'Agostino, A. M. E. (2022). La noción de dispositivo en el campo de la salud mental. *Revista de Psicología*, 21(2), 29–47. https://doi.org/10.24215/2422572Xe144

Seid, G. (2012). Conceptualizaciones sobre CS y redes de relaciones sociales: Potencialidades y desafíos para la investigación en estratificación y movilidad social. *VII Jornadas de Sociología de la UNLP*. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de La Plata.

La internación por motivos de salud mental en hospitales generales: estudio sobre la calidad de la atención de un servicio de salud mental con internación desde la perspectiva de distintos actores involucrados

BERTAGNI, José Javier.
Licenciado en Trabajo Social, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Magister en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Doctorando en Trabajo Social (Universidad Nacional de Rosario). Docente e investigador de la Universidad Nacional de Rosario. Miembro del Centro de Investigación en Campos de Intervención del Trabajo Social (CIeCITS). Trabajador Social del Centro Regional de Salud Mental "Dr. Agudo Ávila" (Rosario, Santa Fe).

Contacto: josebertagni@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6266-8821

Recibido: 29/11/24; **Aceptado:** 17/04/25

Cómo citar: Bertagni, J. J. (2025). La internación por motivos de salud mental en hospitales generales: estudio sobre la calidad de la atención de un servicio de salud mental con internación desde la perspectiva de distintos actores involucrados. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (18), 67-92

Resumen

Este artículo comunica los resultados de una investigación que tuvo por objetivo evaluar la calidad de atención de un servicio de salud mental con internación en un hospital general de la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe (Argentina), desde la perspectiva de distintos actores involucrados: responsables y profesionales del servicio, y personas usuarias. Para ello, se han definido dos categorías: orientación comunitaria y respeto y salvaguarda de los derechos. Además, se realizó la caracterización de la estructura del servicio.

El diseño del estudio ha sido cualitativo, descriptivo, enmarcado en la investigación evaluativa. Las técnicas empleadas incluyeron entrevistas a la responsable del servicio, a cuatro profesionales del equipo interdisciplinario (una médica generalista, una psicóloga, una

psiquiatra y una trabajadora social) y a seis personas usuarias. También, se llevó a cabo observación participante y análisis documental de informes y datos otorgado por el efector.

Los resultados mostraron que la calidad de la atención del servicio tenía dificultades para garantizar una atención en determinadas situaciones de salud mental, debido a las características estructurales y edilicias. La orientación comunitaria se encontraba limitada por la falta de propuestas alternativas asistenciales a la internación, como dispositivos intermedios u opciones residenciales, salvo en casos vinculados a problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas. En relación con la garantía de los derechos, los actores señalaron la ausencia de implementación de procedimientos normativos vigentes, como el consentimiento informado y las decisiones anticipadas.

Palabras claves: salud mental comunitaria – evaluación de servicios de salud – internación por motivos de salud mental

Mental Health Hospitalization in General Hospitals: An Evaluation of the Quality of Care in an Inpatient Mental Health Service from the Perspective of Multiple Stakeholders

Abstract

This article presents the results of a study aimed at evaluating the quality of care provided by a mental health inpatient service in a general hospital in the city of Rosario, Province of Santa Fe (Argentina), from the perspective of various stakeholders: service managers, healthcare professionals, and service users. Two analytical categories were defined for this purpose: community orientation and respect for and safeguarding of rights. Additionally, the structure of the service was characterized.

The study employed a qualitative, descriptive design, framed within evaluative research. The methods included interviews with the service manager, four professionals from the interdisciplinary team (a general practitioner, a psychologist, a psychiatrist, and a social worker), and six service users. Participant observation and documentary analysis of reports and data provided by the institution were also conducted.

The results showed that the quality of care faced challenges in ensuring appropriate attention in certain mental health situations, due to structural and infrastructural limitations. The community orientation of care was constrained by the lack of alternative care

options to hospitalization, such as intermediate or residential facilities, except in cases related to substance use disorders. Regarding the guarantee of rights, the actors pointed to the absence of implementation of current regulatory procedures, such as informed consent and advance directives.

Keywords: community mental health – health service evaluation – mental health hospitalization

1. La implementación de internaciones por salud mental en hospitales generales y las evaluaciones de los servicios

En el año 1938 se registró un primer antecedente de internaciones por motivos de salud mental en hospitales generales, con la inauguración del "Servicio de Neurología y Psicopatología" en el Hospital General Rivadavia de la Ciudad de Buenos Aires. Dicho servicio propuso la incorporación de camas destinadas a pacientes psiquiátricos en hospitales generales (Visacovsky, 2001).

Posteriormente, Ramón Carrillo, como Ministro de Salud de la Nación, durante el período 1946-1954, pretendía que los manicomios se transformaran en hospitales y planteaba que no era incompatible la atención por problemáticas de salud mental con la atención que se proporcionaba en hospitales generales. Desde el Instituto Nacional de Salud Mental, creado en el año 1957, se planteó la idea de instalar servicios psiquiátricos en hospitales generales como una de las propuestas para superar la psiquiatría asilar.

Con el retorno de la democracia, el Director Nacional de Salud Mental, Vicente Galli, planteó como estrategia general la integración de las políticas en salud mental con las políticas generales de salud y la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en Salud Mental (Chiarvetti, 2008).

Entre 1983 y 1991, en la Provincia de Río Negro, se desarrolló un proceso de desmanicomialización cuyo eje central ha sido que las internaciones por motivos de salud mental se realicen en hospitales generales. Esta transformación permitió avanzar en el cierre del efector monovalente y en la consolidación de un modelo de atención centrado en la comunidad y articulado con la red de salud. Cohen y Natella (2013) señalaron los aspectos positivos de la experiencia: hubo una disminución del tiempo promedio de estadía, de la frecuencia de las recaídas y mejor evolución. Las personas se recuperaban de su cuadro de salud y se creaban nuevos lazos afectivos y sociales. Además, facilitaba el sostenimiento de sus ocupaciones, favorecía el acompañamiento fa-

miliar y había una disminución del estigma. Otro aspecto positivo es que incluía a las personas usuarias en la red de salud y permitía una adecuada atención de la comorbilidad, sumado a que las personas preferían ser atendidas en los hospitales generales. En cuanto a los aspectos negativos, había una limitación para que las personas deambulen debido a que no estaban previstos de espacios para circular y no contemplaban la ingesta de alimentos en comedores u otros lugares que no sean la cama. Había dificultades para abordar los síntomas de crisis por lo disruptivo que resultaban ante el silencio esperable en un hospital y había una constatación de que en el hospital general también se reproducían prácticas manicomiales.

Estudios que se han realizado sobre la implementación de internaciones por motivos de salud mental en hospitales generales coinciden en la necesidad de modificaciones y ampliaciones de las condiciones edilicias (Equipo Común de Intervención Extrajudicial del Ministerio Público Tutelar, 2014; Almeida et al., 2017; Velzi-Díaz et al., 2018; 2019; Pomares, 2020; Bertagni et al., 2019; Baravalle, 2022), así como en la conformación de servicios compuesto por equipos interdisciplinarios (Fernández, 2017; Faraone et al., 2012).

Además, advierten que la duración de las internaciones tienden a prolongarse debido a la ausencia de alternativas asistenciales residenciales o dispositivos sustitutivos, así como a las dificultades en la implementación de políticas intersectoriales (Equipo Común de Intervención Extrajudicial del Ministerio Público Tutelar, 2014; Fernández, 2017; Almeida et al., 2017; Velzi-Díaz et al., 2018; 2019; Pomares, 2020; Ardila-Gómez et al., 2021; Faraone et al., 2012).

Asimismo, se señala que parte del personal sanitario presenta resistencias a que las personas usuarias de salud mental transiten por diferentes sectores a lo largo del proceso de atención (Equipo Común de Intervención Extrajudicial del Ministerio Público Tutelar, 2014; Bulla, 2017; Velzi-Díaz et al., 2018; 2019).

Los estudios también evidencian una escasa capacitación del personal, tanto relativos a los procesos de atención como a la garantía de los derechos de las personas usuarias (Equipo Común de Intervención Extrajudicial del Ministerio Público Tutelar, 2014: Almeida et al., 2017; Velzi-Díaz et al., 2018; 2019; Pomares, 2020; Baravalle, 2022). Si bien los actores valoraban positivamente la LNSM y la propuesta de que las internaciones fueran en hospitales generales, también problematizaban su implementación (Bulla, 2017; Velzi-Díaz et al., 2018; 2019; Rodríguez Peña, 2022).

Por otro lado, se destaca que las internaciones en hospitales generales suelen ser más breves que en los efectores monovalentes (Belizan, 2015; Ardila-Gómez et al., 2021), presentan una mejor articulación con la red de atención primaria de salud (Belizan, 2015) y favorecen los vínculos con los familiares y con la comunidad (Belizan, 2015; Ardila-Gómez et al., 2021; Rodríguez Peña, 2022).

No obstante, algunos estudios evidencian conflictos en la convivencia entre personas internadas por motivos de salud mental con aquellas con patologías orgánicas (Velzi-Díaz et al., 2018; 2019). Además, se señala que la implementación de salas específicas para salud mental podría reforzar prácticas propias de la lógica manicomial (Ceriani, 2014).

Persisten, asimismo, resistencias en el abordaje de situaciones relacionadas con el consumo problemático de sustancias, así como prácticas que reproducen lógicas manicomiales en la atención (Bulla, 2017). Finalmente, se advierte que muchas personas usuarias desconocen sus derechos, reciben escasa información sobre el tratamiento y no cuentan con herramientas adecuadas para el ejercicio de sus derechos (Bertagni et al., 2019; Ardila-Gómez et al., 2021).

2. Planteamiento del problema y objetivo de investigación

El marco normativo vigente propone un cambio integral en los modelos de atención promoviendo prácticas centradas en la inclusión social y los derechos humanos.

Como sanciona la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (LNSM), la Ley Provincial de Salud Mental N° 10772 y sus decretos reglamentarios, uno de los objetivos principales para la transformación del modelo de atención es que las internaciones se realicen en hospitales generales como sustitutivos a los hospitales monovalentes.

A lo largo de las últimas décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) y tratados internacionales de la Organización Panamericana de la Salud (1990, 2010) sostienen la necesidad de que las políticas de la salud mental se implementen en la red de salud y que los hospitales generales se adecuen para garantizar la atención. A su vez, el Plan Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud de la nación, 2021) y el Plan Provincial de Salud Mental (Gobierno de Santa fe, 2021) instan a crear servicios de salud mental en hospitales generales.

El marco normativo promueve, para la transformación del modelo de atención, la articulación de dos ejes centrales: el respeto y la salvaguarda de los derechos de las personas usuarias y la orientación de la atención hacia la inclusión social, con una perspectiva comunitaria de intervención. Esta estrategia busca evitar las consecuencias segregativas, iatrogénicas y discriminatorias propias del modelo asilar.

La modalidad en que se realizan las internaciones por motivos de salud mental en hospitales generales requiere especial atención, ya que involucra la garantía de derechos de las personas usuarias en momentos críticos de su proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado. Estas prácticas, si no se transforman, pueden obstaculizar la transición de un modelo asilar-manicomial hacia otro basado en la comunidad. Esta investigación surge del estudio multicéntrico de las Becas Salud Investiga "Dr. Abraam Sonis", de la Dirección de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, dirigido por la Dra. Sara Ardila Gómez, titulado "Evaluación de la calidad de la atención en servicios de salud mental con internación psiquiátrica en hospitales generales: estudio en cuatro provincias argentinas", llevado a cabo desde junio de 2017 hasta mayo de 2018 en cuatro provincias: Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Santa Fe.

A partir de esta investigación se realizó un análisis exhaustivo de los datos obtenidos en el trabajo de campo de la evaluación de un servicio específico, en el marco de la realización de la tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria, de la Universidad Nacional de Lanús, dirigida por la Dra. Marina Fernández, defendida en junio del 2024, titulada: "La evaluación de servicios de salud mental con internación en hospitales generales: estudio sobre la calidad de la atención desde la perspectiva de distintos actores involucrados, en la ciudad de Rosario durante el período 2017-2018" (Bertagni, 2024).

Esta publicación expone parte de los resultados de esta tesis y tiene por objetivo desarrollar la caracterización de la estructura del servicio, la evaluación de la orientación comunitaria y el respeto y la salvaguarda de los derechos, a partir de las perspectivas de la responsable del servicio, de los profesionales de la salud y de las personas usuarias.

Posteriormente, se efectuó un análisis comparativo del proceso de atención —considerando tanto la orientación comunitaria como la salvaguarda de los derechos— desde las miradas de estos tres grupos de actores en el servicio de salud mental con internación de un hospital general de la ciudad de Rosario.

3. Marco conceptual: la evaluación de los servicios para la transformación

El campo de la salud mental, entendido en términos de Bourdieu (1990), está atravesado por múltiples factores históricos, socioeconómicos, culturales y políticos. Este campo se configura como un modelo alternativo al paradigma asilar-manicomial (Galende, 1994; 2015), aunque puede concebirse como un subcampo dentro del campo más amplio de la salud. Su éxito, paradójicamente, implicaría su propia desaparición, en la medida en que las prácticas sociales de salud logren incorporar plenamente la dimensión subjetiva de la salud (Ardila-Gómez y Stokiner, 2012).

En América Latina y en Argentina, este campo ha recibido múltiples influencias de los movimientos de la Salud Pública, la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana, consolidando reformas orientadas a la salud como derecho social, con un enfoque comunitario, intersectorial, respetuoso de los derechos humanos, y centrado en la promoción y la prevención, cuestionando la hegemonía médica (Stolkiner y Ardila-Gómez, 2012).

Las rupturas epistemológicas promovidas desde las ciencias sociales han abierto paso a diversas vertientes teóricas sustentadas en la perspectiva de la complejidad (Rodríguez Zoya, 2017), lo cual ha favorecido la consolidación de modelos asistenciales con orientación interdisciplinaria e intersectorial.

La evaluación de servicios busca emitir juicios valorativos y formular recomendaciones para futuras decisiones (Niremberg, et al., 2000; Patton, en Vieira da Silva, 2005), presenta un carácter formativo y de aprendizaje (Aparicio, 1993). Pero la evaluación de un servicio no puede ser descontextualizada (Donabedian, en Aparicio, 1993); se debe evaluar el sistema de salud mental como un todo y no solamente en el plano de las intervenciones y servicios (Ardila Gómez y Stolkiner, 2009).

La evaluación debe recuperar la dimensión subjetiva del proceso por medio de la incorporación de los diversos actores para ampliar los aspectos a los que cada uno da prioridad, a fin de democratizarla (Medina et al., 2005). Este involucramiento se sostiene en que los actores tienen necesidades e intereses diferentes y en que es necesario recuperar esta pluralidad. Esta inclusión puede asimismo operar como un factor clínico, en tanto "se materializa un acto ético de reconocimiento y ejercicio de los derechos ciudadanos" (Ardila Gómez, 2011, p. 54).

4. Metodología

Fue una investigación evaluativa y descriptiva (Hernández Sampieri et al., 2004) y adoptó el enfoque relacional propuesto por Menéndez (1994). Para el análisis de los datos se aplicó un proceso de generalización teórica a partir de los resultados construidos durante el trabajo de campo, siguiendo los lineamientos de la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1969). La validación de los resultados se realizó mediante una devolución a los profesionales y a la responsable del servicio (Hernández Sampieri et al., 2004). La estrategia para la selección de la muestra fue intencional por criterios, y se aplicó con la finalidad de seleccionar casos ricos en información (Patton, 1990).

Las categorías de análisis centrales han sido:

A. Calidad. Refiere a "medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si éstos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia" (OMS, 2003, p. 2).

B. Orientación comunitaria de la atención. Forma de atención que propende la permanencia del usuario en su medio comunitario, dentro de sus redes sociales, y que promueve su inclusión plena en el medio en el que vive. La atención debe realizarse de forma descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva (OPS, 1990). Las subcategorías utilizadas, que se desprenden de la LNSM y su Decreto Reglamentario, son: acceso a otras alternativas de atención; trabajo en red con primer nivel de atención; atención interdisciplinaria; intersectorialidad, y abordaje familiar y vincular (LNSM, art. 14; Decreto Reglamentario LNSM, art. 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17 y 30).

C. Respeto y salvaguarda de los derechos. Refiere a la protección y el cumplimiento de los derechos consagrados en los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (ONU, 1991), en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) y en la LNSM. Las subcategorías utilizadas, que se desprenden de la LNSM y su Decreto Reglamentario son: derecho a la información acerca del diagnóstico y el tratamiento; derecho a la toma de decisiones; derecho al consentimiento informado; derecho a la privacidad;

conservación de los vínculos durante toda la internación; no discriminación en el proceso de atención, y la implementación de decisiones anticipadas (LNSM, art. 7, 14 y 28; Decreto Reglamentario LNSM, art. 7, 10 y 14).

La investigación se realizó en un servicio de salud mental con internaciones de un hospital general de la ciudad de Rosario, considerado pionero en este tipo de atenciones, tanto por su trayectoria cronológica como por la disposición de recursos profesionales especializados y la implementación de reformas edilicias.

Se entrevistó a la responsable del servicio de la guardia donde se encuentra integrado el equipo de salud mental, quien era médica clínica, así como a los profesionales del servicio: a una médica clínica de guardia, una psicóloga, una psiquiatra y una trabajadora social. El criterio de selección ha sido por antigüedad y mayor tiempo de dedicación en el servicio.

También se entrevistó a seis personas usuarias que se encontraban internadas por motivos de salud mental en el efector: tres varones y tres mujeres mayores de edad. Al momento que se realizaron las entrevistas, tres se encontraban cursando su internación en la guardia y las otras tres en las salas. La selección se realizó a partir de la evaluación y ofrecimiento previo por parte del equipo tratante, respetando la condición clínica de cada persona usuaria. Posteriormente, tras la presentación de la investigación y la firma del consentimiento informado, se concretaron las entrevistas, que se efectuaron aproximadamente una semana después del ingreso. La selección de participantes se llevó a cabo por orden de ingreso hasta completar un total de seis entrevistas.

La documentación utilizada para la caracterización del servicio fue provista por el efector. Incluía datos detallados de las internaciones realizadas en el periodo comprendido entre julio de 2016 y junio de 2017, con discriminación de diagnósticos, motivos de internación y duración de las mismas. Además, se dispuso de un documento interno de planificación del hospital general: "Organigrama de Funcionamiento Interno, HPR, 2013-2014".

Las técnicas implementadas en el trabajo de campo fueron la observación participante, el análisis documental, entrevistas estructuradas para las personas usuarias y semiestructuradas para la responsable y los profesionales del servicio. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética del hospital seleccionado y todos los participantes han brindado su consentimiento de forma escrita.

Se utilizó para la construcción de los instrumentos la guía "Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental, Módulo E. Servicios de Internamiento Psiquiátrico" (OMS, 1994) y el "Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS" (OMS, 2012). Para las entrevistas a las personas usuarias también se usó como insumo el instrumento "Idea Project" (Sartorious y Thornicroft, 2012). Para la caracterización del servicio se construyó una guía que fue diseñada sobre la base de los documentos "Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental" (1997), "Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental - OMS" (2005) y "Lineamientos para la Atención en Urgencias" (MSAL, 2013b).

El tipo de análisis de la información fue mixto. Se aplicó análisis cuantitativo a los datos referidos al número de internaciones y su durabilidad en el hospital general seleccionado, entre julio de 2016 y junio 2017, así como a los relativos a diagnósticos y diferenciación por género.

Durante los años 2022 y 2023 se analizaron los datos obtenidos del trabajo de campo desarrollado durante el período 2017-2018. Se procedió a una nueva lectura integral de las entrevistas que permitió redefinir las categorías de análisis y establecer subcategorías referenciadas en los artículos de la LNSM. A partir de esta redefinición se inició un proceso de organización de los datos por subcategoría y por actor. El proceso de codificación generó una matriz que permitió distinguir los elementos centrales y agrupar aquellos redundantes. Asimismo, se codificaron elementos emergentes que no estaban previstos inicialmente en los instrumentos de recolección de información, pero que fueron incorporados para su inclusión en la discusión.

5. Resultados

5.1. Resultados I: caracterización del servicio

La red de salud pública de la ciudad de Rosario contaba con 55 Centro de Atención Primaria municipales y 36 de administración provincial, siete hospitales generales (cinco municipales y dos provinciales), un efector monovalente público y ocho privados. En total disponía de 815 camas en hospitales generales y 66 en el hospital monovalente. En el primer semestre del 2017 se habían realizado 150 consultas en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros "Dr. A. I. Freyre", con 101 internaciones, de las cuales 50 corresponden a personas de la ciudad de Rosario (Almeida et al., 2017). Este efector, de dependencia provincial, se encuentra a 60 km de la ciudad de Rosario y recibía derivaciones cuando no había disponibilidad de camas en la red local.

El hospital general seleccionado se ubica en la zona centro de la ciudad de Rosario, con una población georreferenciada de 386.000 personas, 17 Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) y 47 Centro de Atención Médica para la Comunidad (SAMCo). Atendía anualmente a 182.000 personas, contaba con 169 camas totales, de las cuales 10 eran de guardia, incluyendo 2 dedicadas a salud mental.

El servicio de salud mental de la guardia estaba conformado por un responsable del servicio, tres psiquiatras, seis psicólogos y cuatro trabajadores sociales, organizados en cinco equipos. La atención se brindaba los días hábiles de 8 a 14 hs., fuera de ese horario, las consultas eran tomadas por el Equipo Soporte de Urgencias en Salud Mental, que cubría las guardias de todos los hospitales generales de la ciudad.

Entre julio 2016 y junio 2017 se realizaron 112 internaciones y 4 reinternaciones. El 80% de las personas pertenecían a la franja etaria de 18-64 años, y el 18% tenía entre 14 a 18 años. Los principales motivos de internación fueron en un 50% trastorno mental y en un 47%, abuso de sustancias. La estadía promedio fue de 7 días.En cuanto a la estructura edilicia, el servicio carecía de consultorios y espacios comunes. Los actores señalaron diferencias en las condiciones de atención entre el sector de la guardia y las salas de internación, lo cual se refleja en la Tabla 1, diferenciada por actor y por sector.

5.2. Resultados II: Orientación Comunitaria

a. Acceso a otras alternativas de atención: la responsable y los profesionales del servicio señalaban las dificultades para encontrar alternativas asistenciales a la internación, lo cual era un motivo por lo cual se prolongaba su duración. También, identificaron obstáculos para el abordaje con personas menores de 18 años debido a la ausencia de dispositivos específicos para este grupo. Si bien reconocían que existían más propuestas para el abordaje de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, advertían que los tiempos de articulación para el ingreso a dichos recursos solían ser prolongados. Asimismo, agregaron que siempre están pensando sumar otras propuestas asistenciales en el marco de la internación y al momento de la externación.

Tabla 1. Comparación por actor entre la internación en el sector de la guardia y la sala general

Actores	Sector guardia	Sala general
Responsable del servicio	Dos camas en un sector de la guardia, una en cada box, favorecía a una mayor privacidad.	Camas compartidas con pacientes internados por otras causales de salud. Se puede disponer de habitaciones exclusivas para las personas usuarias de salud mental, según criterio clínico. Escasa disponibilidad de camas.
Profesionales	Dos camas dedicadas son insuficientes. Se extiende la internación en el sector por resistencias en las salas generales.	Resistencias a la recepción de las personas usuarias internados por motivos de salud mental y con antecedentes de intento de suicidio.
Las personas usuarias	Falta de privacidad e intimidad, ruidos molestos y conflictos por compartir espacios con pacientes con patologías orgánicas. No están cómodos y no tienen donde guardar sus pertenencias. Valoran encontrarse solos. La habitación propia favorece la recepción de la visita familiar. Tienen que cruzar la sala de patologías orgánicas para acceder al baño.	Tienen donde guardar sus pertenencias. Comparten habitaciones de tres camas con pacientes con patologías orgánicas. Encontraban en el baño un lugar de privacidad. Señalaban que la habitación era cómoda, tenía ventanas y era más luminosa. Contaban con baños y televisor en la habitación. Tenían miedo de contagiarse de patologías infecto contagiosas.

Fuente: Bertagni, 2025.

b. Trabajo en red con primer nivel de atención: la responsable del servicio y los profesionales señalaron que incorporaban a los centros de salud en la evaluación y en la definición de la estrategia de externación desde el primer contacto con la situación. Coincidían los tres actores que el centro de salud facilitaba el acompañamiento familiar y vincular en el proceso de atención.

c. Atención interdisciplinaria: la responsable del servicio y los profesionales destacaron la importancia de que la atención se realice de forma interdisciplinaria. Coincidían en que, en la práctica, a veces, la especificidad se borraba, aunque intentaban diferenciar las prácticas disciplinarias. Planteaban que el equipo participaba de todo el proceso de atención, que las decisiones eran en conjunto y que se fomentaba la horizontalidad en las relaciones entre los profesionales. Las personas usuarias se referían a sus profesionales tratantes como un equipo, pero se observaba que podían diferenciar la función de cada profesional.

d. Intersectorialidad: la responsable del servicio y los profesionales identificaron dificultades para articular con otros organismos estatales y en dar respuestas a problemáticas habitacionales. Los profesionales remarcaban la importancia de incorporar en el proceso de atención el deseo de las personas usuarias, en relación con sus búsquedas ocupacionales, laborales, recreativas y educativas. Las personas usuarias refirieron que, en el marco de la atención, les permitían sostener sus ocupaciones y que los ayudan a buscar trabajo o continuar sus estudios.

e. Abordaje familiar y vincular: los tres actores plantearon que los familiares participaban de todo el proceso de atención. La responsable del servicio y los profesionales manifestaron la necesidad de trabajar la revinculación y las resistencias que se presentaban para la externación. Tanto los profesionales como las personas usuarias señalaron la importancia de favorecer los encuentros en el marco de las visitas y permitir que ingresen menores de edad para conservar el vínculo con los hijos. También, resaltaron la posibilidad de tener salidas con los familiares o referentes afectivos y que estos podían acompañar como cuidadores durante la internación.

Comparación de resultados por actor y por subcategoría. Como se refleja en la tabla 2, el nivel de calidad alcanzado por sub categoría es parcial. Se observó una coincidencia general respecto de las dificultades para constituir alternativas asistenciales a la internación. No obstante, valoraban positivamente la atención

brindada con el primer nivel de atención y el abordaje interdisciplinario. En cuanto a la intersectorialidad, la responsable del servicio resaltaba dificultades en los procesos que requerían articular con otros sectores estatales, mientras que las respuestas de los profesionales eran más heterogéneas. Todos los actores coincidieron en que la internación favorecía la vinculación familiar y social, siendo uno de los aspectos mejor valorados por los actores involucrados.

5.3. Resultados III: respeto y salvaguarda de los derechos

a. Derecho a la información acerca del diagnóstico y tratamiento: todos los actores entrevistados manifestaron que no se brindaba la información por escrito. Las personas usuarias señalaban que era escasa la información que se les otorgaba y que, según la situación, se contactaba a algún referente familiar. La médica clínica de guardia planteaba que lo relativo al tratamiento de salud mental no lo comunicaba ella sino el equipo de

Tabla 2. Comparación de resultados por actor y subcategoría

Orientación comunitaria	Responsable del servicio	Profesionales de la salud	Usuarios
1. Acceso a otras alternativas de atención	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
2. Trabajo en red con primer nivel de atenció	Alcanzado	Alcanzado	No indagado
3. Atención interdisciplinaria	Alcanzado	Alcanzado	Parcialmente alcanzado
4. Intersectorialidad	No alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
5. Abordaje familiar y vincular	Alcanzado	Alcanzado	Alcanzado

Fuente: Bertagni, 2024.

salud mental. Las personas usuarias y los profesionales plantearon que la familia o los referentes afectivos participaban activamente en el proceso de atención.

b. Derecho a la toma de decisiones: la responsable del servicio y los profesionales plantearon que la toma de decisiones estaba sujeta al estado clínico de la persona usuaria y que, principalmente, esta tarea la implementaba la psiquiatra y la psicóloga. Las personas usuarias también ubicaban a estos profesionales como referentes en el proceso de atención. Los profesionales plantearon que siempre buscaban lograr acuerdos con las personas usuarias, quienes lo han ratificado.

c. Derecho al consentimiento informado: todos los actores plantearon que no se realizaba consentimiento informado de forma escrita, sino, en algunas situaciones, de forma oral. Señalaban que convocaban ocasionalmente a los abogados del hospital para la implementación de acuerdos terapéuticos.

d. Conservación de los vínculos durante toda la internación: los tres actores coincidieron en que la familia participaba activamente en el proceso de atención, a través de visitas, salidas terapéuticas e, incluso, asumiendo tareas de cuidado. Las personas usuarias valoraban que podían realizar llamadas telefónicas, conservar su teléfono personal y acceder al patio para recibir visitas. Además, destacaban que podían ingresar a las visitas menores de 18 años de edad. Las personas usuarias y los profesionales señalaron la importancia del centro de salud para favorecer estos procesos. La participación de familiares y referentes afectivos era considerada un factor que facilitaba la gestión de alternativas asistenciales.

e. La no discriminación en el proceso de atención: la responsable y los profesionales del servicio señalaron que no existían restricciones para la admisión y evaluaciones de personas por motivos de salud mental, salvo las que eran menos de 14 años de edad. No obstante, mencionaron que, en situaciones excepcionales -debido a la gravedad o características del cuadro clínico-, se consideraba necesaria la derivación a un efector monovalente. Indicaron que, por decisión de la gestión, existía la voluntad de admitir todas las situaciones de salud mental en el hospital general. Sin embargo, persistían resistencias por parte de algunos integrantes del personal de salud dentro del propio hospital. Estas resistencias a la admisión en las salas de internación generaba como consecuencia la prolongación de las estadías en el sector de guardia.

f. La implementación de las decisiones anticipadas: todos los actores manifestaron desconocer el instrumento, pero valoraban su utilidad y que estarían de acuerdo con que se aplique.

Comparación de resultados por actor y por subcategoría. La calidad percibida por los tres actores coincidieron tanto en los elementos que valoraron positivamente como en aquellas que requerían mejoras. Esta convergencia de perspectivas se refleja en los resultados sistematizados en la Tabla 3, en la que se grafican por actores y subcategorías de análisis.

Se destaca que el único objetivo efectivamente alcanzado fue la conservación de los vínculos afectivos y familiares, en correspondencia con los hallazgos obtenidos en la categoría de análisis "orientación comunitaria".

Por el contrario, las subcategorías vinculadas a la garantía de derechos presentaron mayores deficiencias. Los tres actores señalaron la persistencia de situaciones de discriminación por algunos integrantes del personal sanitario y la ausencia de implementación de instrumentos jurídicos destinados a garantizar los derechos de las personas usuarias durante el proceso de atención.

6. Discusión

Caracterización del contexto del servicio de salud mental. Tanto en América Latina como en el ámbito nacional y local persiste un modelo mixto para la implementación de internaciones por motivos de salud mental. Las internaciones en hospitales generales tienden a ser menos prolongadas en comparación con las realizadas en hospitales monovalentes (MSAL, 2019), lo que plantea el interrogante acerca de cómo se abordan las situaciones en las que los apoyos sociales son insuficientes o hay limitaciones para el acceso a derechos sociales que permitan externaciones sustentables.

La provincia de Santa Fe cuenta con una larga trayectoria en la formulación de políticas sociales en salud mental. Sin embargo, su red asistencial aún dependía parcialmente de la atención brindada por hospitales monovalentes y los dispositivos alternativos y las internaciones en hospitales generales no alcanzaban a dar respuestas a las demandas de la población que requerían internación.

Caracterización de la estructura del servicio. Una de las principales limitaciones señaladas eran las condiciones edilicias del servicio, aspecto que también ha sido observado de forma recurrente en los resultados de otras

Tabla 3. Comparación de resultados por actor y por subcategoría

Respeto y salvaguarda de derechos	Responsable del servicio	Profesionales de la salud	Personas usuarias
1. Derecho a la información acerca del diagnóstico y tratamiento	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
2. Derecho a la toma de decisiones	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
3. Derecho al consentimiento informado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado
4. Derecho a la privacidad	Sin datos	Sin datos	Parcialmente alcanzado
5. Conservación de los vínculos durante toda la internación	Alcanzado	Alcanzado	Alcanzado
6. La no discriminación en el proceso de atención	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado	Parcialmente alcanzado
7. Implementación de las decisiones anticipadas	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado

Fuente: Bertagni, 2024.

investigaciones (Bulla, 2017; Equipo Común de Intervención Extrajudicial del Ministerio Público Tutelar, 2014; Baravalle, 2022; Rodríguez Peña, 2022; Bertagni et al., 2019; Pomares, 2020; Fernández, 2017; Almeida et al., 2017).

Si bien se trataba de un servicio único dentro de la red porque disponía de camas dedicadas específicamente para salud mental, aún presentaba importantes limitaciones estructurales, como la ausencia de consultorios y de espacios que garantizaran privacidad para las entrevistas, así como la falta de ámbitos comunes o áreas de circulación. La organización espacial continuaba respondiendo al modelo de reposo del paciente internado. Esto abre un interrogante sobre cómo las prácticas en salud mental se ven condicionadas o incluso reducidas por las lógicas de otras especialidades médicas predominantes en el hospital general.

Además, se encontraron diferencias entre cursar la internación en el sector de la guardia de las salas de internación, como por ejemplo, en relación a la capacidad de recibir visitas, en el descanso, en la privacidad, en la capacidad para deambular por las instalaciones, como así también, en las estructuras de cuidado que cada sector disponía. Estas características del servicio coincidieron con otras investigaciones locales (Velzi Díaz et al. 2018; 2019) y podrían ser una limitante para la garantía de los cuidados que requieren las personas usuarias y, a veces, un motivo de resistencia de la atención por parte del personal sanitario.

Otro aspecto relacionado con la estructura era la falta de cartelería sobre la atención en salud mental. Se consultó a la responsable del servicio sobre si la población estaba informada de que el hospital disponía de un servicio de salud mental, y sobre su percepción respecto de si esta ausencia de señalización podría constituir una limitante para la promoción de la atención en salud mental en los hospitales generales.

Los profesionales manifestaron la ausencia de capacitaciones para el personal como una de las limitantes para la atención de las personas usuarias, como también para la protección de sus derechos, siendo otro aspecto de este estudio que coincide con otras investigaciones realizadas (Fernández, 2017; Velzi Díaz et al., 2018 y 2019; Rodríguez Peña, 2022; Baravalle, 2022; Almedia et al., 2017).

La capacitación es considerada primordial para avanzar hacia un cambio del modelo asistencial que, como han señalado Cohen y Natella, (2015), su ausencia ha sido uno de los principales obstáculos para realizar

la reforma de salud en la provincia de Río Negro. Hay estudios que señalaron que la convivencia entre pacientes con patologías orgánicas y las personas usuarias de salud mental podrían generar tensiones (Velzi Díaz et al., 2018; 2019), sin embargo, en esta investigación no se constataron conflictos explícitos, y las personas usuarias de salud mental mostraban solidaridad hacia los pacientes con enfermedades orgánicas, brindándoles apoyo en sus limitaciones. Esto plantea la necesidad de repensar la distribución de camas y sectores dedicados a salud mental en hospitales generales. Aunque sectores diferenciados podrían responder a estas dificultades, Ceriani (2014) advierte que esta distribución de salas podría perpetuar lógicas manicomiales, contrarias a modelos integrados de atención.

La estructura del servicio constituye un aspecto central para garantizar la calidad de la atención en las internaciones por salud mental en hospitales generales. Las deficiencias en este plano pueden ser uno de los motivos por lo cual se realicen derivaciones a hospitales monovalentes o que se produzcan abandonos de la internación, interrumpiendo las medidas de cuidado.

Frente a esta situación resulta necesario interrogarse sobre la adecuación de los recursos para implementar internaciones involuntarias, tanto en las medidas de protección de persona como las que se realizan mediante la jurisdicción penal.

Orientación comunitaria. Los actores señalaron que las internaciones se prolongaban más de lo necesario por las ausencias de otras alternativas asistenciales, como también por la demora para la articulación con otras propuestas terapéuticas. Se debería indagar, en otros estudios, las causas de estas demoras. A su vez, indicaron que contaban con escasos recursos para las externaciones para aquellas personas usuarias que necesitaban apoyo para la vida diaria. Valoraron la articulación con el primer nivel de atención, pero remarcaron la ausencia de dispositivos residenciales —como casas asistidas o de medio camino— para aquellos casos en que se requería garantizar el derecho a la vivienda. En su lugar, se solían gestionar subsidios para pensiones, lo que resultaba insuficiente.

En este marco cabe preguntarse: ¿con qué alternativas asistenciales cuentan las personas usuarias de larga estadía en hospitales generales, más allá de la derivación a un hospital monovalente o a una organización destinada a la atención de consumos problemáticos? ¿Cómo se evita la prolongación de internaciones cuando existen barreras al acceso a los derechos sociales o cuando los apoyos sociales son insuficiente para reali-

zar externaciones sustentables, como sucede frecuentemente en los efectores monovalentes?

La responsable del servicio y los profesionales valoraron positivamente el trabajo interdisciplinario, destacando tanto la diferenciación de funciones según las disciplinas como el trabajo conjunto en la toma de decisiones y en la construcción de la estrategia terapéutica. Esta valoración refuerza la importancia de conformar equipos interdisciplinarios en los servicios de salud mental, como parte de una decisión estratégica de las gestiones institucionales. Los profesionales y la responsable del servicio señalaron dificultades en el abordaje de personas usuarias menores de 18 años, tanto dentro del efector como en lo que respecta a la continuidad de atención luego del alta. Esta situación plantea la necesidad de revisar si se están garantizando las condiciones de atención conforme a lo establecido en la LNSM y en la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Nº 26.061.

Se observaba que el proceso de atención estaba delimitado a las prácticas sanitarias, notándose una ausencia de otros organismos públicos y de la comunidad que favorezcan la inclusión social a las personas usuarias de salud mental. Los profesionales y las personas usuarias valoraban que durante el proceso de atención se buscaban propuestas de inclusión social y que se acompañaba a la familia a fin de favorecer la restitución de los lazos. No obstante, no se disponían de espacios asistenciales dirigidos exclusivamente para familiares y referentes afectivos.

Respeto y salvaguarda de los derechos. La implementación de internación por motivos de salud mental en los hospitales generales requiere la incorporación de hábitos, instrumentos y protocolos a fin de garantizar los derechos de las personas usuarias de salud mental, quienes han sido históricamente vulnerados bajo el modelo asilar-manicomial. Sin embargo, el hecho que se realicen las internaciones en hospitales generales no necesariamente garantiza por sí solo la superación de dichas lógicas ni evita de forma automática las históricas vulneraciones y violaciones de derechos de las personas usuarias por las prácticas de lógicas manicomiales.

Los tres actores evaluados confirmaron la disposición del equipo a comunicar acerca del diagnóstico y del tratamiento a las personas usuarias y familiares. No obstante, esa notificación se realizaba de forma parcial, sin instancias escritas. Este déficit en la comunicación se vió replicado en otros instrumentos de garantías de derechos, como el consentimiento informado y la im-

plementación de decisiones anticipadas. ¿Tal vez pueda pensarse que estas limitaciones podrían ser producto del predominio médico en el proceso de atención, y que por esa razón el servicio no produce su propio instrumental para el procedimiento de las internaciones por motivos de salud mental?

Los actores refirieron que se garantizaba el derecho de las personas usuarias a participar en la toma de decisiones. Sin embargo, identificaron como una limitante las situaciones en que la persona se encontraba cursando una crisis, lo que dificultaba su capacidad de decidir. En esos casos se contactaba a familiares o referentes afectivos para comunicar las intervenciones realizadas y las alternativas de atención posibles. La conservación de los vínculos durante la internación es uno de los objetivos principales para la realización de las internaciones en hospitales generales, dado que permite permanecer en su entorno comunitario. En este sentido, el servicio favorecía a la conservación de los vínculos y evitaba que la internación resultase excesivamente restrictiva.

Se encontraban resistencias por algunos integrantes del personal sanitario para la realización de internaciones por motivos de salud mental en el hospital general. Se podría pensar si esto tendría alguna relación con la falta de planificación y de capacitaciones en el servicio, situación que se ha observado en otros estudios (Común de Intervención Extrajudicial del Ministerio Público Tutelar, 2014). Las personas usuarias valoraban positivamente poder realizar su tratamiento en un hospital general y la calidad de la atención que se brindaba. A su vez, plantearon que desconocían que podían ser asistidas por su problemática subjetiva en este tipo de efector.

Reflexiones sobre los alcances y limitaciones de la investigación. Esta investigación tuvo como finalidad recuperar una experiencia específica de atención y aportar una propuesta particular de evaluación que contribuya tanto a la gestión de políticas sociales y servicios como al debate académico en torno a los modelos de atención y evaluación.

Al comparar los resultados por actor y por categoría de análisis se encontró que las representaciones de los actores mayormente coincidieron. Esto permite pensar que las consideraciones de la investigación presentan cierta solidez, tanto en los aspectos positivos de la propuesta asistencial como en aquellos que requieren mejoras o incorporaciones. Todos los actores señalaron que las principales fortalezas del servicio fueron la permanencia de los vínculos y la incorporación de la

familia y referentes socio-afectivo durante la internación. Esto podría ser uno de los motivos por los cuales las internaciones sean menos prolongadas que en los hospitales monovalentes.

Durante el análisis surgieron dificultades para disociar los aspectos vinculados a la atención comunitaria de aquellos referidos a la garantía de los derechos ciudadanos. Se comprendió que una atención orientada a la comunidad implica, de manera inherente, el respeto y la protección de los derechos de las personas usuarias. En este sentido, la defensa constante de esos derechos durante el proceso de atención está estrechamente ligada a la permanencia en el entorno comunitario, ya que es allí donde se encuentran los vínculos, valores y condiciones sociales que los hacen posibles.

La implementación de servicios de salud mental en los hospitales generales pone en tensión la relación del campo de la salud mental con el de la salud al querer incorporar la dimensión subjetiva en las políticas y prácticas de salud. Este enfoque plantea una pregunta fundamental: ¿en qué medida las limitaciones y desafíos observados en el servicio de salud mental evaluado se reproducen también en otras especialidades médicas y servicios hospitalarios? Esta perspectiva invita a reconocer la centralidad del sujeto, su comunidad y el respeto y protección de sus derechos en todas las prácticas de salud.

En este marco es fundamental destacar que las políticas sociales en salud mental y la transformación de los sistemas de atención requieren de un abordaje integral e intersectorial. Tal transformación implica articular acciones de promoción y prevención, consolidar dispositivos de atención comunitaria, favorecer procesos de inclusión social y garantizar el respeto de los derechos humanos.

Todo ello excede las posibilidades de un único efector, demandando una mirada amplia, articulada y sostenida por la acción conjunta de los múltiples actores que integran el sistema de salud y los espacios sociales y políticos vinculados.

Referencias

Almeida, V., Chidichimo, M., Coll, L., Orpinell, F., Pochettino, C. y Valdano, L. (2017). Desafíos de la política de salud mental sustitutiva a lo manicomial: que abrir para cerrar. Cerrar el manicomio no es achicar el estado. *Cadernos do CEAS*, Salvador/Recife, (242), 657-671, ISSN 2447-861X.

Aparicio, V. (1993). Evaluación de los servicios de salud. Conceptos y componentes. En V. Aparicio (Ed.) Evaluación de servicios de salud mental (pp. 15-50). Asociación española de Neuropsiquiatría.

Ardila-Gomez, S. E. (2012). *La perspectiva de los usuarios en la evaluación de servicios de salud mental: Estudio de caso de un Programa de externación de mujeres en la Prov. de Buenos.* (Tesis doctoral). Universidad de Lanús, Remedios de Escalada.

Ardila-Gomez, S. y Stolkiner, A. (2009). El uso de técnicas en la evaluación no tecnocrática: desarrollos acerca de la evaluación de programas y servicios de salud mental. Pertenencia Institucional: Trabajo realizado en el marco del proyecto PICTO: *Metodología y estrategias de evaluación en programas de reinserción comunitaria de pacientes psiquiátricos.* Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (FONCyT). Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

Ardila-Gomez, S. E., Fernández, M. A., Bertagni, J. J., Dinolfo, L., Galíndez, L., Prado, M. y Rosales M., L. (2021). Calidad de la atención de servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales de Argentina, 2018. *Saude Debate, 45*(128), 54-65.

Baravalle, E., Dionisio, L., Puglisi, D., Vilches, F., Dipre. S., Bella, M. (2022) Diagnóstico del estado de implementación de las unidades de internación en salud mental en hospitales generales en la Ciudad de Córdoba. Resultados preliminares. Revista Facultad de Ciencia Médicas Universidad Nacional de Córdoba. Suplemento JIC XXIII.

Belizan, J. (2015). *Egresos hospitalarios con diagnósticos de salud mental en hospitales generales del Nodo Rosario, en el período 1998-2010.* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús.

Bertagni, J. J. (2024). *La evaluación de servicios de salud mental con internación en hospitales generales: estudio sobre la calidad de la atención desde la perspectiva de distintos actores involucrados, en la ciudad de Rosario durante el período 2017-2018* (Tesis de Maestría no publicada). Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Comunitaria, Maestría en Salud Mental Comunitaria.

Bertagni, J. J., Fernández, M. A., Rosales, M. L., Grasso, L., Prado, M., Heredia, A., Dinolfo, L., Loitegui, S., Mansilla, N., Murillo, J., Del Carpio, S., Bocco, F., Yoma, S., Atala, L., Galindez, L., Buhlman, S., Caminada, M. P., Viarengo, C. y Ardila-Gomez, S. (2019). Evaluación de servicios de salud mental en hospitales

generales con internación: la perspectiva de sus usuarios. En Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. *Haceres Colectivos, Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina.* Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (pp. 35-44).

Bourdieu, P. (1990) Sociología y Cultura. Algunas Propiedades de los Campos. Grijalbo.

Bulla, V. (2017). La organización del proceso de trabajo a partir de la hospitalización de pacientes con sufrimiento psíquico. Tecnologías blandas en el proceso de atención-cuidado en un hospital general. (Tesis de maestría, Universidad Nacional de Rosario).

Ceriani, L. (2014). *La internación en servicios de salud mental en hospitales generales desde la perspectiva de los trabajadores y los usuarios. Estudio exploratorio en tres hospitales de la provincia de Buenos Aires.* Informe Final Beca Iniciación, Comisión Nacional Salud Investiga.

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

Chiavertti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de Clínica Psicopatológica, 17*(2), 173-182

Faraone, S., Valero, A., Torricelli, F., Rosendo, E., Méndez, M. y Geller, Y. (2012). Accesibilidad y derechos humanos: análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego. *Revista Argentina Salud Pública, 3*(12), 28-33.

Fernández, M. (2017*). La evaluación de servicios de Salud Mental desde la perspectiva de todos los actores involucrados: estudio en una sala de internación psiquiátrica de un Hospital Interzonal General de Agudos de la Provincia de Buenos Aires durante el año 2014.* (Tesis de maestría) Universidad de Lanús, Remedios de Escalada.

Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una clítica de la razón psiquiátrica.* Paidós.

Glaser B. G. y Strauss A. L. (1969). *Discovery of grounded theory: strategies for* qualitative research. Aldine Publishing Company.

Gobierno de Santa Fe. (2021). *Propuesta Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe.* Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Dirección Provincial de Salud Mental.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (eds.). (2004). *Metodología de la investigación.* McGraw-Hill Interamericana.

Ley Provincial de Salud Mental n.° 10772 y Decreto Reglamentario (2007). Congreso de la Provincia de Santa Fe. Argentina.

Medina, M. G., Pontes Silva, G. A., Aquina, R. y Araújo Hartz, Z., M. (2005). Uso de modelos teóricos en la evaluación en salud: aspectos conceptuales y operacionales. En De Araujo Hartz, ZM. y Vieira da Silva, LM. (Org.*) Evaluación en salud: De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud.* (pp. 41-62). Lugar Editorial.

Menéndez, E. (1994). *La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?* Alteridades 4(7), 71-83.

Ministerio Público Tutelar. (2014). *Internaciones por salud mental en Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.* (Documento de trabajo N.° 21).

Ministerio de Salud de la Nación. [MSAL]. (2021). *Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025.* Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación Argentina.

Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (1994). *Evaluación de la calidad de la atención en Salud Mental.* Modulo E Servicios de Internamiento Psiquiátrico. Milán, Italia: Instituto "Mario Negri".

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Evaluación de la calidad de la atención en Salud Mental.* Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Mejora de la calidad de la salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental.* Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (ESM-OMS)* Versión 2.1. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Instrumento de calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y apoyo social.* Santiago de Chile.

Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina.* Caracas, Venezuela: OPS/OMS.

Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods.* SAGE Publications.

Santa Fe. (2018). *Portal Gobierno de Santa Fe.*

Pomares, L. (2020). *Atención de la salud mental en un hospital general: Del modelo hospitalocéntrico a una red de servicios con base en la comunidad*. Fundación H.A. Barceló

Rodríguez Peña, M. H. (2022). Internaciones por salud mental en el Hospital General y el lugar del Trabajo Social. Análisis de experiencia desde la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISAM) del Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria, Santa Fe. *Revista Cátedra Paralela, 20*, 111-131.

Rodriguez Zoya, L. G. (2017). Complejidad, interdisciplina y política en la teoría de los sistemas complejos, de Rolando Garcia. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 17(33), 221-242.

Sartorius, N., Thornicroft, G. (2012). IDEA Project Protocol V2.0: Inpatient Discharge: Experiences and Analysis. An International Collaborative Study. King's College.

Stolkiner, A. y Ardila-Gomez, S. E. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatria, 23*(101).

Velzi Díaz, A., Tosi, A., Benítez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Yasmin, A., Antezza, G., Cantero, N. y Córdoba, G. (2018). Salud Mental en Hospitales Generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, 29*(24), 255-262.

Velzi Díaz, A., Tosi, A., Benítez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Yasmin, A., Antezza, G., Cantero, N. y Córdoba, G. (2019). Prácticas de salud mental en hospitales generales de la ciudad de Rosario y Gran Rosario. En Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. *Haceres Colectivos, Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina.* (pp. 25-34).

Vieira Da Silva, L. M. (2005). Conceptos, abordajes y estrategias para la evaluación en salud. En Z. M. Araujo Hartz y L. M. De Vieira da Silva (Org.*). Evaluación en salud: De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud.* (pp. 17-40). Lugar Editorial.

Visacovsky, S. (2001). El Lanús. Memoria, política y psicoanálisis en la Argentina (1956-1992). Informed.

Lógicas y prácticas manicomiales, más allá de los muros. Análisis en un Hospital General

MARTÍNEZ, María Leonela.
Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de Cuyo (UNCuyo). Maestranda en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLA). Especialista en Salud Mental (RISAM). Jefe de Servicio de Salud Mental- Hospital El Carmen (OSEP- Mendoza). Docente de Grado (UNCuyo) y Posgrado (UM).

Contacto: martinezleonela90@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0001-6701-703X

Recibido: 12/11/2024; **Aceptado**: 21/04/2025

Cómo citar: Martinez, M.L. (2025). Lógicas y prácticas manicomiales, más allá de los muros. Análisis en un Hospital General. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (18), 93-114

Resumen

El presente escrito pretende realizar una reflexión crítica acerca de las lógicas y prácticas manicomiales, más allá de los muros. Es decir aquellas presentes y que atraviesan los diversos dispositivos de Salud Mental. Se realizará dicho análisis considerando un Hospital General de la provincia de Mendoza (Argentina). El tema es de importancia en el campo de la salud mental, ya que posibilita aportar a la interpelación y revisión constante en torno a las prácticas desarrolladas en los dispositivos de atención de salud mental.

El objetivo del artículo es analizar críticamente qué se entiende por lógicas manicomiales, para problematizar la presencia y atravesamiento de las mismas en las prácticas en un hospital general de la provincia de Mendoza. Asimismo, interesa analizar el impacto en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 a partir de la observación participante como

técnica principal. Se parte de los siguientes interrogantes: ¿a qué llamamos lógicas manicomiales? ¿Las lógicas y prácticas manicomiales se encuentran presentes y atraviesan a las prácticas asistenciales de un hospital general? ¿De qué forma? ¿Esto repercute en la implementación de la Ley?, ¿Cómo?

Se parte de la hipótesis de que las lógicas y las prácticas manicomiales en torno a la salud mental se encuentran presentes en la comunidad del hospital general y atraviesan las prácticas asistenciales hospitalarias, dificultando, en ocasiones, la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

Para llevar adelante esta tarea se realiza un recorrido teórico respecto al modelo asilar-manicomial como sustento de prácticas manicomiales y la desmanicomialización como práctica y modelo de atención prioritaria en salud mental hoy. Se desarrollarán categorías teóricas tales como lógicas y prácticas manicomiales, para analizar y reflexionar en torno a las prácticas asistenciales atravesadas por dichas lógicas en el contexto de un hospital general, desarrollando su relación con las dificultades en cuanto a la implementación de la ley.

Palabras clave: lógica manicomial - práctica manicomial - hospital general - desmanicomialización - Ley Nacional de Salud Mental

Asylum logic and practices, beyond the walls. Analysis in a General Hospital

Abstract

This paper aims to offer a critical reflection on asylum logics and practices beyond institutional walls—namely, those that are present in and permeate various mental health care settings. The analysis will focus on a general hospital in the province of Mendoza, Argentina. This topic is significant within the field of mental health, as it contributes to the ongoing questioning and revision of the practices developed in mental health care facilities.

The aim of the article is to critically analyze what is meant by "asylum logics," in order to question their presence and influence on the practices carried out in a general hospital in the province of Mendoza. In addition, it seeks to examine the impact of the implementation of National Mental Health Law No. 26.657, based on participant observation as the main methodological approach.

The article is guided by the following questions: What do we mean by "asylum logics"? Are asylum logics and practices present in and do they shape the care practices of a general hospital? In what ways? Do they affect the implementation of the Law? How?

The hypothesis is that asylum logics and practices surrounding mental health are present within the community of the general hospital and influence hospital care practices, at times hindering the implementation of the National Mental Health Law.

To address this, a theoretical overview is provided on the asylum-based model as the foundation of asylum practices, and on deinstitutionalization as a practice and guiding model in today's mental health care. Theoretical categories such as "asylum logics" and "asylum practices" will be developed to analyze and reflect on care practices shaped by such logics in the context of a general hospital, exploring their relation to the challenges of implementing the law.

Keywords: asylum logic - asylum practice - general hospital - deinstitutionalization - National Mental Health Law

1. Consideraciones teóricas generales

1.1. Modelo Asilar-Manicomial como sustento de lógicas y prácticas manicomiales

A fin de analizar las lógicas y prácticas manicomiales que atraviesan las prácticas en el contexto de un hospital general, es necesario realizar un recorrido histórico en cuanto al tratamiento de la locura y el modelo imperante que dio lugar a dicha lógica, para luego desarrollar aquello que se entiende por lógicas y prácticas manicomiales dentro y fuera del manicomio, como su máxima expresión.

El concepto de locura está íntimamente relacionado con las representaciones sociales y los paradigmas vigentes en cada período histórico. En términos generales, el encierro en asilos y hospitales fue la respuesta del Estado y de la sociedad, para separar a todos los que alteraban el orden establecido, o a quienes se evidenciaban como diferentes a lo que era considerado normal para una época determinada (Bayón, 2000).

Continuando con Bayón (2000), a partir del siglo XVI, con el capitalismo incipiente, se empezó a pensar en el encierro y la exclusión como grandes soluciones a las enfermedades de la época, pero también había otras personas que pasaban a ser objeto de esta política de

encierro: los locos, los mendigos, los vagabundos, los homosexuales, las prostitutas y los pobres, quienes eran excluidos, segregados y considerados "desechos sociales". Por lo tanto, las funciones de hospitales, instituciones de asistencia, asilos y hospicios eran, tanto de control, como de caridad. Con el afianzamiento del capitalismo y la consolidación de la medicina, se produjeron modificaciones en relación a la atención a la locura. En el siglo XVIII, los médicos encuentran a los locos encerrados como condición natural, situación que no es cuestionada ni problematizada. Ante ese panorama, la propuesta fue realizar un tratamiento de carácter impositivo, basado en el castigo y la segregación.

En este contexto histórico social hace su aparición la psiquiatría, entendida como una ciencia que se ocupa del tratamiento de las anormalidades de la conducta. Si bien el encierro era básicamente segregativo, en este siglo comenzó a difundirse la idea de que debería encontrarse un tratamiento adecuado que permitiera reinsertar a los dementes en la sociedad.

Entonces, el encierro no fue una consecuencia de la aparición de la psiquiatría sino a la inversa: ésta floreció a medida que crecía el número de asilados en los hospitales (Bayón, 2000).

De esta forma se va gestando la psiquiatría como disciplina interventora sobre la locura, la cual, en ese momento es entendida como una enfermedad mental y como un problema para la sociedad. Las instituciones dirigidas al abordaje de dicho problema nacen bajo esa misma concepción y como el lugar donde la sociedad oculta lo que no se quiere ver: el manicomio. Etimológicamente, la palabra manicomio viene del griego *manía* (locura) y *koméo* (cuidar). El manicomio, asilo, loquero, hospicio o psiquiátrico, eran las denominaciones comunes que tenían los hospitales de salud mental que estaban a cargo del Estado.

Se parte de entender a la institución psiquiátrica o manicomio como una institución total, concepto desarrollado por Erving Goffman desde la literatura sociológica, considerada como un "lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (Goffman, 1992, p. 25). Lo que las caracteriza y les da un signo particular son los obstáculos que interceden en la relación con el exterior, dificultando la interacción social. Los manicomios se clasifican "entre las instituciones totales porque abarcan todos los aspectos de la vida del paciente, que transcurre allí en la compañía inmediata de otras per-

sonas igualmente aisladas del resto del mundo mayor" (p. 26) y "están erigidas para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad" (pp. 22-23).

Otros autores plantean que el manicomio se constituye como un dispositivo disciplinar del Estado para dar una respuesta científica, moralmente adecuada e institucionalmente organizada a la presencia social de la locura. En el caso de Argentina, la segregación efectiva de las personas en las instituciones psiquiátricas contribuye a incrementar su discapacidad y viola los estándares internacionales de derechos humanos. Al ser separadas de la sociedad, las personas pierden los lazos que las unen a su familia, amigos y comunidades de referencia. Quedan sometidas al régimen custodial de las instituciones psiquiátricas y pierden las habilidades de vida esenciales que necesitan para sobrevivir en la comunidad, lo que impide su rehabilitación (Fränkel, 2016).

En este sentido, se puede introducir la categoría de lógica manicomial como aquella lógica imperante en el marco del modelo asilar, en donde las condiciones del asilo promueven un aplastamiento subjetivo, ya que el loco es tomado, en realidad, no como sujeto sino como objeto. Se habilita la forma más radical de destitución subjetiva y vulneración de derechos, recurriendo a una lógica tutelar, paternalista y de control, aplicando un tratamiento y tomando decisiones por ellos, ya que no se considera que estos sean capaces de realizar juicios con criterio (Carpintero et al., 2007). En síntesis: quienes padecen son tratados como cosas.

El adjetivo de manicomial no refiere a las paredes o a los trabajadores, sino a un sistema anquilosado que atraviesa los distintos dispositivos de trabajo, que en muchos casos han perdido su sentido original y se comportan manicomialmente, en conjunto con profesionales que los sostienen (Carpintero et al., 2007). La lógica manicomial supone un proceso de pérdida de singularidad y de identidad. Todos son atendidos sin ningún tipo de distinción, sin abordar las particularidades y necesidades de cada sujeto, consolidando una masa uniforme y homogénea. La libertad es coartada por medio de la regulación de la palabra y las acciones, y las personas no son comprendidas como sujetos de derechos.

No obstante, las legislaciones nacionales mencionan en su articulado consideraciones en torno a las lógicas manicomiales. Por ejemplo: la provincia de Santa Fe tuvo su propio movimiento de reformas, instaurando

un proceso de transformación en las instituciones y las prácticas, que han podido acumularse y reflejarse en la Ley Provincial N° 10.772/91 y su reglamentación del año 2007. Aquí se concibe a las lógicas manicomiales en tanto "(...) medicalización de los padecimientos subjetivos, internación por tiempo indeterminado, aislamiento social, silenciamiento, ausencia de estrategias terapéuticas complejas y singularizadas, perpetuación de las medidas de seguridad" (Decreto N° 2155/07).

Al hablar de lo manicomial como lógica imperante en las prácticas, a lo que se hace referencia es a tres instancias que están presentes para su persistencia: el juicio de peligrosidad, la necesidad de control y vigilancia de lo anormal, y la idea de irreversibilidad y cronicidad del padecimiento psíquico. Estos conceptos son los que permiten la persistencia del modelo manicomial (Carpintero et al., 2007).

A las prácticas manicomiales se las considera como efectos del modelo asilar y lógica imperante de éste. El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) afirma que "se configuran como producto de la propia institución manicomial y no como aspectos del tratamiento de los padecimientos mentales" (2014, pp. 1-2). Son acciones que deben ser pensadas dentro de la estructura de asimetría de poder que gobierna las instituciones totales y que forman parte de un discurso sobre la locura que las excede y determina. Sin embargo, estas prácticas no siempre se muestran obvias y evidentes. El exceso en la medicación, la falta de dispositivos de externación o el llano maltrato hacia los usuarios, no son los únicos modos en que se manifiesta esta lógica. Como sabemos, desde Foucault, el poder es en realidad el ejercicio de sí mismo, y el campo privilegiado para su circulación es, justamente, donde no puede advertirse con facilidad. (Azar et al., 2019). En esta línea:

> Hemos dado entonces en llamar prácticas micromanicomiales a estos "pequeños" actos, de difícil percepción, que expresan y reproducen una asimetría en la relación de poder entre el "loco" y el "no loco". Acciones, omisiones y decires que son efecto y, a la vez, causa del discurso que ubica al enfermo mental en las antípodas de lo normal y, por lo tanto, de lo deseable (…) Esta invisibilidad de lo micromanicomial, producto de su sutileza, permite una eficacia en la configuración del lugar en el que se sitúa al loco. Eficacia que la violencia manifiesta y "obvia" de las prácticas manicomiales ya no puede procurarse con tanta facilidad. Reside allí lo peligroso de su existencia. (Azar et al., 2019, p. 101)

A modo de síntesis, se tomarán algunos aportes filosóficos y sociológicos. La existencia del manicomio es una política de estado que se consuma bajo la denominada "biopolítica". Siguiendo a Foucault y a Agamben, la "biopolítica" no es otra cosa que el Estado ejerciendo su poder sobre los cuerpos, con el objetivo de un equilibrio de la población y su regulación. Este derecho estatal, sustentado como "biopoder", que apunta al "hacer vivir" y "cómo vivir", es un posicionamiento racista, en cuanto permite pensar la muerte del otro inferior en un proceso de normalización. Establecer la diversidad como "inferioridad" preforma la respuesta para invalidar su existencia: loco, pobre, excluido, adicto. En este nivel, curar al enfermo, es garantizar el orden público (Carpintero *et al*, 2007). Fränkel lo dice así:

> El encierro manicomial constituye un laboratorio de prueba que va graduando el *nomos* biopolítico de estos tiempos. Su presencia equivale a la exposición y abandono, al encierro colectivo y condiciones de esclavitud que se reproducen en entornos institucionales, hospitales, juzgados o escuelas y que terminan conformando un entorno explosivo en poblaciones cada vez más arrasadas, cada vez más pulverizadas. Su legitimidad está en este doble acto simultáneo y contradictorio en el cual la vida queda confinada. Entre el afuera y el adentro los límites son difusos, pero al mismo tiempo, existen como estructuras que se excluyen. (Fränkel, 2015, p. 61)

Aunque el encierro esté graficado en la figura manicomial como institución total, las evidencias señalan que su expansión excede sus muros; su enraizamiento demuestra que representa uno de los pilares centrales del poder y del gobierno biopolítico de la vida (Fränkel, 2015).

1.2. Experiencias alternativas a la lógica manicomial: la desmanicomialización y el hospital general en el marco de la Ley 26.657

Luego de realizar un recorrido histórico por el modelo asilar-manicomial, la lógica imperante y las prácticas que resultan del mismo, es importante avanzar históricamente planteando las experiencias alternativas a la lógica manicomial, tomando dos puntos importantes: los procesos de desmanicomialización y el hospital general como estructura principal para desarrollar dispositivos de abordaje en salud mental, teniendo como marco en nuestro país la Ley 26.657.

Los movimientos de reformas del manicomio en los diferentes países han intentado modificar las formas de tratamiento de la locura, produciendo desde lo teórico e institucional diferentes maneras de abordaje. Si

bien estos procesos, conocidos como movimientos de desmanicomialización, han tenido diferentes alcances, una estrategia fundamental fue el pasaje del dispositivo manicomial y el encierro hacia los modos comunitarios y territoriales que tienen en cuenta la necesaria preservación de los lazos creados del sujeto (Galende, 1990).

En la década del 60', en diversos países comenzaron a surgir cuestionamientos en torno al encierro y al tratamiento psiquiátrico como modo de atención de las personas con padecimientos de salud mental. Fue este movimiento contrahegemónico el que permitió sentar las bases para repensar la categoría "locura" y poder reemplazarla paulatinamente por la de "salud mental", contribuyendo con el surgimiento de métodos alternativos de atención (Martin y Vega, 2019).

En ese contexto, en Argentina, las primeras experiencias alternativas fueron las comunidades terapéuticas, que se vieron interrumpidas en el contexto de la última dictadura militar. Con el retorno de la democracia se inicia el proceso de desmanicomialización en Río Negro en el año 1985. El conductor del mismo fue el Dr. Hugo Cohen, quien tomó como referente el antecedente de la desinstitucionalización italiana propuesta por Franco Basaglia.

En 1989, el Dr. Hugo Cohen, presentó el anteproyecto de la Ley Provincial N° 2.440, finalmente sancionada en 1991, bajo la cual "la desmanicomialización fue concebida como la transformación de un sistema de salud mental, para que las personas con sufrimiento mental vivan en sus comunidades, y no en hospitales psiquiátricos, ni en ninguna otra forma de abandono; sin ser alejadas de su vida social, del trabajo, del hogar, de las oportunidades, de los intercambios y los riesgos y, para aumentar el acceso a una atención eficaz y disminuir la carga de enfermedad que soportan mayormente los usuarios, sus familias y comunidades" (Cohen y Natella, 2013, p. 17). Esto fue posible gracias a la modificación de las prácticas, los modelos de atención y las políticas de salud mental. Es decir, se transformó el viejo sistema en un sistema de salud mental comunitaria.

La desmanicomialización no significa el cierre del manicomio, sino el cuestionamiento al mismo y su sustitución por un sistema de salud mental basado en el ejercicio de los derechos de las personas, a través de una oferta de servicios y prestaciones, cuya finalidad es la inserción comunitaria. Es un concepto más amplio que la mera consideración en tanto práctica desarrollada concretamente. Implica, también, un movimiento simbólico e ideológico que apuesta por atravesar las prácti-

cas en salud mental. En esta línea, se toman los aportes de Carpintero et al.:

> Se debe apuntar a la "desmanicomialización" en cuanto a la supresión del "manicomio", ya sea como institución asilar, custodial o de control social, que tiene un modelo de relación humana y poder disciplinario. Por ello, debe quedar claro, que el objetivo de desmanicomializar, no se agota en transformar el indigno tratamiento de la "locura", sino que debe extenderse a prevenir la puesta en acción de otros dispositivos de control social, que sectores minoritarios y hegemónicos de la sociedad, hoy son alentados para protegerse de los nuevos "peligros" que acechan: adicciones, HIV- sida, anorexia, violencia familiar, etc. (2007, p. 16)

Es preciso pensar la desmanicomialización como categoría teórica que permita sostener un posicionamiento que atraviese las prácticas en salud mental, en torno a desmontar todos aquellos dispositivos de control social.

Según Martín y Vega (2019), con el restablecimiento de la democracia, y ante la exacerbación de las manifestaciones de la cuestión social, las internaciones crecieron, pero volvieron a ser fuertemente cuestionadas. Se comenzaron a pensar en políticas de salud mental que fueron conquistas de usuarios, familiares, organizaciones sociales y algunos profesionales que apoyaban las iniciativas reformistas, siendo el mayor logro de esa lucha la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, sancionada en el año 2010. En línea con Iglesias:

> La ley aparece como una representación del momento histórico que atraviesa el conjunto social, donde la complejidad es el eje principal que rodea a la ley; como el emergente de un proceso internacional de reconocimiento de derecho y un camino que enmarca otras reformas que la antecedieron. (2015, pp. 45-46)

En términos generales, López aporta lo siguiente:

> A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en el año 2010 –Ley N° 26.657– las instituciones psiquiátricas se ven compelidas a participar en un proceso de reforma. La Ley señala que todas las personas usuarias de servicios de salud mental tienen derecho a acceder de modo gratuito, igualitario y equitativo a la atención en salud mental. La atención debe desarrollarse preferentemente fuera del ámbito de internación, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial. Para ser más específicos, señala la prohibición de nuevas Instituciones

> Psiquiátricas de tipo asilar y el cierre progresivo de las ya existentes. (2011, p. 78)

Uno de los postulados principales de la Ley, en su Art. Nº 28 establece que "las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales". Cabe mencionar la importancia de la adecuación de tales dispositivos para garantizar dicho postulado. Según Cohen y Natella (2013), una internación, aún en un hospital general, siempre es un corte en la cotidianidad que separa y aísla al sujeto de su entorno habitual. No obstante, al ser el hospital general un dispositivo abierto, transitado por el colectivo social, que se rige por normas generales para todos los usuarios que asisten, permite disminuir el estigma y descentralizar la locura del espacio cerrado manicomial, del centro especializado y del especialista, características que definen al hospital general como una estructura comunitaria.

Sin embargo, no se pueden desestimar algunos obstáculos desarrollados en dichas instituciones. Se consideran los aportes de Goffman (1922), quien sostiene que toda institución tiene tendencias absorbentes, es decir, recluta parte del interés y del tiempo de sus integrantes proporcionándoles un mundo propio, en el cual se inscribe una cultura propia.

Como síntesis del presente apartado se puede mencionar que el contexto del hospital general se constituye como un escenario diverso, en el que conviven distintas prácticas de salud y, en ocasiones, se percibe la insistencia de algunos profesionales y de la comunidad hospitalaria en sostener lógicas tradicionales desarrolladas por el modelo manicomial como eje de sus intervenciones, dejando por fuera la clínica de lo singular. Es allí donde se reproducen las lógicas y prácticas manicomiales que se problematizan en el presente escrito.

1.3. Prácticas manicomiales en hospitales generales

Luego de realizar el desarrollo histórico y teórico de las categorías principales de este trabajo, se realiza una breve descripción de dos reseñas de antecedentes de investigación desarrollados respecto al tema planteado.

Cabe destacar que, si bien existen otras experiencias al respecto, se consideró tomar a modo de ejemplo las que se presentan a continuación, por ser experiencias nacionales, de distintos puntos del país, por tomar como referencias teóricas aquellas que se encuentran en línea con las desarrolladas hasta aquí como principales, como así también por concluir en reflexiones que permiten interpelar las prácticas profesionales.

En los últimos años este tema ha sido de mayor interés y desarrollo teórico, debido a la revisión constante que se plantea realizar en las prácticas profesionales y la disposición de los diferentes autores a animarse y desafiarse a producir teóricamente al respecto, ya que ello posibilita continuar reflexionando en relación a ciertos postulados teóricos e intervenciones cotidianas. Una vigilancia epistemológica constante. A fin de seguir abordando el tema en términos históricos, se presentan de manera cronológica las indagaciones realizadas sobre el tema.

En primer lugar, el trabajo desarrollado por Pablo Carcovich, *La lógica manicomial. Un análisis de los imaginarios que despierta la locura en los trabajadores del hospital general* (2017), se propone realizar una lectura de la práctica de internación por salud mental en un hospital general de la ciudad de Rosario entre 2010 y 2013. El objetivo es problematizar determinados aspectos que emergen en estas prácticas, vinculados a los imaginarios que despierta la locura en los trabajadores de la salud. El autor parte de la hipótesis que el hospital puede ser un escenario en el que se actualice la lógica manicomial, obstaculizando la realización de las nuevas formas de tratamiento del padecimiento psíquico, presentes en las leyes de salud mental y las políticas públicas vigentes.

Entre los hallazgos destaca que el paciente con padecimiento psíquico presenta mayores complicaciones a la hora de recibir asistencia en el hospital general, persistiendo la locura de la institución manicomial. Estas dificultades están asociadas al imaginario presente en los trabajadores y a una destitución del otro como semejante, y remiten a la constante dificultad para incluir los problemas de salud mental en los efectores de salud. Se destaca la necesidad de afrontar este problema para avanzar en el cumplimiento de la legislación vigente, contemplando que la complejidad de estas prácticas no se resuelve desde la burocratización de estas (Carcovich, 2017).

En segundo término, otro de los trabajos que desarrolla en profundidad el tema planteado es el ensayo de Tomás Pal, *Institucióipatas. Ensayo sobre prácticas manicomiales en un hospital general* (2018). En el recorrido que realiza el autor analiza críticamente cómo ciertas prácticas propias del manicomio se reproducen dentro de los hospitales generales en el marco de los dispositivos de salud mental. Busca mostrar que el manicomio no es solo un espacio físico o infraestructura de circulación de poder, sino una forma de funcionamiento institucional, marcada por la medicalización, la burocracia y la desubjetivación de los usuarios. Lo interesante del escrito es que a través de diferentes citas, y con la ex-

periencia subjetiva de haberlo transitado, se propone denunciar las lógicas de poder y violencia simbólica que atraviesan la formación de residentes en salud mental, y cómo estas reproducen una práctica clínica automatizada, alejada del vínculo humano y ético.

A fin de realizar una aproximación a lo extensamente desarrollado en el libro, se puntualizan brevemente los principales hallazgos o reflexiones desarrolladas. Pal (2018) sostiene que el manicomio no ha desaparecido aunque las prácticas sean llevadas a cabo en otros contextos institucionales. Por el contrario, se ha diseminado en nuevas formas más sofisticadas, sutiles y legitimadas, donde la violencia institucional no siempre es explícita, sino que se manifiesta en protocolos, tiempos, diagnósticos, etiquetas y omisiones. La formación profesional puede volverse una práctica violenta y desubjetivante, tanto para el usuario como para el profesional en formación. Sin embargo, proclama que la única forma de resistir a la lógica imperante es volver al encuentro humano, a la escucha y al vínculo subjetivo, que requiere de un posicionamiento ético-político del profesional.

En síntesis, *Institucióopatas* es un ensayo que combina un análisis teórico agudo, con una crítica institucional, testimonio clínico y escritura creativa, comprometida y política. Su obra busca restituir una ética del cuidado y del vínculo, como vía posible frente a la automatización de la salud mental.

Para finalizar, es de importancia citar un fragmento que Luis Sanfelippo (2021) desarrolla en la reseña del libro. Plantea tres modelos de leer el escrito: "el primero de ellos es el modo indignado de quienes se sienten injuriados por el dedo acusador de Pal; el segundo de ellos, es el modo espectador de quien celebra las ocurrencias ingeniosas de Pal, que desenmascaran a los malvados que maltratan pacientes pobres en el hospital; y un tercer modo, un modo implicado que nos permite una interrogación permanente de aquello que creemos ser y de aquello que creemos hacer en nuestro ámbito de trabajo en el complejo campo de la salud mental" (Sanfelippo, 2021, pp. 46-47).

2. Observación participante como herramienta ética y política

En línea con lo planteado hasta aquí, y tomando como horizonte y desafío ético la implicancia necesaria que permita una interpelación del ejercicio profesional, es que se desarrolla brevemente la herramienta utilizada para el desarrollo del presente escrito. La observación participante se considera no simplemente como

una técnica de recolección de datos, sino como una herramienta ética y política que habilita, en esta oportunidad, una interrogación constante sobre las prácticas institucionales en el campo de la salud mental. Esta herramienta se inscribe en un posicionamiento que no deviene en la neutralidad del observador. Asume un compromiso subjetivo y situado con las condiciones que observa, habita e interpela (Guber, 2001).

La observación participante permitió desplegar una serie de reflexiones críticas en torno a las prácticas manicomiales que persisten —a veces de forma velada, otras explícitamente— en el Servicio de salud mental de un hospital general en la provincia de Mendoza. La inserción cotidiana en el dispositivo hospitalario, desde una posición de trabajadora implicada, brindó la posibilidad de reconocer no sólo las prácticas visibles, sino también los discursos, silencios y gestos que reproducen lógicas de encierro, tutela y exclusión dentro de un espacio que, por ley, debería promover la autonomía, inclusión y garantía de derechos.

Desde esta mirada, tal como plantea Guber (2001), la observación participante no se limita a una instancia de registro externo, sino que deviene instancia de implicación crítica, en tanto permite que lo observado interpele también al observador. La herramienta se constituye así en un espejo incómodo que devuelve, no solo lo que los otros hacen, sino cómo uno mismo se inscribe y reproduce —a veces de manera inadvertida— prácticas que busca transformar.

En definitiva, la observación participante no se utiliza aquí como método auxiliar, sino como herramienta ético-política fundamental para deconstruir las prácticas manicomiales persistentes y aportar a la construcción de un campo de la salud mental más justo, inclusivo y respetuoso de los derechos humanos.

3. Reflexiones en torno a las prácticas manicomiales en un Hospital General en la Provincia de Mendoza y sus implicancias en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental

En el presente apartado se desarrollarán reflexiones que contribuyan a revisar y deconstruir aquellas prácticas manicomiales que se desarrollan en un hospital general. Luego, se plantean brevemente propuestas concretas que permitan aportar en la transformación de dichas prácticas.

Según Rotelli, De Leonardis y Mauri (1987) es importante diferenciar la institución manicomial surgida en el siglo XVIII, que llega, con algunas variaciones,

hasta nuestros días; de lo manicomial como institución, en relación a los modos de trabajo y a las prácticas que se desarrollan, que no tienen que ver directamente con el asilo u hospital monovalente, sino que funcionan como una lógica manicomial que opera extramuros.

Más allá de las políticas y los límites impuestos por el muro, el manicomio puede introducirse por los vértices imaginarios de los trabajadores y profesionales de la salud, produciendo modalidades de prácticas que perpetúan la lógica manicomial (Carcovich, 2017).

Se mencionan situaciones y/o ejemplos concretos, cuyos análisis de dichos entramados dan cuenta de la reproducción de lógicas, y, por ende, prácticas manicomiales en el contexto del hospital general, en la provincia de Mendoza. Las mismas serán desarrolladas en profundidad. Sin embargo, a modo de puntualizar, las mismas se mencionan a continuación: se evidencia la presencia del estigma y representaciones sociales en salud mental, características edilicias o de infraestructura particulares del hospital, el objetivo implícito en la indicación del equipo de salud mental de acompañamiento permanente, consideraciones específicas en cuanto a los abordajes de salud integral de los sujetos que se encuentran internados por salud mental, derivaciones para continuidad de internación a efectores monovalentes, situaciones relacionadas con la estadía y circulación de los sujetos en los espacios del hospital, el uso de psicofármacos como modo de contención de las crisis subjetivas, y por último, las dificultades observadas para garantizar el consentimiento informado de los usuarios que transitan internaciones por motivos de salud mental.

En primer lugar, se puede dar cuenta que las lógicas manicomiales en torno a la salud mental, se encuentran presentes en el personal de salud, considerando el estigma y las representaciones sociales que imperan, abarcando desde la Dirección Hospitalaria, las diferentes especialidades médicas, enfermería, personal administrativo, de seguridad, maestranza, e inclusive, el equipo de salud mental. Es necesario aclarar que tal situación no es abarcativa a todo el personal, ya que con el desarrollo y crecimiento del servicio, habitando espacios de la lógica y dinámica institucional, y por la apertura y disposición de muchos actores del ámbito hospitalario, hoy la salud mental ocupa un lugar destacado en el hospital.

Como ejemplo concreto se puede mencionar que en ocasiones se solicita que “el paciente de salud mental” sea internado en habitaciones aledañas a espacios ocupados por personal de seguridad, ya que median las

representaciones mencionadas y surge la necesidad de tutela y vigilancia. No parece diferenciarse lo que constituye el dispositivo de control manicomial propiamente dicho. Esta función institucional es la que proviene del estigma de la locura, aquello que se requiere custodiar, controlar, ordenar, y encauzar. Todo ello obstaculiza los procesos de atención pretendidos desde la legislación y políticas públicas.

En segundo lugar, en cuanto a características edilicias o de infraestructura, tanto el servicio de salud mental como las internaciones de las personas se encuentran integrados a la estructura edilicia del hospital. No hay un área diferenciada ni aislada del resto de las instalaciones. Las personas pueden ser internadas en guardia general o pasar a la sala de clínica médica, integrados a personas que presentan otros motivos de internación. Existe una inadecuada infraestructura para alojar a usuarios que transitan una internación, ya que no se contemplan ciertas medidas de protección y bio-seguridad para los usuarios y áreas del establecimiento. Esta limitación estructural impide brindar ciertos cuidados. Generalmente, se responsabiliza a la familia y/o referentes que se encuentran acompañando a las personas que transitan una internación, solicitando 24 horas de acompañamiento, tendiente a garantizar el control y la vigilancia.

En tercer lugar, la solicitud de acompañamiento permanente, tal como se describe en el párrafo anterior, no suele formar parte del discurso de los equipos profesionales. Es planteado desde la importancia del acompañamiento, para evitar el aislamiento del sujeto, realizar entrevistas en forma diaria, favorecer el lazo social, entre otros. Esto último es importante, y es lo que se diferencia de los abordajes realizados en el marco de hospitales generales. Sin embargo, no deja de entreverse que los objetivos implícitos y en algunos casos explícitos, de la "indicación" del acompañamiento permanente, también forman parte de la necesidad del "control de conducta"; frase que acompaña cada evolución realizada en cuanto a los usuarios internados por motivos de salud mental.

En cuanto a los abordajes de salud integral de los sujetos que se encuentran internados por salud mental, se estableció un acuerdo con el servicio de clínica médica. Todos los usuarios debían contar con la evaluación y abordaje clínico pertinente y de otras especialidades, si lo requiriese. Si se estableció dicho acuerdo fue porque en su momento no era garantizado, pues era un "paciente psiquiátrico", y con ello se leía entre líneas que "no le pasaban o no le podían pasar cosas en el cuerpo". Esto también constituye prácticas manicomiales ligadas a las representaciones de la locura, por el personal

de salud de la institución. Es importante destacar que deconstruir tales prácticas y representaciones llevó su tiempo, habitando espacios y realizando un abordaje desde la clínica multidisciplinaria, dando cuenta de que existen límites en las intervenciones y se requiere dar respuestas acordes a situaciones cada vez más complejas.

Otra situación que se presenta y puede analizarse desde una perspectiva manicomial, es que algunas prácticas que se desarrollan en el devenir de la atención, es la derivación para continuidad de internación a otros efectores monovalentes, públicos y/o privados, con estos últimos hay convenio. Existen diversos motivos por los cuales se llevan a cabo, siendo el más frecuente la dificultad en cuanto a la disponibilidad de camas. Sin embargo, también, suelen aducir a la necesidad de requerir una mayor complejidad en cuanto al abordaje, requerir tiempos prolongados de internación o porque no se puede sostener a ese usuario en la institución. Surgen ciertos interrogantes: ¿son los usuarios los que no pueden ser sostenidos en la institución, o es la institución la que no cuenta con las herramientas, dispositivos, recursos materiales y humanos necesarios y especializados para realizar los abordajes pertinentes? ¿Qué "tipo de pacientes" o situaciones son derivados a otros efectores y por qué?

Pueden analizarse como prácticas manicomiales aquellas relacionadas con la estadía y circulación de los los sujetos durante su internación, ya que los mismos tienen que limitarse a permanecer en una habitación y las entrevistas se realizan en dichos espacios, la mayoría de las veces compartida con otras personas, por lo que se dificulta la posibilidad de generar una instancia de respeto a la intimidad y privacidad de las mismas.

También se complejiza y en ocasiones se obstaculiza la circulación de los usuarios por las instalaciones, debido a circunstancias epidemiológicas propias de los hospitales generales y los requerimientos que plantea ante esto el servicio de control de infecciones, lo cual se considera que debe ser respetado. Se hace necesario encontrar estrategias alternativas para dichas situaciones.

A modo de ejemplo, se puede mencionar que no se cuenta con espacios físicos de encuentro habilitados formalmente, que permitan la vinculación, socialización y recreación de personas que están internadas por motivos de salud mental, considerando este aspecto también como terapéutico. Los mismos son creados y habitados por los mismos usuarios, para transitar la cotidianeidad, más allá de los talleres grupales brindados por el Servicio.

Por otro lado, existen situaciones en donde la contención de las crisis subjetivas se realiza a través del uso de psicofármacos, a modo de solución frente a la búsqueda de eliminación de síntomas disruptivos para la institución, obstaculizando así el tratamiento vía la palabra u otro tipo de abordaje necesario.

Esto sucede en aquellos casos en los cuales, generalmente, no se encuentra activo el equipo de salud mental y se recurre a las indicaciones farmacológicas en caso de ansiedad, irritabilidad, excitación psicomotriz, entre otros. Sin embargo, las mismas también son establecidas por profesionales del servicio, y aquí aparecen los siguientes interrogantes: ¿cuándo es necesario abordar la crisis subjetiva con medicación?, ¿Qué uso se le da a la misma?, ¿Quién la utiliza y toma decisiones respecto a ello? Pues el uso indebido e injustificado de medicación psicofarmacológica también se constituye como práctica regida por una lógica manicomial.

Por último, considerando aquellas prácticas que sostienen y promueven lógicas manicomiales, cabe destacar el proceso llevado a cabo por el Servicio de salud mental del mencionado hospital, al momento de garantizar el consentimiento informado (CI) de los usuarios que transitan internaciones por motivos de salud mental. En este sentido se toman los aportes de Graciela Iglesias (2015), quien sostiene que el proceso de consentimiento informado es un proceso bioético que implica la aplicación efectiva del principio de autonomía, justicia y no maleficencia. Mediante el mismo, el personal de salud le informa al paciente respecto de su padecimiento y el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que este conlleva y las posibles alternativas. El consentimiento informado es un proceso mediante el cual se pone de manifiesto la práctica responsable y bioética del personal de salud, que eleva la calidad de los servicios y fundamentalmente garantiza el respeto a la dignidad y autonomía de las personas.

Tomando en consideración los aportes mencionados, se ha observado un proceso atravesado por diversos intentos de hacer efectiva la puesta en práctica del CI, incurriendo por momentos bajo lógicas manicomiales, sin considerar la voluntad y autonomía de los sujetos. Se utilizaba hasta hace algunos años un formato de CI para todas las prácticas en salud en el marco del hospital; posteriormente se hacía uso de un CI específico para salud mental que, tras un análisis realizado por una residente de trabajo social, dio cuenta que el mismo no se encontraba en consonancia con los lineamientos propuestos por la Ley de Derechos del Paciente, ni la Ley Nacional de Salud Mental, como así tampoco por la

bioética considerada a tal fin. Por ello, en el año 2023 se reformuló la herramienta hasta entonces vigente, con el fin de garantizar internaciones voluntarias enmarcadas en la Ley, buscando promover la autonomía de las personas desde una perspectiva de derechos humanos; el cual fue aprobado por el Comité de Ética del hospital y continúa vigente a la actualidad.

Para finalizar el presente apartado y con el objetivo de vincular lo planteado con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, se puede dar cuenta, tal como sostiene Carcovich (2017), que las leyes son un avance para posibilitar prácticas innovadoras en salud mental y los procesos de reforma han podido demostrar su efectividad en la conformación de políticas públicas. Pero a pesar de esa evidencia se sabe que la existencia de una ley no garantiza el funcionamiento de las instituciones acorde a los nuevos paradigmas en salud mental, que promueven su inclusión como un problema de salud pública.

Al respecto, los avatares en la implementación de la ley, las posibilidades y obstáculos que hacen a su viabilidad, no corresponden únicamente a las cuestiones técnicas, sino también a cuestiones ideológicas, presupuestarias y políticas. Es decir, que la viabilidad y las posibilidades en cuanto a su efectiva implementación deben construirse, puesto que se relaciona con la confluencia de los diferentes intereses en juego, teniendo en cuenta que si bien pueden encaminarse hacia una reformulación de las prácticas, las mismas no son sustanciales ni sostenidas en el tiempo.

El hospital psiquiátrico no deja de funcionar sólo con su cierre y prohibición, ya que, independientemente del espacio físico, se pueden reproducir diversas variantes de la lógica manicomial, la cual se advierte principalmente en el no reconocimiento del otro como semejante, como persona y sujeto de derechos.

4. Conclusiones

A fin de concluir, se retoma el objetivo de analizar críticamente qué se entiende por lógicas manicomiales, para problematizar la presencia y atravesamiento de las mismas, y de prácticas manicomiales en un hospital general de la provincia de Mendoza, así como el impacto en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

Se puede afirmar la hipótesis planteada. Es decir, que las lógicas y prácticas manicomiales se encuentran presentes y atraviesan las prácticas asistenciales hospitalarias. Sin embargo, más allá del espacio físico en que se lleven a cabo, complejizan y en ocasiones dificultan

las posibilidades de la plena implementación de la Ley de Salud Mental.

La institución hospitalaria es productora de una lógica manicomial toda vez que, aún evitando prácticas de maltrato activo, naturaliza la convivencia y en ocasiones la permanencia en un hospital, en conjunto con la pérdida de derechos que esta situación supone, como la pérdida de libertad, de circulación, de intimidad, de intercambios afectivos y sociales, generando en oportunidades la exclusión comunitaria de las personas (familiar, laboral, cultural, etc.), prolongando estadías en espacios donde también se encuentran expuestos a contraer otras enfermedades.

En el ámbito hospitalario, la intervención propuesta por el modelo médico está sostenida a través de procedimientos que tienden a homogeneizar la problemática desde la perspectiva de la medicina biologicista, con sus métodos rigurosos, lo que burocratiza las prácticas e invalida, invisibiliza y descalifica al sujeto. Estas también son manicomiales y atraviesan los espacios de salud.

Las personas que se encuentran internadas en una institución, llámese hospital general, monovalente u otras instituciones con características de internación, deben someterse a un orden y normas de convivencia, en ocasiones rígidas sin posibilidad de ser deconstruidas. Si retomamos los aportes de Goffman, ¿no serían los hospitales generales también instituciones totales?

Podríamos decir que ninguna de las formas que adquiere el manicomio podrán cerrarse simbólicamente hasta tanto aquellos que lo sostienen, concibiendo al sujeto despojado de derechos y deshumanizado, queden advertidos, no sólo de su ineficacia terapéutica sino de la innecesariedad para la práctica. Pero para que esto pueda suceder, es necesario también demostrar cómo los modelos alternativos sí conllevan un potencial terapéutico para quienes sufren algún padecimiento psíquico. Luego de ello, el manicomio en todas sus formas podrá considerarse realmente obsoleto. Preservando algunos derechos esenciales y restituyendo otros derechos, tales como la atención integral de los sujetos en cuanto al acceso a otros abordajes de su salud, por ejemplo, y a pesar de que estas nuevas modalidades de atención marcan la ruptura con el modelo médico manicomial, también participan de nuevos mecanismos de control, más acotados, más sutiles, pero control al fin.

Sin embargo, no deja de considerarse que el abordaje en el marco de hospitales generales se constituye como superador a las prácticas manicomiales desarrolladas históricamente, ya que se considera que los mismos se

basan en una práctica fundamentalmente sustentada en el respeto y garantía de los derechos de los sujetos que consultan, priorizando su atención y abordaje desde un ámbito cercano al contexto donde desarrollan su vida cotidiana. De esta manera, la internación no se constituye como un dispositivo que irrumpe en la vida de los sujetos, sino que es parte de su proceso de salud mental y a su vez permite el desarrollo de lazos sociales. Por lo tanto, a fin de sostener, afianzar y promover el abordaje de salud mental en hospitales generales, y favorecer avances en nuevos dispositivos de abordaje superadores de las clásicas intervenciones, se desglosan algunas propuestas.

A fin de acercarse más a una clínica que contemple el padecimiento psíquico de las personas en el hospital general, y se puedan proponer formas innovadoras en el proceso de atención, la formación, actualización y discusión continua de los actores intervinientes resulta una condición necesaria. Se considera necesario promover y sostener capacitaciones que favorezcan la sensibilización en el personal de salud, para alojar las crisis subjetivas en el contexto de internación. Eso se posibilita en la medida que se continúen habitando los espacios, en el sentido de no esperar a ser convocados a través de la interconsulta siempre mediada por un otro, sino encontrarse disponibles y dispuestos a habitar los espacios, a fin de sensibilizar a la comunidad hospitalaria para no abordar a los sujetos en calidad de objetos.

Finalmente, se debe tomar el desafío político de interpelar permanentemente nuestras prácticas, y así apostar a modificar la representación social que se tiene de la locura por parte de la sociedad, lo cual es un trabajo cotidiano más allá de los muros institucionales.

Referencias

Azar, B., Canivare M., Chaban M., Malsenido G., y Trapani, J. (2019). Sobre las prácticas micromanicomiales en un hospital psiquiátrico de Tucumán. *CLEPIOS, XXV*(3), 100-103. Bayón, S. (2000) "Las locas en Buenos Aires. Una representación social de la locura en la mujer", en: Moreno, José Luis (comp.) *La política social antes de la política social (Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, siglos XVII a XX)*. Trama Editorial/Prometeo.

Carcovich, P. (2017). La lógica manicomial. Un análisis de los imaginarios que despierta la locura en los trabajadores del hospital general. *Barquitos Pintados. Experiencia Rosario, 1*(1). https://doi.org/10.35305/barquitos.v1i1.10

Carpintero, E., Vainer, A., Barraco, A. y Kazi, G.

(2007). Desmanicomializar: Pasado y Presente de los manicomios. *TOPIA, XVII*(49), 13-16.

Centro de Estudios Legales y Sociales. (2014). Documento de posición acerca de prácticas manicomiales actuales: sujeciones físicas, mecánicas o ataduras y electroshock (TEC).

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

Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica.* Fondo de Cultura Económica.

Fränkel, D. (2015). El encierro manicomial: Metáfora de la política. *Revista Salud mental y comunidad,* (4), 60-78. https://doi.org/10.18294/smyc.2017.5008

Fränkel, D. (2016). *Eugenesia Social, Configuraciones del poder en tiempos de muerte en vida*. El Ágora.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental.* Editorial Paidos.

Goffman, E. (1992). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Editorial Amorrortu.

Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad.* Grupo Editorial Norma.

Iglesias, M. (2015). Capacidad, información y autonomía: principio de la dignidad. Revista Institucional de la Defensa Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (7), 45-56.

Ley Nº 10.772/1991. Ley Provincial de Santa Fe de Salud Mental. https://bit.ly/440Z5a1 [consulta, noviembre 2024]

Ley N° 26.657/2010. Ley Nacional de Salud Mental. Nación Argentina. https://bit.ly/2XL2V3k [consulta, noviembre 2024]

López, M. (2011). Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, (1), 77-84. DOI: https://doi.org/10.18294/smyc.2011.4967

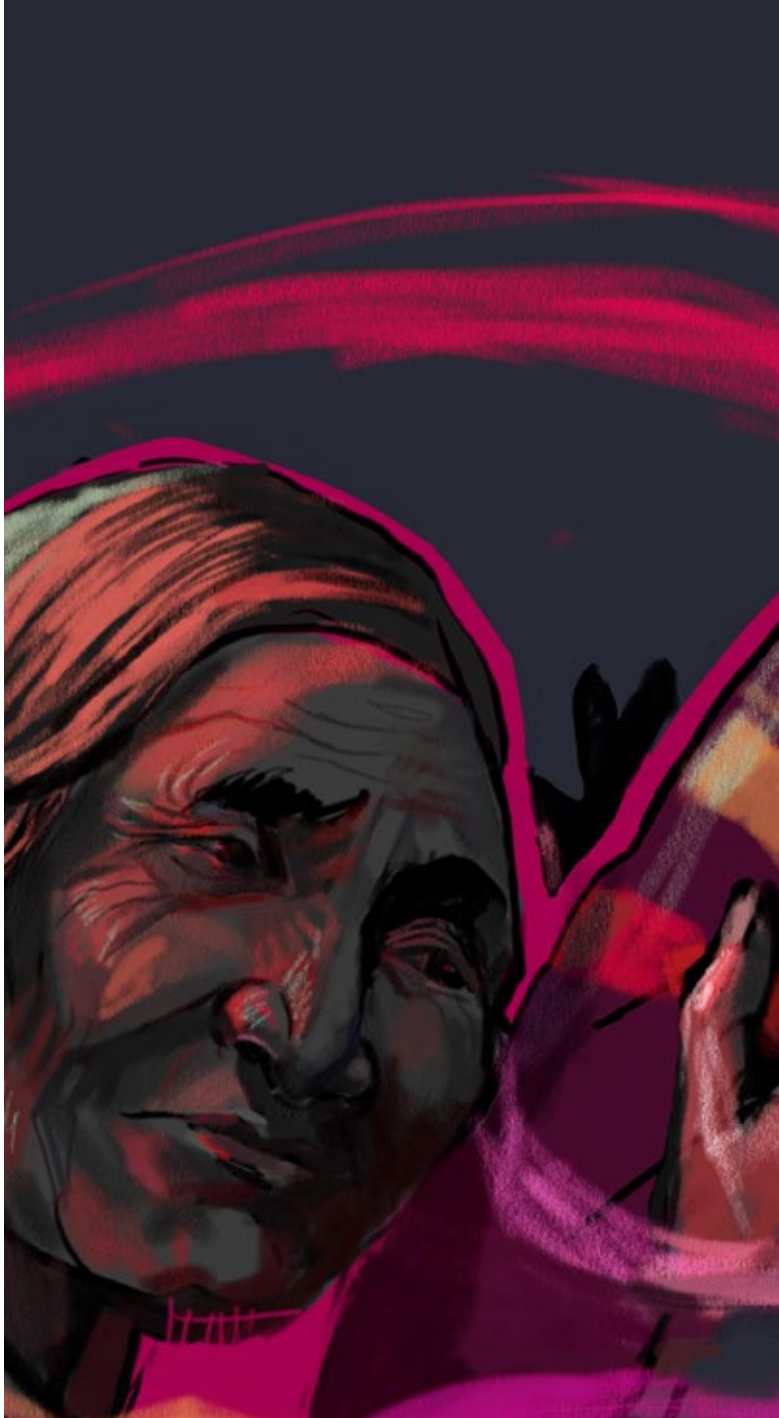
Martin, M. y Vega, A. (2019). La lógica manicomial luego de la Ley Nacional de Salud Mental. *Revista Voces Emergentes*, (3), 20-26.

Pal, T. (2018). *Institucióp*atas. *Ensayo sobre prácticas manicomiales en un hospital general.* La Docta Ignorancia.

Rotelli, F; De Leonardis, O y Mauri, D. (1987).

Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, VII*(21), 165-87.

Sanfelippo, L. (2021). Institucióopatas. Ensayo sobre prácticas manicomiales en un hospital general: de Tomás Pal. *Revista Litura*, (2), 46-47.



Hacer existir la calle. Un evento callejero del barrio de Almagro como apuesta a la construcción de lo común

GOBET, Laura Silvina.
Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Psicoanalista. Docente e investigadora en la Facultad de Psicología (UBA) y en el Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Quilmes (UNQUI)

Contacto: lauragobet@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0006-6567-3283

SANCHEZ, Julia Marcela.
Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestranda en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Concurrente del Centro de Salud Mental Nº3, Dr. Arturo Ameghino. Investigadora en la Facultad de Psicología (UBA).

Contacto: ljuli.m.sanchez@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0003-5208-5464

FLORES, Nicolás Leonel.
Estudiante de Licenciatura en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Trabajador del campo de la salud mental. Docente e investigadora en la Facultad de Psicología (UBA)

Contacto: floresnicolasleonel@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0001-4718-5079

KUPFER, Zoe.
Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Psicoanalista. Diplomada en Clínica Psicoanalítica de los Consumos Problemáticos y en Abordaje de violencias por motivos de Género. Investigadora en la Facultad de Psicología (UBA)

Contacto: zokupfer@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0005-5715-6633

BANG, Claudia.
Doctora en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magister en Salud Pública Internacional. Investigadora de la Facultad de Psicología (UBA). Docente de grado y posgrado (UBA, UNM, entre otras)

Contacto: claudiabang@yahoo.com.ar
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1995-0527

Recibido: 15/11/2024; **Aceptado**: 03/06/2025

Cómo citar: Gobet, L.S., Sanchez, J.M., Flores, N.L., Kupfer, Z., y Bang, C. (2025). Hacer existir la calle. Un evento callejero del barrio de Almagro como apuesta a la construcción de lo común. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (18), 115-137

Resumen

El presente trabajo se enmarca dentro del proyecto de investigación UBACyT "Promoción de salud mental comunitaria y prácticas de cuidados desde una perspectiva integral: análisis de procesos participativos, lúdico-artísticos y creativos llevados adelante por instituciones en red", con sede en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología (Universidad de Buenos Aires). Tiene por objetivo general describir y analizar prácticas comunitarias de cuidado y promoción de salud mental, llevadas adelante por instituciones en red que incorporan estrategias participativas lúdico-creativas en el primer nivel de atención. En este escrito analizaremos el modo en que los actores involucrados significan sus motivaciones a participar, en particular, en el evento callejero "La Toma de Almagro", durante las ediciones del 2022 y 2023. Además, será de nuestro interés indagar los cambios que vislumbran a través del tiempo quiénes participan como referentes de espacios institucionales de una red, solicitando que reconozcan los sentimientos y sensaciones que identifican a la hora de participar. El interés en esta indagación se vió motivado por la dificultad en la organización de redes territoriales en el proceso post pandémico. En un contexto signado por el individualismo y la fragmentación del lazo social, el evento "La Toma de Almagro" se presenta como una apuesta. A través de la ocupación festiva de la calle, se ofrece como un espacio de referencia que invita a encontrarse con otros y otras, promoviendo cuidados y salud colectiva. En este trabajo presentamos una lectura preliminar de resultados de la pesquisa desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud y salud mental comunitaria, en cruce con aportes teóricos de de corrientes críticas del psicoanálisis, estudios de la subjetividad y la filosofía contemporánea que invitan a pensar modalidades de la participación política en la actualidad en torno a la posibilidad de sostener formas del lazo social que traman comunidad.

Palabras claves: prácticas participativas - eventos callejeros – redes - salud mental comunitaria - promoción de salud.

Bringing the Street into Existence. A Street Event in Almagro as an Act of Common Construction

Abstract

This work is part of the UBACyT research project *"Community Mental Health Promotion and Care Practices from a Comprehensive Perspective: Analysis of Participatory, Playful-Artistic, and Creative Processes Carried Out by Institutions in Network,"* based at the Research Institute of the Faculty of Psychology (University of Buenos

Aires). Its general objective is to describe and analyze community-based care and mental health promotion practices implemented by institutions working in networks that incorporate participatory, playful, and creative strategies at the primary level of care. In this paper, we analyze how the involved actors make sense of their motivations to participate —particularly in the street event "La Toma de Almagro" during its 2022 and 2023 editions—. Additionally, we aim to explore the changes perceived over time by participants who act as representatives of institutional spaces within the network, asking them to identify the feelings and sensations they associate with their participation. This line of inquiry was motivated by the challenges encountered in organizing territorial networks in the post-pandemic context. In a setting marked by individualism and the fragmentation of social bonds, "La Toma de Almagro" emerges as a meaningful initiative. Through the festive occupation of the street, it offers a reference space that invites people to connect with others, promoting care and collective health. This paper presents a preliminary analysis of the research findings from the perspective of Primary Health Care and community mental health, intersecting with theoretical contributions from critical currents of psychoanalysis, studies on subjectivity, and contemporary philosophy. These frameworks invite us to reflect on current forms of political participation and the possibilities for sustaining social bonds that weave community.

Key words: participatory practices - street events – networks - community mental health - health promotion.

Introducción

Este escrito forma parte del proyecto de investigación UBACyT "Promoción de salud mental comunitaria y prácticas de cuidados desde una perspectiva integral: análisis de procesos participativos, lúdico-artísticos y creativos llevados adelante por instituciones en red", con sede en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

Las prácticas participativas de promoción de salud mental han mostrado un gran potencial para el abordaje complejo de problemáticas del padecimiento subjetivo en la comunidad (Bang, 2014). Su articulación con la perspectiva de cuidados, que subraya la necesaria inclusión de la dimensión afectiva y vincular en el modelo de atención integral, resulta esencial para el abordaje de los padecimientos mentales en comunidad (Gobet et al., 2022). A su vez, la inclusión de estrategias lúdico-artísticas de creación colectiva posee grandes poten-

cialidades para el desarrollo de acciones integrales de promoción de salud mental.

Tomando como antecedentes estudios que han permitido visibilizar el rol protagónico de las organizaciones territoriales y comunitarias en el acompañamiento de situaciones psicosociales complejas, y la necesidad de generar y fortalecer articulaciones con dichas experiencias para el sostenimiento de prácticas integrales de cuidado en salud y salud mental (Comes, 2020; Bartolotta y Gago, 2023; Bottinelli et al., 2024), este trabajo se inscribe en una línea teórico-conceptual que entiende a la salud y la salud mental desde una perspectiva de derechos (Czeresnia y Freitas, 2006), subrayando su dimensión contextual y socio-histórica en tanto proceso integral de salud-enfermedad-atención/cuidados (Menéndez, 2009; Paim y Almeida Filho, 1998). Identificamos un campo ampliado de prácticas en salud y salud mental que incorporan la dimensión del cuidado en procesos donde reconocemos la intervención no sólo de instituciones de salud, sino la posibilidad de su articulación en redes comunitarias de cuidados (Bang, 2021), que se orientan al abordaje de problemáticas psicosociales en el reconocimiento de su complejidad. Asimismo, nos ha interesado pensar la importancia de la participación comunitaria y el modo en que los actores involucrados significan sus implicancias a la hora de habitar la calle. Para ello, nos servimos de aportes de autores/as del campo del psicoanálisis y la filosofía contemporánea que elucidan la importancia de pensar nuevas formas de habitar espacios colectivos de lo público-común, donde pueden gestarse procesos que promuevan salud y salud mental en la comunidad.

Desde el principio del año 2022 acompañamos el proceso de reconstrucción del tejido de redes entre organizaciones e instituciones en los barrios de Almagro y Balvanera, y la realización de algunos eventos callejeros que tomaron vital importancia luego del período de pandemia por COVID-19. La necesidad de intervenir en el barrio se reconoció como uno de los objetivos centrales de las organizaciones, y la realización de los eventos permitió garantizar espacios de escucha y acompañamiento, propiciando cuidados colectivos y procesos participativos (Gobet et al., 2023). Nos interesa particularmente centrarnos aquí en uno de ellos: "La Toma de Almagro".

En estudios anteriores (Bang, 2014, 2016) indagamos en la relación existente entre las prácticas participativas en red y la estrategia de promoción en salud mental comunitaria, reconociendo su potencial en la generación, sostén y fortalecimiento de redes de contención y cuidado. También investigamos acerca de

cómo se dan los procesos participativos en el marco de la vuelta a las actividades presenciales, recreativas y comunitarias, luego de dos años de aislamiento y distanciamiento social (Bang et al., 2023). Asimismo, nos interesó acompañar el proceso de reorganización de las redes barriales e institucionales, en cuya articulación se ha planificado el evento al que haremos referencia.

En esta oportunidad nos preguntamos por cómo significan sus vivencias en los procesos participativos algunas personas que asistieron a las convocatorias callejeras, siendo algunas de ellas, referentes de organizaciones de la red convocante. La pregunta buscaba conocer sensaciones y sentimientos implicados en sus motivaciones y el modo en que reconocen sus formas de involucrarse en los eventos llevados a cabo en la calle. La calle, como territorio, también es motivo de análisis en torno al modo en que es significada su importancia por tales actores involucrados. Por último, se considera, además, cómo los/as referentes de organizaciones sociales identifican cambios y persistencias en dichos eventos callejeros a través del paso del tiempo.

Metodología

El presente estudio se enmarca en la Investigación Cualitativa en Salud (Minayo, 2000), siendo una investigación de tipo exploratoria descriptiva. Se toma como unidad de observación y análisis a eventos participativos que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público, llevados a cabo por instituciones que conforman una Red barrial en el centro de la Ciudad de Buenos Aires.

El trabajo de campo se centró en el acompañamiento del proceso de realización del evento "La Toma de Almagro", compuesto por reuniones de organización, difusión y realización, que se llevaron a cabo entre septiembre y octubre de los años 2022 y 2023 en el barrio de Almagro. A la hora de caracterizar este evento, se realizó una revisión documental en una publicación comunal de una revista realizada por vecinos involucrados en la puesta en marcha de esta actividad. Las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron la observación participante y la realización de entrevistas a referentes y personas que asistieron al evento. Se tomaron un total de 27 entrevistas en el año 2022 y 20 en el año 2023, a referentes institucionales, informantes clave y participantes durante los eventos (Valles, 2000). Todas las entrevistas se realizaron a personas adultas (entre 18 y 60 años), sin distinción de género, todos/as vecinos/as del barrio. Se indagó al respecto de motivaciones, sentimientos y sensaciones que las personas relacionan con su participación en los eventos, recono-

ciendo la importancia de que los mismos se desplieguen en la calle como territorio de acciones, dando cuenta, además, para quiénes son referentes de las instituciones en red, de los cambios identificados en el sostenimiento de la participación a través del tiempo. En las entrevistas realizadas en el evento del año 2022, se preguntó, además, por las diferencias que pudiesen identificar quienes participan de las convocatorias callejeras respecto al habitarlas en tiempos previos a la pandemia o posteriores a la misma.

Para este trabajo se analizaron el total de entrevistas. Las técnicas de análisis de las mismas fueron el análisis temático y relacional (Marshall y Rossman, 1989). Esta combinación de técnicas nos permitió un relevamiento más completo de los procesos participativos, las motivaciones y sentimientos que se expresan en tales procesos y los cambios en los modos de participar a través de los años que algunos implicados logran identificar. En relación con la importancia que cobra para el análisis de este escrito la calle como territorio de acciones que promueven salud en la comunidad, se menciona una actividad sociodramática[1] convocada por referentes de Instituciones del Barrio en "La Toma de Almagro" del año 2023 junto a integrantes de nuestro equipo. Aunque no nos detendremos en un análisis particular de este sociodrama, a la hora de analizar categorías resultantes de las entrevistas, estableceremos relaciones con la importancia de la propuesta de tal intervención en este evento, respecto al contexto socio-histórico en que se lleva a cabo.

En la sección de resultados se presentan las categorías resultantes del análisis de recurrencias de sentido analizadas en las entrevistas, y finalmente en la discusión, se retoman tales categorías para ponerlas en relación con desarrollos conceptuales del campo de la salud y la salud mental colectiva, así como con aportes de corrientes críticas del psicoanálisis, estudios de la subjetividad y la filosofía contemporánea. Este análisis permite arribar a conclusiones y reflexiones finales.

La investigación forma parte de un proyecto aprobado en sus aspectos éticos por la Secretaría de Ciencia y Técnica del Rectorado de la Universidad de Buenos Aires. Dicha institución determinó que no era necesaria una evaluación por un Comité de Ética específico, dado que el plan de trabajo no contempla estudios farmacológicos, clínicos, quirúrgicos, epidemiológicos ni psicológicos, ni el uso de equipamiento médico, historias clínicas o muestras biológicas.

Además, todas las personas entrevistadas y participantes del estudio brindaron su consentimiento infor-

mado de manera explícita y afirmativa. Para preservar su anonimato, en la sección de resultados no se incluye ninguna información que permita identificar a los autores de los relatos, sólo se presenta la distinción entre participantes y referentes de instituciones barriales, sin aclarar en este último caso la referencia institucional específica. Este resguardo forma parte del compromiso asumido en el formulario de consentimiento informado.

"La Toma de Almagro": un evento callejero que promueve el encuentro

A partir de la recopilación de notas y publicaciones en redes sociales de los espacios comunitarios pertenecientes a la red que organiza el evento que analizamos en este trabajo, reconstruimos una breve historización de "La Toma de Almagro":

En el año 2017, diversos espacios culturales del barrio de Almagro se articularon para conformar la Red Cultura Almagro, con el objetivo de establecer lazos de coparticipación y solidaridad frente a las políticas de vaciamiento estatal a través de la cultura, el arte, el juego y la participación ciudadana (Casona Humahuaca, 2022). Desde ese año la red lleva adelante un evento con jornadas festivas para celebrar el cumpleaños del barrio de Almagro, que luego se instituyó por la legislatura porteña como el 28 de septiembre a través de la Ley N°901 en el año 2022 (Tintas de Boedo, 2021).

El evento que reúne a estos espacios cada septiembre llamado "La Toma de Almagro", comenzó como la propuesta de una caravana por el barrio, articulando tres cortes de calle donde se realizaron fiestas populares para toda la comunidad. Desde entonces, estas jornadas consisten en diversos cortes de calle donde los espacios construyen propuestas como shows musicales, muestras de fotos, talleres, teatro, juegos callejeros, etc. (Tintas de Boedo, 2021).

En los últimos años, estos eventos se proponen el intento de visibilizar la importancia del diálogo, el compromiso social, la empatía y la solidaridad contra los discursos de odio que circulan en nuestro país y las políticas de vaciamiento que se han profundizado desde la pandemia, proponiendo como alternativa espacios de construcción de lazos comunitarios, democráticos y autogestivos para el bien común (Casona Humahuaca, 2023).

"La Toma de Almagro" del año 2022 comenzó con una "Cumbre de Juegos Callejeros", donde se invitaba a participar de juegos tradicionales pintados en tiza en

el asfalto. El evento continuó con diversas actividades sobre la calle Humahuaca, tales como una feria donde participan las distintas organizaciones y otras actividades participativas. Para "La Toma de Almagro" del año 2023, se articularon más de 13 espacios culturales en un corte de calles que abarcó 4 cuadras. Esta jornada contó con un sociodrama comunitario, escenas de teatro callejero, un taller para infancias, un espacio con piezas de ajedrez de gran tamaño, taller de reparación de bicicletas, espacio de feria y música en vivo (Revista del Abasto, 2023).

Una particularidad del año 2023 fue que el evento se realizó luego de las elecciones primarias (PASO) para cargos nacionales, cuyos resultados mostraban una incidencia importante de las derechas en el escenario electoral, acompañadas de discursos legitimadores de odio y violencias, lo cual llevó a que la convocatoria esté especialmente dirigida a promover un encuentro creativo, cuidado y solidario.

Del análisis del material obtenido de entrevistas y de la observación participante, correspondientes a los años 2022 y 2023, surgen los siguientes apartados que presentamos como ejes de análisis: la motivación a participar (tanto en referentes de asociaciones barriales como en asistentes a los mismos), la importancia otorgada a la calle como lugar de realización de los eventos y los cambios en la participación a través de los años percibidos por referentes comunitarios.

Qué motiva a participar en eventos callejeros

La motivación que promueve la participación en eventos callejeros gira, en la mayoría de las entrevistas, en torno a la idea del estar con otros/as y lo que esa modalidad de encuentro motoriza y puede construir. Así, una referente entrevistada expresa: "Nos trae por aquí más que nada juntarnos, me gusta mucho el tema del trabajo colectivo con otros espacios y personas", y agrega "me hace sentir bien, que estamos en el camino correcto, ocupando las calles y haciendo cultura, una cultura inclusiva LGBTIQ, transfeminista" (Entrevista Referente 4, 23 de septiembre de 2023).

En el mismo sentido, otro referente nos comenta: "genera mucho bienestar participar en eventos así, sentirse acompañado, que se puede debatir de un montón de cosas, crear con las manos, pensar ideas, compartir opiniones, trabajar en conjunto" (Entrevista Referente 8, 23 de septiembre de 2023).

En otra entrevista se resignifica la importancia del compartir con otros/as como principal fuente de motivación: "El motivo primario es la colectividad, el espa-

cio abierto para venir a compartir con personas, con la vecindad y con todo eso, donde no hay mucho espacio en la ciudad" (Entrevista Participante 4, 23 de septiembre de 2023). También lo expresa otra persona entrevistada al referir que aquello que le motiva a participar es "el habitar la comunidad, lo colectivo, lo comunitario, que sea asambleario y que puedas conocer gente y ver lo que pasa en el barrio" (Entrevista Participante 3, 23 de septiembre de 2023).

Esta noción de encuentro con otros/as en los eventos callejeros aparece en los relatos de las personas entrevistadas vinculada a un pasaje de lo individual a lo colectivo, una transformación de significados y sentires al vivirlos comunitariamente. Como nos refiere un referente entrevistado: "cada persona que pasa termina con un cambio interno en el que de pronto te encontrás trabajando en comunidad y armando redes (…) lo individual termina siendo colectivo" (Entrevista Referente 1, 23 de septiembre de 2023). Este movimiento que se produce en lo compartido se expresa relacionado a sensaciones de alivio y contención. Así lo expresa otra referente: "participar me pone en movimiento, en este momento particular y electoral del país hace que no me caiga en un bajón, me permite encontrarme con otros, abrazar, discutir ideas y todo eso" (Entrevista Referente 3, 23 de septiembre de 2023).

La mayoría de las personas entrevistadas ubican nociones acerca de armar redes, debatir, construir referencias, enterarse cómo están sus vecinos y las necesidades del barrio, reconociendo lo que sucede en esas calles. En esta línea, los encuentros callejeros son significados en las entrevistas por la potencia de construcción de lazos, y la visibilidad política y cultural que conllevan : "Me encanta que salga la cultura a la calle, encontrarnos con vecinos y vecinas, con amigues, es una fiesta porque conquistamos un lugar donde pasan autos y ahora pasa gente caminando, divirtiéndose y es maravilloso" (Entrevista Participante 8, 23 de septiembre de 2023).

En el mismo sentido, otra participante entrevistada expresa: "Me motiva a participar de la cultura, que me encanta, pero también como respuesta política. Son las dos cosas, es política y es cultura. También apoyar emprendimientos en la feria" (Entrevista Participante 6, 23 de septiembre de 2023).

La potencia que tienen estos eventos para armar lazos, también es referida por los/las referentes de las organizaciones del barrio. En concordancia, una de ellas menciona:

> Yo me sumé en su momento buscando un lugar para hacer algo, transformar las cosas, porque no estaban bien las cosas y quería aportar. Disfruto de estar con mis compañeros haciendo esto, de construir algo con personas que quiero y que me siento muy en confianza. (Entrevista Referente 11, 28 de septiembre de 2022)

La construcción de lazos aparece también asociada con la noción de esperanza, como un modo de afrontar la coyuntura política y socioeconómica. En palabras de una referente entrevistada:

> (...) participar… intensamente, tiene de lindo lo que tiene de complejo, así como cuando estás acá y te vas con mucha esperanza, o venís super desolado y decís ok, hay un grupo de gente que va para el mismo lado que voy yo. (Entrevista Referente 1, 23 de septiembre de 2023)

Significaciones asociadas a la importancia de la calle como espacio de realización de los eventos

La calle se presenta como un aspecto destacado por la mayoría de los/las referentes de espacios culturales y de participación comunitaria entrevistados/as. A la hora de expresar la relevancia de la calle como espacio de participación, se menciona la importancia de "ocupar las calles que son nuestras", expresando que el espacio público es un territorio de disputas de sentido y que ocuparlo, permite "que sea abierto para todos…" dando cuenta de que "las cosas se pueden hacer en comunidad".

Que los eventos sean en la calle y abiertos a la participación comunitaria es relevante, ya que se reconoce que estas propuestas brindan una impronta diferente al barrio:

> (…) para el barrio, le da alegría, le da encuentro, le da celebración, le da la posibilidad de resignificar el espacio público en un lugar donde no sea inseguro, donde los pibes y las pibas puedan jugar en la calle, donde se pueda escuchar música, y donde no sea sólo un lugar de paso y de tránsito, sino un lugar de encuentro. (Entrevista Referente 3, 23 de septiembre de 2023)

La caracterización de la calle como territorio de encuentro se presenta de modo insistente en las entrevistas. En tal sentido, una referente entrevistada expresa que la calle permite "identificarse con el barrio y con la gente del lugar…que vive en el lugar, de qué trabaja, qué le interesa, cuáles son sus movidas" (Entrevista Referente 6, 23 de septiembre de 2023). Otra referente

refiere: "(...) la importancia es mucha, es sustantivo que sean en la calle. Hay una diferencia entre hacer eventos puertas para adentro o puertas para afuera, que es inclusivo a todos los que transitan por la calle" (Entrevista Referente 9, 23 de septiembre de 2023).

La referente entrevistada recuerda la importancia que tuvo el ver a una vecina realizando instrumentos musicales junto a su hijo en un taller ofertado en la calle. En ese proceso ella estaba conociendo ese espacio cultural por primera vez, aunque hace años estuviese en el barrio.

La misma entrevistada denota una diferenciación sutil en torno a la calle como territorio habilitante de encuentros, expresando que la calle, el asfalto, produce incluso otras condiciones de posibilidad que las veredas:

> Noto mucho la diferencia cuando se abre a estar en la vereda, incluso en el asfalto que no es un lugar que transiten las personas habitualmente. Es un lugar extraño de habitar. Esa extrañeza de habitar ese espacio me parece muy interesante, pone a la gente en un modo distinto, tal vez de fiesta, pero a la vez extrañada de la propia situación. (Entrevista Referente 9, 23 de septiembre de 2023)

La oferta de eventos callejeros es mencionada también como una invitación a las familias a estar alrededor de una actividad con sus hijos/as y a ser partícipes, reconoce una referente entrevistada, lo que es vivido de una manera muy emocionante porque se generan "dinámicas familiares donde se habilitan diálogos, lenguajes, exploraciones, que no se habilitaban en otros contextos" (Entrevista Referente 9, 23 de septiembre de 2023).

En otras de las entrevistas puede escucharse que la calle es pensada y vivenciada en torno a afectos e ideologías que acompañan la decisión de habitarla: "(...) la calle hoy más que nunca es un lugar de resistencia (...) yo como individuo pienso que hay que estar en la calle, estar con el otro, hay que escuchar al otro, hay que conocer al otro (...) la patria es el otro y al otro lo encontramos en la calle" (Entrevista Referente 10, 23 de septiembre de 2023).

En los relatos de las personas entrevistadas se resalta como significativo de los eventos en la calle el hecho de que convocan a los niños/as a jugar más allá de los dispositivos electrónicos, aprovechar el tiempo de otro modo y divertirse. Al respecto, una participante expresa:

> Yo me crié en una red barrial de espacios culturales y es clave para la comunidad, porque por ejemplo ¿qué haces sino con los chicos para evitar que estén frente a la tele todo el día? (...) hay que rescatarlos. (Entrevista Participante 11, 28 de septiembre de 2022)

Otra participante comenta que cree necesario que los chicos puedan conectar con otra cosa que no sea el celular, poder distraerlos y estar con otros y otras, que también le recuerda cuando era chica y jugaba en las calles: "Distraerse al aire libre, es como darles un respiro, que se encuentren con otros chicos, es saludable, ayuda a la creatividad" (Entrevista Participante 12, 28 de septiembre de 2022). Del mismo modo, otra entrevistada expresa: "Me gusta jugar y me gusta que mi hija también juegue con chicos que no conoce. Es necesario recuperar la calle, habitar lo comunitario, generar lazos en comunidad, estar con otros" (Entrevista Participante 13, 28 de septiembre de 2022).

Insiste en varias entrevistas la importancia otorgada a la condición de posibilidad que generan los eventos callejeros de tejer trama barrial. También se insiste en la salud comunitaria en el entramado: "Los espacios comunitarios hacen bien, encontrarse y conocer cosas diferentes" (Entrevista Participante 15, 28 de septiembre de 2022).

La calle también es significada por algunos entrevistados que se acercan a participar de los eventos como "un modo de resistencia, una respuesta política" a formas de gobierno que promueven el individualismo y donde los espacios culturales son habitados "como refugios".

La necesidad de "recuperar la calle" queda asociada a más de un sentido. Para muchos/as, la importancia de la calle está relacionada al disfrute y al compartir con otros/as. A su vez, para otros/as, el evento callejero tiene el valor de producir identidad del barrio, más aún en este momento socialmente crítico donde la calle opera como espacio para forjar comunidad.

Cambios en la participación a través de los años

Muchos de los/as entrevistados/as señalaron la disminución en los últimos años de personas que participan de los eventos callejeros y que se involucran en la organización de los mismos. Refieren que "la vuelta a la calle se volvió difícil", se dificulta poder apropiarse del espacio luego del período pandémico. Mencionan, además, cambios percibidos con relación a los actores involucrados, dando cuenta que antes participaban en su mayoría vecinos y vecinas, pero que en la actualidad —y a partir de la proliferación de espacios culturales en

el barrio— la participación es predominantemente de los colectivos organizados.

En tal sentido, un referente entrevistado/a refiere:

> (…) las diferencias que noté tienen que ver un poco con los actores, los que organizábamos en ese momento éramos más vecinos, que veníamos de participar en la olla popular porque era más cerca del 2001 y con los años siento que se fue construyendo en el espacio un modo de participación, de pertenencia y de identidad de quiénes venimos acá. (Entrevista Referente 2, 23 de septiembre de 2023)

Otro referente expresa: "Al principio en la participación había muchos vecinos, después eso se fue revirtiendo y fueron muchos participantes de organizaciones trabajando en distintos grupos y ahora es una mezcla" (Entrevista Referente 7, 23 de septiembre de 2023).

Otro de los elementos que se mencionan como cambio es nombrado por una referente como una "derechización del barrio", ubicando que se sucedieron repetidos ataques al espacio donde se encuentran las organizaciones. Estos hechos consistieron en la destrucción de canteros con plantas que adornan el bar de una organización cultural, y mensajes escritos con aerosol negro refiriendo insultos y amenazas sobre murales de derechos humanos ubicados en las veredas y fachadas de algunos espacios culturales. Así lo narra la referente entrevistada:

> (…) desde hace 2 años como que hay una derechización en el barrio y hay provocadores que hacen pintadas en los espacios culturales: feminazis [haciendo referencia a una expresión coloquial utilizada como degradación a las políticas y perspectivas de género], o que a nosotros nos tiraron un cantero que tenía el pañuelo de las madres… eso antes no ocurría. (Entrevista Referente 3, 23 de septiembre de 2023)

En una entrevista nos encontramos incluso con la preocupación por el actual desconocimiento de la opinión de los/as vecinos/as del barrio, respecto de los eventos callejeros y sus posibles reacciones al uso colectivo del espacio público, especialmente de las bicisendas: "Hoy no sé cómo están los vecinos, antes sabíamos que estaban contentos con lo que hacíamos, ahora no lo sabemos" (Entrevista Referente 7, 23 de septiembre de 2023). En este mismo sentido, un referente menciona:

> (...) hay muchos cambios (acá en Abasto) la verdad es que los vecinos van cambiando porque se van construyendo edificios nuevos, y eso hace que haya mucha

> rotación y que haya que ir construyendo las lógicas que nosotros tenemos en el barrio … y que no sea invasivo lo que hacemos para los vecinos. (Entrevista Referente 3, 23 de septiembre de 2023)

A su vez, otra referente entrevistada agrega: "Tal vez alguna irritabilidad mayor de parte de algunos vecinos en algunos lugares, muchas veces fogoneada por este tema en la ciudad de que yo tengo derecho a circular…" (Entrevista Referente 6, 23 de septiembre de 2023.). Así expresa su preocupación otro referente:

> Y creo que la unión de distintos centros culturales de la zona hace que nos envalentonemos o queramos hacer más cosas hacia afuera. Pero claramente para mí hay un cambio, que tal vez se habita un poco menos la calle. (Entrevista Referente 9, 23 de septiembre de 2023)

También encontramos referencias en una entrevista a la sensación de haber "desatendido" un espacio construido, a pesar de remarcar la importancia de este. En palabras del referente entrevistado:

> (...) a lo largo de los años nos hemos ganado el hecho de estar cortando la calle para poner una feria, en otro momento cortábamos la calle para reclamar un derecho y de alguna manera siento que logramos cierta institucionalidad (…) que desatendimos bastante. (Entrevista Referente 10, 23 de septiembre de 2023)

En una entrevista realizada se historiza también el territorio como legado de modos autogestionados de participación, como fueron las asambleas y cacerolazos acontecidos en muchos barrios durante la crisis social, económica y política del 2001 en Argentina:

> Después de la catarsis y la contención empezamos a preguntarnos qué hacer , en el 2000 había mucha angustia, mucha desesperación y lugares del barrio que cerraban, que no tenían para pagar. Fue algo parecido a lo que pasó ahora con la pandemia, donde hay muchos negocios que van cerrando, se van transformando. (Entrevista Referente 7, 23 de septiembre de 2023)

Y en otra entrevista un referente recuerda: "En el 2001 (...) el simple hecho de estar con otros a muchos nos contenía y a muchos otros, nos ayudó (Entrevista Referente 7, 23 de septiembre de 2023).

Los cambios en la participación a través de los años son referidos por los entrevistados como un proceso que ha ido cambiando, desde participar como vecinos en propuestas conjuntas en y para el barrio, a construir identidades de referencia en organizaciones te-

rritoriales. Ya como referentes, y habiendo surgido su inscripción en modos autogestivos de participación, presentan en la actualidad desconcierto ante las nuevas generaciones de vecinos/as que no conocen la historia de las redes barriales y que en algunas ocasiones, hasta presentan actitudes violentas y/o disconformidad con las organizaciones y los eventos realizados.

La importancia de historizar procesos colectivos de nuestra memoria reciente es algo que se presenta como importante para algunos referentes, no sólo por lo mencionado en las entrevistas, sino por algunas intervenciones propuestas para los eventos. A modo de ejemplo, el sociodrama realizado en una de las fiestas callejeras es propuesto por algunos referentes a modo de intervención en la comunidad para recordar —con quienes participan del evento ese día— acontecimientos significativos de la historia del país en lo concerniente a derechos y luchas sociales.

Esta propuesta sociodramática fue acompañada por nuestro equipo de investigación mediante observaciones participativas. La dinámica de la actividad consistió en una línea temporal, que a modo de recorrido se iniciaba en los años de la última dictadura militar y se extendía hasta el presente, representando cada período con telas de diferentes colores, carteles y objetos que remitían a sucesos de cada época. La consigna que acompañaba a quien participaba era: "¿Te animás a hacer un recorrido histórico?". Allí se invitaba a caminar al lado de la línea dispuesta sobre la calle y a intervenir. A partir de objetos que se fueron acomodando sobre las telas de acuerdo a cada momento (discos de vinilo, una olla, un casco militar, carteles con leyes, canciones, etc), se invitaba a participantes de la comunidad a recordar y escribir en cartelitos, hechos que constituyen marcas de la historia argentina reciente: leyes importantes y acontecimientos significativos de las luchas sociales. Al finalizar, se propuso construir escenas corporales en relación con lo que los/as participantes imaginaban para el futuro.

El simbolizar y recordar en una propuesta que invita a la comunidad a una construcción en común de acontecimientos histórico-políticos de nuestro pasado, sostiene la necesidad de tejer memoria colectiva junto a los/as vecinos/as en el barrio, reconociendo la importancia de implicarnos en significaciones compartidas.

Discusión

Frente a la violencia que propone la
antipolítica en estos tiempos,
nuestra respuesta debe ser el encuentro creativo
y solidario en todos los territorios,
para afectarnos de alegría,
a pensar, a ser trinchera de amor y de afectos,
de impulso y sostén, porque estamos convencides que la
fuerza de nuestra fiesta,
que la potencia de nuestra rabia y
dolor organizado, pueden detener el odio;
porque el derecho a nuestras existencias,
no nos lo quita nadie
(Afiche de convocatoria al evento de
"La Toma de Almagro" 2023).

La pandemia como atravesamiento. La calle como territorio a ser recuperado y habitado

En investigaciones anteriores abordamos cómo el entramado de la mayoría de las organizaciones que trabajan y articulan redes en territorios barriales se vió afectado durante el proceso pandémico, por las medidas de Aislamiento y Distanciamiento Social Preventivo Obligatorio que minimizaron las posibilidades de encuentro (Bang et al., 2023). Aunque algunas de ellas pudieron sostener reuniones de modo virtual durante este período, luego se necesitó un tiempo de reorganización de redes territoriales, así como de redefinición de las demandas que el período posterior a la pandemia exigía.

Los eventos callejeros que se realizaron desde entonces implicaron nuevos desafíos para las redes de organización de instituciones culturales del barrio, y volvieron a instalarse como espacios de referencia ante las situaciones nuevas que se fueron desplegando, sobre todo, lo relacionado a demandas en torno a padecimientos de salud mental. Se trató de volver a escuchar, a encontrarse, a estar en común (Chaves et al., 2023).

La pandemia profundizó las dinámicas de individualización y aislamiento entre las personas. El consumo, la fragmentación social y el encierro que facilitan y promueven las nuevas tecnologías (Sadín, 2019) han colaborado en la profundización de un proceso de destitución de la calle como espacio público y político que ya venía presentándose en nuestro país con el advenimiento de políticas neoliberales. Lewkowicz (2004) explica que la destitución implica "dispersión, desligadura y desarticulación" ante el desvanecimiento de las consistencias de una situación. En el pasaje del ciudadano al consumidor dejan de operar los ordenadores simbólicos del Estado-Nación como institución donadora de sentido de la subjetividad de una época.

Es así que, en las entrevistas, algunos referentes mencionan en tal sentido que en los últimos años se torna necesario volver a investir el territorio callejero. La recuperación del espacio público se presenta entonces como uno de los motivos que otorga sentido a la realización de los eventos, reconociendo la calle como un territorio de disputas de sentido, resistencias, lazos comunitarios y encuentros con los otros/as. El habitarla produce una diferencia frente al individualismo cotidiano y se oferta como condición de posibilidad para estar en grupo, otorgando un espacio de refugio e inclusión.

Algunas de las personas entrevistadas durante los eventos refieren que habitar la calle es distinto a transitarla. Un ejemplo de ello es la sutil diferenciación entre el andar por la vereda o por el asfalto, como reconoce un entrevistado/a al detenerse a reflexionar sobre los eventos callejeros ofertados en un lugar del barrio que se transita cotidianamente, pero que es vivenciado de modo distinto durante la fiesta callejera, con una mezcla de sensaciones entre el festejo y la extrañeza de estar sobre el asfalto.

A partir de estos relatos nos interesa preguntarnos ¿qué entendemos por habitar? Retomamos para ello al filósofo español Amador Fernández Savater (2020), quien reconoce en el habitar una apertura a cierta sensibilidad que percibe y crea en el mundo, cuidando, acompañando y favoreciendo fuerzas que están ahí y que nos ponen en movimiento, acompañando y reconvirtiendo situaciones de modo compartido. Ignacio Lewkowicz sostiene que “no hay calle hasta que una estrategia subjetivante la obligue a existir” (2024, p. 88). De esta forma, la calle como espacio habitable hace referencia a la necesidad de la construcción de una situación que obligue a hacer existir, que apueste a una subjetividad que sea capaz de transitar y hacer de ese, un espacio habitable.

De cómo volver a la calle a cómo re-investir lo común

Los referentes de organizaciones del barrio, como hemos expresado anteriormente, reconocen diversas transformaciones a través de los años respecto a los modos de participación de la comunidad, haciendo especial hincapié en el profundo cambio que marcó el proceso pandémico.

La necesidad de volver a la calle, fomentando espacios de encuentro promotores de salud, es nombrado como uno de los motivos —coincidentes en varios actores involucrados— que dan cuenta de la necesidad

de recuperar un territorio promotor de redes y participación comunitaria que el aislamiento había afectado, dañado, debilitado. Sin embargo, se expresa también que este volver al encuentro callejero se ha presentado difícil, con ciertas expresiones no habituales en tiempos anteriores al distanciamiento social preventivo, como la dificultad en referentes para reapropiarse de los espacios, las insistentes demandas en salud mental que reciben en las organizaciones y la irritabilidad de algunos/as vecinos/as en torno a la ocupación del espacio público.

En línea con lo anterior, Silvia Federici (2020) se pregunta cómo sería posible volver a encantar el mundo en estos tiempos del capitalismo, y sostiene la necesidad de comprender cómo podemos conectar distintas realidades y crear comunes que sean transformadores de nuestras relaciones sociales. En tal sentido, volver a la calle implica reconocer la importancia de ocupar nuevamente un espacio con otros/as y mantener viva la pregunta acerca del cómo re-investir el territorio callejero para volver a ser habitado. Un modo de re-investimento de la calle, podemos pensarlo en la propuesta del sociodrama que se dispuso en el evento callejero del año 2023, ya que fue diseñado por algunos referentes buscando reconocer linajes de resistencias y derechos. La apuesta buscaba promover espacios para trazar memoria colectiva para las nuevas generaciones que participan.

Ana María Fernández (2006, 2021) sostiene que las formas de expresión colectiva están precedidas de fuertes linajes de resistencia —acción e invención de inteligencia colectiva en diversas formas de expresión de las lógicas de la calle—, como las Madres de Plaza de Mayo y sus rondas, las abuelas en búsqueda de sus nietos, los H.I.J.O.S (Hijos e Hijas por la Identidad y la Justicia contra el Olvido y el Silencio) y la invención de manifestaciones callejeras cuando era imposible juzgar y condenar. Los encuentros de mujeres de hace más de treinta años, las mujeres piqueteras con sus cortes de ruta y las recientes manifestaciones de género y disidencias dan cuenta para la autora, también de esas marcas históricas sostenidas en nuevas formas de entramar la fiesta y la furia. Múltiples procesos micropolíticos precedidos de germinales políticos, que en sus propias modalidades de resistencia-invención, producen sus modelos de producción-acumulación política. La decisión y la organización colectiva lograda a veces en dificultosos acuerdos, no sin tensiones, configuran el quehacer político de lo cotidiano desde lógicas asamblearias horizontales y no desde representaciones delegadas. También se producen procesos subjetivos singular-colectivos de potenciamiento de las vidas, de

las corporalidades, del tomar la palabra, de las afectaciones entre-algunos/as, entre-muchos/as. A su vez, estos procesos producen efectos políticos-subjetivos en quiénes han participado, pero también en otros, más allá del momento y lugar en que se producen los eventos (Fernández, 2021).

Mantener abierta la pregunta acerca de cómo reinvestir lo común en el territorio callejero abre condiciones para la escucha a los modos de participación en cada momento histórico, así como la posibilidad de pensar nuevas implicancias en los referentes que desde hace años sostienen acciones vitales a pesar del cansancio, y de las formas que toma la apatía en las subjetividades de nuestra época.

Palabras finales

Habitar la calle para torcer la lógica mercantil que arrasa el lazo comunitario, irrumpir el aislamiento para conocerse y reconocerse, evocar y ligar nuestra identidad con herencias de luchas y fiestas, se constituye aquí como una estrategia a través de la cuál estos espacios proponen hacer inteligible un común. Una potencia indómita que permita transitar la opacidad del presente, desde cartografías donde se tejan sensibilidades, incertidumbres y resistencias. Frente a la particularidad de una época atravesada todavía por los diversos y profundos efectos de la pandemia, los espacios culturales e institucionales del barrio de Almagro, junto a vecinos y vecinas, trabajan por reconstruir redes e intervenciones en la comunidad. El evento "La Toma de Almagro" se presenta como una apuesta, una búsqueda a través de la ocupación festiva de la calle, para poder encontrarse con otros y otras con el esfuerzo que implica inventar nuevas formas de producir cuidados, encuentros y salud en un contexto signado por un recrudecimiento del individualismo y fragmentación.

En los últimos años ha mermado la participación de vecinos y se presentan nuevas configuraciones barriales y generacionales con expresiones que abarcan desde modalidades violentas y amenazantes, hasta desinterés y primacía del derecho individual por sobre instancias de encuentros colectivos y participación promovidas en la comunidad.

Aunque reconocemos que nuestro análisis presenta una muestra reducida de personas entrevistadas, y sólo de quiénes participan de los eventos, muchos de los cuales son referentes de organizaciones barriales, sostenemos la importancia de visibilizar la valoración del participar aún en resultados parciales.

Referencias

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. https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue2-full-text-399.

Bang, C. (2016). *Creatividad y salud mental comunitaria: tejiendo redes desde la participación y la creación colectiva.* Lugar Editorial.

Bang, C. (2021). Abordajes comunitarios en salud mental en el primer nivel de atención: conceptos y prácticas desde una perspectiva integral. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 12*(2), 778–804. https://doi.org/10.21501/22161201.3616.

Bang, C., Chaves, F., Díaz, J., Flores, N., y Romio, A. (2023, julio). APS y salud mental comunitaria: prácticas participativas e integrales llevadas adelante por instituciones en red [Ponencia]. *XVII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva, Asociación de Medicina Social y Salud Colectiva,* Buenos Aires.

Bang, C., Gobet, L., Laino, C., y Acevedo, C. (2022). Recuperando la trama callejera: prácticas participativas en red desde una perspectiva de promoción de salud mental comunitaria. En *Amor y deseo. Clínica y política de la diversidad en salud mental* (pp. 604–606). Serie Conexiones.

Bartolotta, I., y Gago, V. (2023). *Implosión. Apuntes sobre la cuestión social en la precariedad.* Tinta Limón.

Bottinelli, C., Freytes Frey, M., Barría Oyarso, C., Bang, C., Castaño, L., Granja, G., y Yojnovsky, N. (2024). *Cuidar en la emergencia. Protección social en tiempos de pandemia.* Universidad del Chubut.

Casona Humahuaca [@casonahumahuaca]. (2022, 20 de septiembre). Un poquito de historia comunitaria Les contamos brevemente cuándo y cómo surgió #latomadealmagro. Una fiesta popular que ya [Publicación en Instagram]. https://www.instagram.com/p/CivqiGmOlnu/?igsh=Y3RlYWMzb2R3M3Zn.

Casona Humahuaca [@casonahumahuaca]. (2023, 4 de octubre). LA TOMA DE ALMAGRO 2023 8 AÑOS DE CONSTRUCCIÓN COMUNITARIA: #LACULTURASEORGANIZA El Sábado 23/9/23 [Publicación en Instagram]. https://www.instagram.com/p/Cx_VLngvoJ_/?igsh=aWJ0a29kemxmdnFk.

Chaves, F., Carril, M. V., Gobet, L., y Marturet, M. (2023). Construyendo lazos en comunidad: una experiencia participativa en red. *XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología* - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires,

Comes, Y. (2020). Trabajar en lo emergente cuando pase la emergencia. *Revista Soberanía Sanitaria*, Edición Especial – Pandemia, 47–52.

Czeresnia, D., y Freitas, C. M. (2006). *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones y tendencias.* Lugar Editorial.

Federici, S. (2020). *Reencantar el mundo. El feminismo y la política de los comunes.* Tinta Limón.

Fernández Savater, A. (2020). Re imaginar la organización. En *Habitar y gobernar* (pp. 205–242). Ned Ediciones.

Fernández, A. M. (2021). *Psicoanálisis de los lapsus fundacionales a los feminismos del siglo XXI.* Paidós.

Gobet, L., Bang, C., Acevedo, C., Chaves, F., Flores, N., y Stero, J. (2023). Salud mental comunitaria y prácticas participativas articuladas en red en el período de post pandemia. *I Jornadas Ciencias Sociales, Salud Mental y Derechos Humanos, Facultad de Ciencias Sociales,* Universidad de Buenos Aires.

Gobet, L., Bang, C., Chaves, F., Howlin, M., y Laino, C. (2021). Salud mental en tiempos de pandemia: procesos y transformaciones en dispositivos comunitarios desde la perspectiva de cuidados. En *Construcción colectiva de políticas sanitarias en tiempos de incertidumbre* (pp. 713–715). Serie Conexiones.

Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado.* Paidós.

Lewkowicz, I. (2024). Salimos a la calle. En *Todo lo sólido se desvanece en la fluidez* (pp. 86–88). Coloquio de Perros.

Marshall, C., y Rossman, G. B. (1989). *Designing qualitative research.* Sage Publications.

Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva.* Lugar Editorial.

Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec.

Moreno, J. L. (1968). La escuela sociométrica y la ciencia del hombre (S. Etcheverry, Trad.). *Cuadernos de Psicoterapia, 3*(1). Ediciones Genitor. (Trabajo original publicado en 1956).

Moreno, J. L. (1983). *Sociodrama* (Última ed.). Editorial Lúmen. (Obra original publicada en 1953).

Ojeda, C. (2009). Sociodrama y rol playing: herramientas para una clínica de las organizaciones, *VI Jornadas Universitarias y III Congreso Buenos Aires Latinoamericano de Psicología del Trabajo: La crisis como oportunidad – Abordajes creativos desde la psicología del trabajo.*

Paim, J. S., y Almeida-Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública, 32*(4), 299–316.

Revista El Abasto. (2023, 23 de septiembre). Inició La Toma de Almagro: barrio libre de odio, eje en los 40 años de democracia y "disfrute colectivo" [Nota web]. *Revista El Abasto*. http://bit.ly/44w38uX

Rojas Bermúdez, J. (1971). *Qué es el psicodrama*. Ediciones Genitor.

Sadín, E. (2019). *La era del individuo tirano*. Caja Negra.

Tintas de Boedo. (2021, 1 de octubre). A tomar Almagro. https://tintasdeboedo.com.ar/a-tomar-almagro/.

Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social.* Síntesis.

Notas

1. Jacobo levy Moreno, creador del psicodrama y la sociometría, ubicaba como objetivo del uso de técnicas sociométricas el ayudar a la formación de un mundo en que el individuo, cualquiera sea su inteligencia, raza, credo religión, o filiación ideológica, tenga iguales oportunidades para sobrevivir y para aplicar su espontaneidad y su creatividad. Implica que los mismos protagonistas se ubiquen como expertos o investigadores de su propia comunidad. (Moreno, 1968/1956) El Sociodrama es entonces un dispositivo psicodramático destinado a explorar, mediante la escenificación de situaciones, los roles que se juegan en colectivos humanos con el fin de permitir correcciones en los mismos y, especialmente, posibilitar la creación de nuevos roles que resulten adecuados para las personas que componen esos colectivos. Es un instrumento de vital importancia en las modalidades participativas de enseñanza-aprendizaje en educación popular como en las intervenciones de capacitación en cualquier

tipo de organizaciones. El dispositivo sociodramático es de uso privilegiado cuando los colectivos se transforman en protagonistas que intentan explorar roles y vínculos. Permite poner en acción las representaciones compartidas por un grupo determinado, posibilitando al mismo tiempo que el grupo pueda operar sobre ellas. El grupo, en definitiva, opera sobre sí (Ojeda, 2009)

Celebrar como acto de resistencia. A propósito de la fiesta de la primavera

QUINTERO, Ana Victoria.
Psicóloga, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Especialista en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria (UNR). Maestreanda en Maestría en Psicopatología y Salud Mental (UNR). Egresada de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, Granadero Baigorria (Santa Fe). Docente en Facultad de Psicología (UNR). Miembro en Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria (Santa Fe).

Contacto: avgquintero@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0008-6435-0890

Recibido: 14/11/2024; **Aceptado**: 12/05/2025

Cómo citar: Quintero, A. V. (2025). Celebrar como acto de resistencia. A propósito de la fiesta de la primavera. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (18), 138-149

Resumen

Hablar de celebrar la locura puede resultar un tanto polémico, pero ¿la locura es sólo privativa de aquellos que presentan padecimientos subjetivos? ¿Acaso no todos sufrimos por algunas u otras cosas? Mezclarse, que los diagnósticos se hagan a un lado, camuflarse en el arte, la música y los colores que traen la primavera es quizás el mayor acto de rebeldía y resistencia que puede darse en el marco de un hospital general de tercer nivel de complejidad, lugar donde prima el discurso médico hegemónico y que porfiadamente "los de salud mental" intentan contrarrestar, poniendo en acto durante el festejo del día de la primavera aquello que se milita en lo cotidiano.

Bienvenidas, bienvenidos, bienvenides lectores, aquí se encontrarán con el relato de una experiencia que comienza hace muchos años atrás, pero que se institucionaliza a partir del 2017. El hospital se viste de

fiesta, los tablones, los parlantes, la feria, los colores y la mixtura entre usuarios y trabajadores es un intento en promover salud y prevenir la alienación de todos quienes transitan por aquellos lares.

Palabras clave: salud mental - comunidad - promoción de la salud - prevención.

Celebrate as an act of resistance. About the spring festival

Abstract

Talking about celebrating madness may be somewhat controversial, but is madness only exclusive to those who have subjective illnesses? Don't we all suffer from some things or other? Mixing in, letting diagnoses be put aside, camouflaging oneself in the art, music and colors that spring brings is perhaps the greatest act of rebellion and resistance that can occur within the framework of a general hospital of third level of complexity, where the hegemonic medical discourse prevails and, which "those in mental health" stubbornly try to counteract, putting into action in the celebration of Spring Day, those of us who are active in everyday life.

Welcome readers, here will find the story of an experience that began many years ago, but that became institutionalized in 2017. The hospital dresses up for a party, the boards, the speakers, the fair, the colors and, the mix between users and workers, an attempt to promote health and prevent the alienation of all of us who travel through those parts.

Keywords: mental health - community - health promotion - prevention

Gloria a Dios en las alturas
Recogieron las basuras
De mi calle, ayer a oscuras
Y hoy sembrada de bombillas
Y colgaron de un cordel
De esquina a esquina un cartel
Y banderas de papel
Lilas, rojas y amarillas (...)
Apurad
Que allí os espero, si queréis venir
Pues cae la noche y ya se van
Nuestras miserias a dormir
Vamos subiendo la cuesta
Que arriba mi calle
Se vistió
De fiesta

(Serrat, 1970) Fiesta en "De mi niñez"

1. El hospital. Caracterización institucional

El efector del cual es sede esta propuesta es un hospital público general de tercer nivel de complejidad, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, ubicado en el norte del área metropolitana del Gran Rosario, y en el sur de la provincia de Santa Fe (Argentina). Es base de referencia de nueve centros de salud y presta servicios a la población del norte del Gran Rosario, como así también a parte del cordón industrial que se extiende sobre la ruta Ruta Provincial N° 11. Posee un total de 119 camas y cuenta con servicios de: guardia externa, clínica médica, terapia intensiva, cirugía general, traumatología, tocoginecología, pediatría, neonatología, salud mental, neurología, neurocirugía, infectología, diagnóstico por imágenes y hospital de día, entre otros. La organización del trabajo se ha modificado en el último tiempo, pasando de la antigua lógica de servicios a un modelo de atención basado en el cuidado progresivo de la salud, asentándose en el trabajo interdisciplinario.

El Servicio de Salud Mental (SSM) hasta el 2016 funcionaba de manera fragmentada: un Servicio de Psicología y uno de Psiquiatría. Es recién ante una nueva jefatura que se re-configura la lógica de trabajo, teniendo impacto en su propia denominación. Actualmente cuenta con cuatro psiquiatras (uno en funciones de jefatura), cinco psicólogos, un acompañante terapéutico, una operadora comunitaria y un tallerista. Sus dispositivos son: admisión, consultorio externo e interconsulta. Se trabaja en forma articulada con la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM), participando también de sus instancias formativas. Además, forma parte del Consultorio de Salud Sexual y Reproductiva, Comité de farmacia, Comité de bioética y del equipo intersectorial de género. Asimismo se sostienen: un taller de arte y otro de radio, un espacio de escucha colectiva, un dispositivo de caminatas saludables y uno de

lectura. El chalet de salud mental aloja una biblioteca libre y un roperito.

La RISaM funciona emplazada en dicho Servicio con una doble dependencia: la Dirección de Residencias de Salud de la Provincia de Santa Fe y la Dirección Provincial de Salud Mental (DPSM). Se encuentra conformada actualmente por 20 residentes (enfermería, trabajo social, psicología y medicina), una jefa de residentes (Psicóloga), y un instructor (Psicólogo). Su práctica se despliega en diversos dispositivos: abordaje de crisis y urgencias subjetivas, interconsulta, atención en consultorio externo y seguimiento de situaciones de guardia, dispositivos grupales de sustitución de lógicas manicomiales y rotación por Atención Primaria de la Salud (APS).

El nacimiento del SSM actual se vincula a una lógica de trabajo donde la interdisciplina, no sólo hace marca sino que se constituye en un posicionamiento ético, clínico y político. Desde allí se delinean tanto la formación de quienes realizan su residencia, como los abordajes terapéuticos de quienes están adscritos a él. En esta línea, se trazan espacios grupales que intentan desde sus inicios, propiciar encuentros comunitarios, centrados en el abordaje de la salud mental como parte de la salud integral, conforme a los marcos legislativos vigentes, tanto a nivel nacional como provincial.

1.1. La fiesta de la primavera

La fiesta de la primavera, puede decirse, es el evento del año para celebrar con la comunidad el ser parte de un mismo espacio habitado de múltiples formas. Tras varias experiencias previas que se descontinuaron, en 2017 se retoma esta celebración, instaurándose con una regularidad ininterrumpida. Ello ocurre en el marco de un proyecto interdisciplinario de jefatura de residentes —siendo parte de dicho equipo quien relata la presente experiencia—. Es así que esta propuesta constituye una más dentro del terreno fértil que se empezaba a vislumbrar en aquel momento, en relación al SSM naciente.

Este hospital escuela fue construido en la década del ‘40 con una distribución característica que responde al emplazamiento en zonas poco urbanizadas que resultaba estratégico para el abordaje de enfermedades predominantes de la época. Tal es así que el predio está compuesto por un cuerpo principal; donde funcionan internación, consultorios externos, guardia general, laboratorio, trabajo social, área administrativa y docente dependiendo de la Universidad Nacional de Rosario, entre otras y, al mismo tiempo, está rodeado de chalets donde hacen sede servicios que por lo general no tie-

nen internación, estando los mismos emplazados en un predio arbolado y con predominio de césped.

El SSM funciona en uno de estos chalets y este carácter de exterioridad que concede el estar "por fuera del hospital" tiene una doble vertiente. En principio, implica el hecho militante de introducir en el "monstruoso" hospital el discurso subjetivante, contrahegemónico de la mirada fragmentada y objetalizadora propia del discurso médico tradicional, que algunas especialidades aún conservan. Por otro lado, permite la flexibilidad para plantear procesos de atención y cuidado, a la vez de que se dispone de un espacio propio para llevar a cabo actividades que permitan la circulación de usuarios y el establecimiento de lazos.

Este predio circundado de verde sirve de escenario para que los *veintitantos* de septiembre se embellezca, se vista de fiesta y se adueñen todos los que formamos parte de la institución y la comunidad en general.

La municipalidad de la localidad en la que está ubicado el hospital provee de tablones que ofician de facilitadores del protagonismo de las producciones que realizan algunos usuarios —muchas a partir del taller de arte a cargo de la tallerista del equipo del SSM— y que pueden vender al modo de una feria. Participan talleres de producción y dispositivos de la DPSM y de los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) del área de referencia. Hay parlantes, listado de oradores, cantantes y artistas, muchos de ellos trabajadores del hospital; cartelería de colores elaboradas manualmente y muchas flores de papel. La conducción está a cargo del dispositivo de radio del SSM. Hay comida y bebida gestionada por residentes y por el staff. Todo cambia de color, nos camuflamos y nos resistimos a la expulsión de la locura, el placer y el disfrute. Se arma así la liturgia de celebración promotora de la salud mental.

2. Promoción y prevención de la salud en los diferentes niveles de atención

Es necesario, en primer lugar, mencionar dos categorías fundamentales a la hora de pensar el trabajo situado en materia de salud en general y salud mental en particular. Por un lado, la dimensión de la clínica ampliada (Souza Campos, 2001), es decir, una atención centrada en las personas reales, donde el problema de salud es parte de su existencia. Se apunta a abrir la mirada y la escucha, más allá del "problema" que presente quien padece, entendiéndolo como parte de un entramado mucho más complejo. Por otro, hablar de proceso salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2005) implica pensar el trabajo desde una dimensión dinámica que

excede la atención del síntoma y que abre un abanico de variables a tener en cuenta desde una perspectiva procesual, en espiral, en contraposición a la mirada reduccionista, lineal de causa y efecto, y con una fundamental participación de quien padece en dicho proceso.

Hablar de promoción de la salud mental y prevención del sufrimiento psíquico implica traccionar categorías que en apariencia pertenecen al "núcleo duro" de la medicina, hacia una democratización de dichos términos. Es decir, en salud mental la prevención y la promoción conllevan la colectivización y la participación comunitaria de la población de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados de los cuales los sujetos usuarios son protagonistas. Siendo estos principios rectores propios de la declaración de Alma Ata (1978), que si bien ha quedado lejos allá en el tiempo, no pierde vigencia, aunque se precisan de algunas apreciaciones actuales.

Los niveles de complejidad en el ámbito sanitario pueden caracterizarse como el primer nivel, compuesto por aquellos servicios más próximos a la comunidad, es decir, centros de salud, dispensarios, salitas, por lo general sin posibilidades de internación que tienen emplazamiento en los territorios y hacen a la proximidad con la población constituyéndose en un lugar de referencia cercano a la gente: atención primaria, no en tanto precaria sino como primera línea de abordaje capilarizado en el entramado territorial. En el segundo nivel encontramos instituciones que por lo general adoptan forma de hospital o SAMCO (Sistema para la Atención Médica de la Comunidad), con especialidades médicas con las que no se cuenta en el primer nivel, que ofrecen internación de cuidados de baja y mediana complejidad. Por último, el tercer nivel de complejidad se refiere a aquellos establecimientos que realizan prestaciones que requieren de una mayor disponibilidad de recursos y tecnología para procedimientos de alta complejidad, y allí es donde nos encontramos.

Bravo (2019) plantea que:

> La salud mental comunitaria promueve una praxis de prevención y promoción por sobre el de tratamiento, con la finalidad de evitar que la población padezca de trastornos o patologías psicológicas. En esta praxis, las herramientas desarrolladas por la intervención o praxis de la psicología comunitaria, son valoradas y utilizadas como estrategias de trabajo comunitario desde los centros de salud. (2019, p. 25)

Esta afirmación pone el énfasis no sólo en la participación de la población en sus procesos de atención sino

que ubica a APS como sede de la promoción y prevención. ¿Ésto implica que en otros niveles de complejidad de la red asistencial no se realiza prevención y promoción de la salud mental? ¿El que sea un hospital general con multiplicidad de especialidades, opera como obstáculo para trazar dispositivos que promuevan la salud? ¿Cómo hace el hospital general para inaugurar espacios de participación comunitaria?

Desde aquí se sostiene que la posición promotora de la salud mental, se enraiza en la idea de que es el vínculo el creador de los sujetos, y no sólo que las subjetividades se vinculan. Sabemos que previo al establecimiento de la subjetividad, en los tiempos constitutivos del psiquismo nos encontramos con el plano de lo intersubjetivo, ello que hace de suelo fecundo para devenir sujetos. Tal es así que Puget (2015) dice que "cada vínculo (…) crea sus propios sujetos" (Puget, 2015, p. 23). La lógica que atañe a la noción de vínculo resalta la idea de espacio entre los sujetos que se amplía con el intercambio.

El "entrex–dos" se configura como un espacio potencial que se fortalece a medida que se multiplican los encuentros. Así, los cruces entre los sujetos hacen lugar a la sorpresa, al azar, a la incertidumbre, en contraposición al determinismo.

En síntesis, los vínculos se habitan y ofrecen pertenencia. En tanto que los encuentros entre los sujetos proveen algo que no estaba antes en ninguno de ellos, los sujetos se constituyen a partir de esos encuentros, de ese espacio-tiempo compartido que implica el establecimiento de lo vincular. La convergencia con otros entonces, inicia un proceso de subjetivación propio de ese vínculo donde lo pasado se encontrará con lo actual y el adentro con el afuera. Cada nuevo encuentro se constituirá como una ceremonia mínima (Minicelli, 2013), en tanto que pequeños rituales se establecerán en virtud de las características de las grupalidades, donde lo singular y lo colectivo serán dos caras de la misma moneda.

Esto dará lugar a tres categorías fundamentales que dialogan: cuidado, ternura y crueldad. Sostener aquellos dispositivos que tiendan a la colectivización de las trayectorias de los usuarios de los servicios de salud, es de primera mano, pensar a los mismos como un derecho fundamental. La accesibilidad a los espacios promotores de salud se traduce en el primer paso para que los ciudadanos puedan transitar los mismos en primera persona. Luego, se le agrega la posibilidad de crear espacios y tiempos determinados por lo creativo, por la producción de subjetividad y allí vendrá justamente el darle lugar a esta trilogía que se establece entre

el cuidado como respuesta tierna ante la crueldad de la cual históricamente son depositarios los padecientes de salud mental. Es así que podemos hablar de cierta ética del cuidado, entendiendo que en el campo de la salud mental se trabaja con sujetos que han sido objeto de las dificultades en el sostenimiento primario de sus otros significativos en tiempos inaugurales de su psiquismo. Resulta clave entonces, la búsqueda de figuras que puedan constituirse en prótesis -en el mejor de los casos momentáneas- para el armado de nuevas posibilidades en sus trayectorias vitales que, muchas veces se encuentran truncadas por el padecimiento psíquico. A ello se le suma algo del orden del estigma social como portadores de un padecimiento visiblemente invisible y es allí, que el arte sirve como mediador, desde aquella ternura que Ulloa (1988) nos plantea, también como posicionamiento ético, ante la crueldad de la expulsión del otro.

3. La salud mental como bandera

A la hora de definir qué es la salud mental nos encontramos con la ardua tarea de construir las diferentes esferas que componen a un sujeto. Partimos de la base de la complejidad inherente del sujeto, determinado por múltiples aspectos que nos hacen tan humanamente fallados, tanto que a veces cuesta reconocernos en esas fisuras. La salud mental entonces, no puede ser concebida por fuera de la salud integral de un sujeto, en tanto debe contemplar aspectos del orden biológico, psicológico, social, político, económico, de sexo, género, etnia, religión; en fin, todo aquello que nos hace esencialmente humanos.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en su Artículo 3º define la salud mental "(...) 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 los derechos humanos y sociales de toda persona" (2010). Ahora bien, si reparamos en el inicio de la frase importa destacar el carácter procesual que posee y así pensar la constitución de un sujeto en el que no habrá determinismos, sino que primará la contingencia de aquellos factores que lo expondrán a riesgos o que los protegerán de los mismos.

En consonancia con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como "(...) un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad" (OMS, 2013, p. 9). Elijo quedarme con

el hecho de que se espera, más allá del bienestar, que los sujetos aporten lo propio a la comunidad. Notable espiral recursiva dónde muchas veces la sociedad nada le ofrece a quien sufre, justamente porque ese mismo sufrimiento lo deja por fuera de la línea productiva mercantilmente definida.

Ahora bien, la salud mental como bandera implica el trazo y sostenimiento de instancias que alojen a los sujetos, que le devuelvan el estatuto de humanos, que auspicien ritualizaciones y liturgias comunes que produzcan condiciones de habitabilidad del mundo. Winnicott (1971), plantea que la creatividad inicia durante los primeros años de vida. Hacer algo con el desamparo es principalmente generar condiciones alojadoras y, el crear implica brindarle la oportunidad de democratizar el derecho al disfrute, al lazo social, a ser vistos como semejantes en nuestra dimensión de sujetos.

Aquí se ofrece un modo de hospitalidad como alternativa a la hostilidad que la misma institución muchas veces provee, por no encajar con el clásico paciente que se espera en un hospital.

3.1. Sólo le pido a Dios

- Hola Dra., vengo a buscar la medicación que tomo religiosamente de lunes a domingo.
- Me alegro María que esté siguiendo con el tratamiento. ¿Nos vemos el martes en la fiesta?
- ¡Si! -exclama con cierta algarabía- ¿Usted sabe que el martes voy a cantar "Sólo le pido a Dios"?
- Ay María[1], ¡qué bueno! Voy a estar ahí para escucharte.

María es una usuaria histórica de salud mental del hospital, fue paciente a mi cargo mientras era residente. Por momentos se muestra grandilocuente contando sus hazañas musicales, enumerando todos los grandes artistas con los que refiere haber cantado. Será un honor que un año más elija como digno de desplegar su arte el escenario de la fiesta de la primavera.

Ella que, cuando nació su segundo hijo, preocupado el equipo de aquel momento por la posibilidad de una desestabilización de su cuadro de base, se las ingenió para cantar su tema de cabecera, "Sólo le pido a Dios", dejando maravillado al equipo médico que la atendió, según sus propias palabras.

¿Qué se esconderá detrás de ese pedido? ¿Qué su dolor no nos sea indiferente? ¿Qué pueda hacerle un lugar a lo más propio de su subjetividad, es decir, al deseo de ser cantante? ¿Qué lo injusto no nos sea indiferente, viendo en ella mucho más que el estigma de un diagnóstico?

María nos pone a interrogarnos sobre nuestras prácticas, las distancias en la ficción del consultorio, la tendencia hacia el control de que tome "religiosamente" su medicación, sin apartarse del camino que le garantiza estabilidad. Quizás a Dios le pida que la cuide después de que una garra le arañó la suerte.

3.2. El tango se baila de a dos o de a muchos

Rubén se atiende desde hace muchos años en el chalet, milonguero por decisión, de hecho me gusta apodarlo como "el rey del 2x4". Cuando Rubén te invita a bailar las distancias se acortan, pero no queda en un uno a uno, sino que democratiza la invitación y así el tango, el día de la primavera, se baila en ronda: personas del staff, residentes, usuarios, usuarias, usuaries, profesionales, trabajadores, estudiantes, otros compañeros de trabajo. Todos mezclados, bien mezclados.

El cuerpo en movimiento, la vergüenza en suspenso. Rubén es lo que tiene para ofrecerle a un lugar que lo aloja. Lo aloja en sus insistencias de atención, su paracaidismo al chalet de salud mental en horarios por fuera del turno, en permitirle retirar doble ración del comedor del hospital. Rubén no tiene que devolver nada, pero en esa sinergia al compás de la cumparsita nos restituye mucho más que los que le proveemos desde la institución. Qué importante que el saber circule ¿cierto? El saber es poder, pero no de mando, es poder de ciudadanía, autodeterminación y autonomía. Qué importante jugar un rato y rescatar esa capacidad lúdica que nos invita a aprender.

Luego de la clase tanguera, todo sigue igual, pero por ese rato no somos los Sujetos Supuestos Saber ni los secretarios del alienado, en ese encuentro somos semejantes en alegrías y nostalgias.

4. La risa es cosa seria

La sociedad capitalista nos ha hecho creer que el juego, la risa, lo lúdico y el tiempo ocioso son pérdidas de tiempo. Ese tiempo que debe estar al servicio de bienes materiales, como si la producción de subjetividad fuese a contrapelo de aquellas máximas neoliberales que están tan presentes por estos días…

La risa media, nos hermana, es un acto de comunión entre otros que denota disfrute. La risa no sólo tiene un efecto químico en el cuerpo, sino que también nos enlaza y nos relanza a habitar ese aquí y ahora de un modo diferente. La risa cómplice, la risa que hace que nuestros rostros sean otros aunque esa felicidad dure lo efímero de un instante. Generar espacio de habitabilidad, de alojamiento subjetivo se convierte en fundamental

para que se traduzca el malestar, para un encuentro sincero entre subjetividades que tienen diferentes formas de padecer. Porque si de algo podemos estar seguros es que todos sufrimos, de diferente modo, pero también casi todos tenemos la potencia de reírnos.

Justamente, reírse en tiempos de desamparo social, de resquebrajamiento del lazo social, de la identificación del otro como enemigo pasible de ser aniquilado, es el mayor acto de rebeldía que podamos tener ante tanta crueldad.

Si la apuesta ética no es en función de la ternura, entonces preguntémonos: ¿qué estamos haciendo allí?

Referencias

Bravo, J. (2019). Conceptos Básicos de Psicología Comunitaria. Desde la Acción Comunitaria al Cambio Social. Serie Creación n°55. Facultad de Psicología: Escuela de Psicología Centro de Investigación en Educación Superior CIES - USS; Santiago.

Ley N° 26.657/2010. Ley Nacional de Salud Mental. Nación Argentina. https://bit.ly/2XL2V3k [consulta, noviembre 2024]

Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva, 1*(1), 9-32.

Minicelli, M. (2013). *Ceremonia Mínimas. Una apuesta a la educación en la era del consumo.* Homo Sapiens.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2020.*

Organización Panamericana de la Salud. (1978). *Declaración de Alma Ata.*

Puget, J. (2015). *Subjetivación discontinua y psicoanálisis. Incertidumbre y certezas* Lugar Ediciones.

Sousa Campos, G. (2009 [2001]). *Gestión en Salud.* Lugar Editorial.

Ulloa, F. (Septiembre de 1988). La ternura como contraste y denuncia del horror represivo. Conferencia llevada a cabo en las Jornadas de reflexión de Abuelas de Plaza de Mayo, Buenos Aires. Recuperado de https://es.scribd.com/document/366096187/La-ternunra-como-contraste-y-denuncia-del-horror-represivo-Fernando-Ulloa-pdf

Winnicott, D. (1971). Capítulo 4: El Juego, actividad creadora y búsqueda de la persona. En D. Winnicott, Realidad y Juego (págs. 79 - 91). Gedisa

Notas

1. Se utilizaron seudónimos anonimizados para preservar identidad

Participación, territorio y comunidad. La experiencia de la Casa Comunitaria de Promoción de Salud Mental del barrio Colón (Montevideo, Uruguay)

BURGUEÑO PEREYRA, Maite.
Dependencia Institucional: Casa Comunitaria de Promoción de Salud Mental de Colón. Intendencia de Montevideo

Contacto: maite.burgueno@imm.gub.uy
ORCID: https://orcid.org/0009-0007-4505-9646

FERREIRA SANTORO, Claudia Analia.
Dependencia Institucional: Casa Comunitaria de Promoción de Salud Mental de Colón - Intendencia de Montevideo

Contacto: claau.fs@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0004-6015-7103

Recibido: 18/11/2024; **Aceptado**: 23/04/2025

Cómo citar: Burgueño Pereyra, M. y Ferreira Santoro, C.A. (2025). Participación, territorio y comunidad. La experiencia de la Casa Comunitaria de Promoción de Salud Mental del barrio Colón (Montevideo, Uruguay). *Revista Salud Mental y Comunidad,* (18), 150-162

Resumen

La Casa Comunitaria de Promoción de Salud Mental de la Intendencia de Montevideo es un proyecto orientado al desarrollo de estrategias de prevención y promoción de la salud mental que se elabora desde el trabajo territorial, con particular alcance en el Municipio G.

Se trata de una experiencia novedosa en cuanto al abordaje de la salud mental en clave comunitaria y para el trabajo socioeducativo. Se caracteriza por la apuesta a la participación y a la gestión colectiva en un espacio abierto a la comunidad, que convoca al encuentro en espacios colectivos y entretejiendo con diversos actores desde el trabajo territorial.

Este documento tiene como objetivo compartir algunos elementos de esta experiencia, presentando sus principales líneas de trabajo así como algunos de los aprendizajes desplegados en el proceso. Es un material elaborado desde el equipo técnico del proyecto en base a materiales y reflexiones surgidos de instancias de elaboración colectiva.

Palabras clave: comunidad - participación - salud mental

Participation, Territory, and Community. The Experience of the Colón Community Mental Health Promotion Center (Montevideo, Uruguay)

Abstract

The Montevideo City Hall's Community Mental Health Promotion Center is a project focused on developing mental health prevention and promotion strategies, developed through local work, with a particular focus on Municipality G.

This is a novel experience in addressing mental health from a community perspective, as well as in socio-educational work. It is characterized by a commitment to participation and collective action, in an open community space, convening meetings in collective spaces, and networking with various stakeholders through local work.

This document aims to share some elements of this experience, presenting its main lines of work as well as some of the lessons learned during the process. This material was developed by the project's technical team based on materials and reflections arising from collective development.

Keywords: community - participation - mental health

Presentación de la Casa Comunitaria de Promoción de Salud Mental de Colón

La Casa Comunitaria de Promoción de Salud Mental de la Intendencia de Montevideo (IM), es un proyecto orientado al desarrollo de estrategias de prevención y promoción de la salud mental que se elabora desde el trabajo territorial, con particular alcance en el Municipio G. El mismo es inaugurado en noviembre de 2022, conformando un equipo técnico interdisciplinario.[1]

Para la definición de la propuesta se realizaron encuentros mensuales bajo el título “Salud mental es pensar en conjunto”, convocados por la IM, junto con la Red de Salud del Municipio G (espacio de articulación de referentes institucionales y barriales de la salud en

el territorio). En estas instancias participaron diversos actores vinculados a la temática y/o pertenecientes al territorio. En los sucesivos encuentros se definen algunos conceptos centrales como bases para la elaboración de la propuesta: corresponsabilidad, promoción, inclusión y participación.

A partir de estos primeros conceptos, el proyecto se plantea fortalecer los procesos de integración social y autonomía de las personas, promoviendo los saberes y potencialidades personales y colectivos. Es un proyecto de gestión colectiva que integra tanto a diversos actores de la comunidad como a todas las personas que deseen ser parte. Se dirige a la población en general, buscando incluir a personas diversas en cuanto a sus características y situaciones de vida, brindando una propuesta específica de contención y acompañamiento para quienes lo requieran. La integración a los diferentes espacios se realiza de acuerdo a los intereses y necesidades, en cualquier momento del año, respetando y valorando el proceso grupal e individual. No se definen requisitos, plazos ni perfiles de ingreso. Se propone ser una referencia para la comunidad, con la pretensión de fortalecer las estrategias territoriales de sostén, así como de promoción y prevención de la salud mental.

Contextualización de la propuesta

Para enmarcar este proyecto partimos de algunos conceptos a nivel nacional e internacional que dan cuenta de un quiebre en el proceso histórico del tema. Asimismo, es importante señalar las circunstancias contextuales del país en el tiempo de surgimiento de la propuesta. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS):

> La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad.

Esta concepción rompe con la asociación espontánea, construida históricamente, de la salud mental con los padecimientos severos (la enfermedad), aportando una mirada social y colectiva en tanto que involucra a todas las personas, y asume que los desafíos en torno a la salud mental se encuentran en el desarrollo de la vida y no en circunstancias biológicas personales. En 2017, en Uruguay, se promulgó la Ley Nº 19.529 de Salud Mental a partir de un proceso de discusión social que integraba esta nueva concepción del tema. Se orienta a la atención en salud mental promoviendo los procesos

de desmanicomialización y apostando a la promoción y prevención (Artículo 3º, Inciso c). También vincula la salud mental con el "efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable" (Artículo 3º, Inciso j) y con la posibilidad de autodeterminarse de la persona (Inciso i). Destacamos también que en el Capítulo II-Derechos, Artículo 6º, Inciso B se establece que la persona usuaria de los servicios tiene derecho a "ser percibida y atendida desde su singularidad, con respeto a su diversidad de valores, orientación sexual, cultura, ideología y religión". Y por último, rescatamos para nuestro tema lo que expresa en el Capítulo V-Abordaje, Artículo 17:

> El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

A través del proyecto de la Casa Comunitaria la IM busca contribuir en este proceso de transformación, generando un espacio novedoso, construido desde el territorio y con la participación colectiva, que busca promover la salud integral en complementariedad con el primer nivel de atención.

Principales líneas de acción del proyecto

1. Atención y acompañamiento a las trayectorias singulares

Se busca una mirada particular de cada persona, basada en la escucha y la construcción de acuerdos con cada persona en función de sus necesidades e intereses. El acompañamiento implica entrevistas, coordinaciones y potenciación de espacios y propuestas que fortalezcan el bienestar y autonomía de la persona. Se incluye una perspectiva comunitaria en el abordaje singular, acompañando los procesos de atención en otros ámbitos, e incluyendo otros espacios que aportan al bienestar de la persona.

2. Talleres y Grupos de trabajo

Son espacios colectivos para la realización de actividades artístico-expresivas y recreativas que promueven la integración y el bienestar. Estas propuestas suponen romper una lógica individualista, revalorizando el encuentro como espacio de salud. El cuidado personal se da junto con el cuidado de los/as otros/as, generando nuevos sentidos colectivos de la salud.

A través de los contenidos de los talleres se busca promover relaciones saludables, incluyendo tanto a

personas que se acercan a partir de dificultades específicas en torno a su salud, como otras personas que participan motivadas por el desarrollo artístico-expresivo. Se trata de espacios que posibilitan reconocernos como personas diversas, sufrientes y deseantes, que se encuentran para compartir el gusto por la construcción/creación singular y grupal y de cuidarse colectivamente. La salud en estos espacios se refiere a la posibilidad de compartir espacios con otros diferentes, así como reconocer y aprender cuánto las mismas nos humanizan.

La posibilidad de cumplir los objetivos de integración y bienestar planteados no se da de modo espontáneo sino que implica un trabajo permanente de acompañamiento grupal e individual, procurando que la experiencia de lo colectivo genere aprendizajes en la convivencia, el vínculo con las demás personas y de cada uno/a consigo mismo.

3. Trabajo territorial

La Casa Comunitaria forma parte del entramado construido mediante el trabajo en red que realizan organizaciones, instituciones y vecinos/as de la zona. Asimismo, se propone ser una referencia para la comunidad, con la pretensión de fortalecer las estrategias colectivas de sostén, de promoción y prevención de la salud mental. Esta línea de trabajo se basa en la participación activa en los espacios de articulación de la zona y en la generación de propuestas con otros actores, realización de actividades en el territorio, entre otras. Ese trabajo también se hace presente en el abordaje de trayectorias singulares, mencionado anteriormente.

4. Formación, sensibilización y abordaje en distintas temáticas vinculadas a Salud Mental.

Esta línea de trabajo incluye especialmente temas de interés del territorio que requieren ser pensados en instancias de intercambio. Refiere a espacios de formación. Por ejemplo: se realizaron talleres sobre abordaje en consumo problemático de sustancias, charlas sobre suicidio abiertas a la comunidad, un conversatorio sobre salud mental y adolescencias dirigido a referentes educativos, entre otras. Estas instancias pueden ser dirigidas a referentes o a la comunidad en general, pero siempre se desarrollan desde una metodología basada en el diálogo de saberes, fomentando el intercambio y la reflexión colectiva.

5. Espacios de participación en la gestión

Desde el proyecto se identifica como un desafío desarrollar distintas modalidades de participación. Por un lado, se mantienen las reuniones mensuales abiertas,

denominadas plenarios, donde se comparten e intercambian las acciones a llevar adelante desde el proyecto, habilitando un espacio de construcción colectiva de la propuesta. Por otro lado, la participación se vincula con el cotidiano de la propuesta, desde la diversidad de espacios y personas, propiciando distintos niveles de involucramiento.

Es importante señalar que estas líneas de trabajo son complementarias y adquieren mayor relevancia en la medida en que se integran en la experiencia de las personas que transitan la Casa Comunitaria, así como transversalizando la labor del equipo.

A modo de ejemplo, planteamos la experiencia de trabajo en torno a la temática suicidio. En el plenario mensual de la Casa Comunitaria se propone trabajar el tema en el marco del Día Nacional de Prevención del Suicidio, que se conmemora el 17 de julio. El grupo de Comunicación genera diversas acciones como: elaborar carteles para colocar en los espacios de circulación de la Casa Comunitaria, realizar una pancarta para tomar el espacio público (plaza central del barrio y semáforos de la avenida) y audios con información que comienzan con la frase "¿Sabías que…?". Por otra parte, se organiza una charla abierta sobre el tema junto con la Red de Salud.

En las semanas posteriores tuvo lugar un aumento en la demanda de instancias individuales de entrevista y espacios de contención donde se plantearon varias situaciones vinculadas a ideaciones o intentos de suicidio. Asimismo, las personas con las que mantuvimos entrevistas individuales, requerían de la integración a espacios colectivos en los que se logre hablar de la temática. Se identifica desde esa experiencia una incorporación del tópico en los temas de intercambio, accediendo a desmitificar que "de eso no se habla", dando cuenta de transformaciones en los juicios y creencias respecto al tema.

Algunos ejes de análisis de la experiencia

Quedando antes planteados los objetivos, principales líneas de trabajo y algunos elementos del contexto, nos interesa presentar algunos aportes conceptuales que surgen de las reflexiones en torno al desarrollo de la experiencia. En este apartado se sintetizan muchos debates compartidos en el equipo de trabajo, que surgen de la realidad que nos interpela cotidianamente, así como de prácticas que se elaboran y piensan colectivamente.

1. Salud colectiva y comunitaria

Podemos decir que el proyecto está atravesado por una perspectiva que en su comprensión de los procesos de salud-enfermedad busca trascender el enfoque sanitarista en los abordajes de la salud, acercándose al modelo interdisciplinario que toma en cuenta los diversos factores que operan a nivel estructural, sistémico, institucional e individual (Arredondo, 1992).

Esta idea se enfrenta a la noción de salud entendida como prevención y curación de enfermedades, asociada a una perspectiva médica y biologicista, para dar paso a una noción de salud colectiva o comunitaria. Como señala Mónica Liborio (2013), otra concepción de salud implica considerar los procesos de salud de forma contextualizada. Este cambio de concepción se visualiza a partir de reconocer a los espacios colectivos como ámbitos de producción de salud.

Estas propuestas nos desafían a trabajar en la formación de nuevas miradas sobre las demás personas, relegando algunas etiquetas frecuentes. Tal como señala Giordano (2017), "(...) pensar en dispositivos alternativos a los existentes que favorezcan la construcción de territorios que devuelvan la locura al campo de la vida cotidiana y los saberes sociales" (p. 41).

Desde esta perspectiva, la salud refiere a la posibilidad de compartir espacios colectivos donde quienes se encuentran pueden ser diferentes entre sí, pero "iguales", con el mismo valor, personas con posibilidad de cuidar y que merecen ser cuidadas. En una sociedad con importantes procesos de exclusión, reconocerse como parte de una comunidad diversa, en la que todos/as podemos ser parte, implica un proceso de humanización (Casa comunitaria de promoción de salud mental, 2024)

Estos espacios buscan promover "territorios despatologizados", al decir de Mónica Giordano (2017), que se aparten de los circuitos biomédicos, constituyendo experiencias que proporcionan bienestar y producen nuevos sentidos. En estas propuestas la heterogeneidad de los integrantes interpela la noción de "lo normal", ampliando la posibilidad de la expresión y la creatividad. (Casa comunitaria de promoción de salud mental, 2023)

Tomamos los aportes de Saforcada (2010), que en su concepción de salud comunitaria reivindica el papel de la comunidad en las nuevas concepciones sobre la salud y en la toma de decisiones respecto a ésta. En la construcción de salud, para el autor:

> (...) el componente principal es la comunidad y el equipo multidisciplinario de salud es el colaborador o partícipe, entendiendo la participación en este caso como el tomar parte en las decisiones sobre la salud de la cual la comunidad se apropia porque es su salud. (Saforcada, 2010, p. 17)

La comunidad como concepto es una clara orientación del proyecto, sin embargo, desde la experiencia surgen preguntas en relación a cómo se expresa dicha comunidad, quiénes la integran, cuál es el rol del equipo y/o del proyecto en la construcción y fortalecimiento. En este sentido, es necesario vincular este concepto con la participación, en tanto ejercicio cotidiano que involucra a todos los sujetos.

2. Participación y gestión colectiva

La Casa Comunitaria reconoce la participación como componente fundamental de la integración al Proyecto, como forma de ser parte, asociándolo al concepto de salud comunitaria. Se trata de una dimensión importante para cada persona, en tanto fortalece los procesos de autonomía, y de apropiación de la experiencia y de los vínculos. En este sentido, es imprescindible reconocer diferentes modalidades y espacios de participación. Si bien se busca que esta dimensión esté presente en todos los espacios, existen algunos como el plenario mensual y los grupos de trabajo en los que se puede expresar con más claridad la participación comunitaria como parte de la gestión colectiva.

Desde los inicios se plantea la consigna de construir un proyecto participativo y de gestión colectiva. A medida que se intentaba darle forma a esta idea, surgieron diversas preguntas: ¿Quiénes participan? ¿Para qué? ¿Qué se define y en dónde? ¿Qué es lo que pretendemos gestionar colectivamente? ¿Hay una sola forma de participar?

Esto nos sigue acercando a una caracterización de comunidad en la propuesta, relacionada a su dimensión política. En estos espacios se busca democratizar el poder, potenciando el entramado territorial y fortaleciendo la constitución de nuevas voces surgidas desde las experiencias singulares y la diversidad.

Se propician distintos niveles de involucramiento, entendiendo que tomar parte en resolver qué hacer y cómo hacer es un derecho a ejercer, reconociendo la diversidad de integrantes y favoreciendo el diálogo entre saberes distintos.

Anotamos aquí otro desafío, vinculado a la posibilidad de participar más allá de los espacios de palabra. Entendemos a la oralidad como un lenguaje más de los que nos permiten compartir el mundo. Sin embargo, la gran mayoría de las estrategias de participación la tienen como herramienta principal para su ejercicio. Desde el proyecto se han buscado alternativas como el uso de imágenes, la habilitación a expresar emociones y no solo pensamientos racionales. Sin embargo, resulta desafiante concebir dispositivos de participación que introduzcan otras modalidades de expresión.

Por último, entendemos que esta participación no puede ser una exigencia, una recarga para algunas personas, sino una posibilidad para todas, vinculado a un aprendizaje y por lo tanto al deseo y a una expresión más del ser "entre otros" y "con otros", al deseo de trabajar para "hacer venir otras realidades" (Frigerio, 2016).

Proponer la gestión colectiva en un proyecto ejecutado por una institución pública ha significado un desafío enorme. Se busca que exista un respaldo institucional que sea responsable de los recursos económicos, así como de algunas funciones indispensables, permitiendo que la participación comunitaria se centre en experiencias significativas para los sujetos, basadas en la creatividad, el intercambio, la toma de decisiones.

Un claro ejemplo en este sentido hace referencia al trabajo del grupo de comunicación (Comunicasa) y la realización de actividades en espacios públicos del territorio. Una de esas actividades se genera en el Encuentro de salud del Municipio G, en donde realizan tres preguntas a los participantes a partir de las cuales se genera un material audiovisual: ¿Qué es para vos la Salud Mental?, ¿qué cosas consideras que dañan tu salud mental? y ¿cómo cuidas tu salud mental? Lo que importa en este caso es la riqueza de la experiencia y el proceso de trabajo en sí mismo y no sólo el producto generado.

3. La importancia de la bienvenida: la "hospitalidad radical"

El concepto de hospitalidad radical aparece en el proyecto a partir del intercambio con otras experiencias de salud mental y es apropiado por el colectivo de la Casa Comunitaria, en tanto incluye muchas de las expectativas que se generaron en torno al espacio.

En los intercambios en que se fue construyendo la propuesta, se expresaba la idea de un "espacio abierto y amigable". Esto refiere a la importancia de encontrar un lugar donde poder llegar, ser escuchado/a, más allá de las etiquetas que puedan pesar sobre las personas en

ese momento. Recibir a un sujeto con quien pensar en conjunto sobre su situación singular y construir acuerdos que permitan acompañar un camino a transitar en la búsqueda del bienestar. Implica el reconocimiento de las personas como "sujetos" que no se clasifican, jerarquizan, derivan y medican de acuerdo a pautas predefinidas, sino que se "reconocen", lo cual es una condición primera para habilitar cualquier diálogo y proceso de salud.

Respecto al concepto de hospitalidad, reivindica Giordano (2015) "(...) la posibilidad de imaginar y crear espacios posibles donde las potencias de las personas que sufren problemáticas en salud mental puedan emerger y donde los discursos acallados, silenciados y hablados por otros puedan tener un lugar posible" (p. 238). La autora retoma los aportes de Persia para explicar que la hospitalidad "implica ofrecer acogida, acompañar haciendo amistad con la inmanencia, acompañar es quizás hacer una experiencia del no control", en tanto no se trata de rehabilitar, "sino de imaginar espacios para la restitución de potencias sustraídas" (ibid).

Este concepto fue especialmente relevante para diseñar lo que llamamos el Espacio de Recepción, que se instala como respuesta a la necesidad de organizar el recibimiento a la Casa Comunitaria, propiciando un contacto inicial donde se establecen los primeros acuerdos de trabajo con el equipo. Es muy importante en esta propuesta la escucha como forma de reconocer al sujeto que se acerca al espacio, de recepcionar sus preocupaciones e intereses para desde allí comenzar en diálogo que permita su integración.

Como parte de esta recepción, y en cualquier momento del proceso de participación de las personas, se puede habilitar un espacio de trabajo al que llamamos Seguimiento de Trayectorias Singulares. Este trabajo se compone por instancias de entrevista, pero también por diversas instancias "informales" de conversación que surgen en el estar y ser parte del proyecto. La hospitalidad se vincula a la forma de llegada, a la apertura permanente al diálogo y a la necesidad de construir estrategias de trabajo singulares.

4. Trabajar desde la complejidad: miradas transversales, abordajes interdisciplinarios

Esta modalidad de trabajo integra la comprensión de los problemas sociales actuales desde el paradigma de la complejidad (Morin, 1999), donde el intercambio de saberes y la integración de diferentes perspectivas de conocimiento (incluyendo el conocimiento comunitario) es fundamental para interpelar y potenciar el

conocimiento científico. Un desafío que queda planteado a este respecto es la ubicación de esta diversidad de saberes y prácticas en el dispositivo para construir miradas integrales en las que las distintas dimensiones de las personas no sientan riesgo de fragmentarse o entrar en tensión. Entre las condiciones de posibilidad para esto, podemos encontrar el lugar de los sujetos (y las comunidades) en su proceso de salud. Que las personas puedan vivir su salud desde un lugar protagónico y que el bienestar producido por el disfrute de los vínculos comunitarios, familiares y con la cultura integre la eventual necesidad de otros abordajes. Podemos decir también en este punto que la experiencia que compartimos se incluye en lo que Graciela Frigerio (2016) refiere como "oficios del lazo": acompañar, curar, educar. Estos oficios se hacen presente en una experiencia que trasciende al equipo y alcanza a la práctica comunitaria de quienes forman parte de la estrategia territorial y de participación del proyecto, compartida entre profesionales de las ciencias médicas, las ciencias "psi", el trabajo social y la educación.

Parte de la tarea cotidiana en los mencionados "oficios del lazo" está justamente en propiciar esos lazos, esas "redes de sostén". El quehacer del equipo-en común es parte de lo que permite trascender las disciplinas y resguardar de la fragmentación a los sujetos.

Reflexiones finales

Nos interesa compartir el interés que conlleva acompañar una experiencia donde la principal tarea pasa por conformar un cotidiano donde la construcción de salud comunitaria esté en el centro, que brinde oportunidades para replantearnos el vínculo con la locura y donde la participación apuntale proyectos de otras maneras de vivir.

También nos resulta relevante puntuar que la experiencia se desarrolla en un contexto donde la implementación de la Ley de Salud Mental plantea grandes desafíos para la práctica de la salud, sobre todo vinculados al acceso a la atención especializada, que se complementa con la propuesta.

Sobre los alcances y posibles para la continuidad del proyecto, asumimos provisoriamente que el ejercicio de la participación resulta un desafío para muchas personas en las condiciones actuales. La necesidad de problematizar estas condiciones se mantiene en pie en la perspectiva crítica que promueve la convivencia comunitaria.

Referencias

Álvarez, M.; Antúnez, A.; Burgueño, M.; Curbelo, D.; Ferreira, C.; Figueroa, C.; Miguel, J.; Suarez, P. (2023). (8, 9 y 10 noviembre de 2023) *Casa Comunitaria de Promoción de Salud Mental: aportes a la reflexión.* Congreso Pablo Carlevaro: Salud, participación social y comunidad. Canelones, Uruguay.

Arredondo, A. (1992). *Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad.* Recuperado de: https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000300005 [Fecha de consulta: 7/9/2024]

Cardozo, V. (2022). [Inédito]. *Diseño de un dispositivo de atención a la salud mental alternativo al modelo manicomial, en el marco de la Ley 19.529, en Montevideo durante el año 2022.* Trabajo Final de Posgrado en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de Atención Primaria de la Salud. 8va Cohorte 2021-2022.

Casa Comunitaria de Promoción de Salud Mental (2023) . *Casa Comunitaria de Promoción de Salud Mental. Lineamientos generales del Proyecto.* [Inédito] Desarrollo Social -Intendencia de Montevideo.

Casa Comunitaria de Promoción de Salud Mental (2024). *Documento "Propuesta metodológica talleres 2024".* Desarrollo Social -Intendencia de Montevideo.

Frigerio, G (2016). *Tener o no tener lugar.* Montevideo: Azafrán. Recuperado de: https://www.elabrojo.org.uy/wp-content/uploads/2017/06/Tener-o-no-tener-lugar-editado.pdf [Fecha de consulta: 7/9/2024]

Giordano, M. (2015). *Integración social de personas con problemáticas en salud mental y efectos terapéuticos en Radios Comunitarias: el caso de Espika FM.* En: Baroni, C. (Comp.). Salud mental, Psicología y Comunicación participativa.

Giordano, M. (2017) *Al mundo le falta un tornillo: procesos de salud y transformación social en la Radio Comunitaria Espika FM.* [Tesis de maestría]. Facultad de Psicología, Universidad de la República- Uruguay.

Ley Nº 19.529 de Salud Mental. Fecha de promulgación: 24/8/2017

Liborio, M. (2013). *¿Por qué hablar de salud mental colectiva?* Revista médica de Rosario, 79 (Pp. 136-141).

Miranda, F. y Rodriguez, D. (2003). Marco teórico y áreas de contenidos en educación social: armando el cubo mágico. En: CENFORES. Hacia la construcción que nos debemos. Una educación social para el Uruguay (Pp. 75-96). Montevideo: Autor.

Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. UNESCO.

Nuñez, V. (1999). *Pedagogía Social: Cartas para navegar en el nuevo milenio.* Bs. As.: Santillana.

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response*

Saforcada, E. (2010). *El concepto de salud comunitaria: una nueva perspectiva en salud pública.* En: Saforcada, De Lellis y Mozobancyk. *Psicología y Salud Pública: Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano.* Buenos Aires: Paidós.

Notas

1. El equipo técnico se compone por dos psicólogas, una médica de familia, una educadora social, una trabajadora social y coordinadora, dos pasantes de psicología y una de comunicación. También se cuenta con apoyo administrativo, de seguridad, de limpieza y de mantenimiento.

Acompañar y jugar: herramientas para la salud mental. Experiencias con adolescentes en dispositivos grupales

RODRIGUEZ, Micaela Sol.
Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM). Residente de Trabajo Social en el Hospital General de Agudos D. F. Santojanni.

Contacto: rodriguezmicaelasol.1@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0000-1269-2540

QUIROGA, Abigail.
Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM). Equipo Interdisciplinario de Salud Mental del Hospital General de Agudos J. Penna. Docente de UNLaM.

Contacto: abmquiroga@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0009-0836-9092

Recibido: 16/11/2024; **Aceptado**: 06/06/2025

Cómo citar: Rodriguez, M.S. y Quiroga, A. (2025). Acompañar y jugar: herramientas para la salud mental. Experiencias con adolescentes en dispositivos grupales. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (18),. 163-173

Resumen

En el presente artículo nos proponemos desarrollar reflexiones en torno a la salud mental y las estrategias de acompañamiento a las adolescencias, a partir de nuestras rotaciones en el Primer Nivel de Atención de la Salud en el marco de la Residencia de Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA, Argentina). En primer lugar, realizaremos un breve análisis del marco normativo vigente en materia de salud mental, para luego reflexionar acerca de los desafíos en los abordajes de la multiplicidad de problemáticas en la población adolescente. En segundo lugar, desarrollaremos la categoría de acompañamiento y las estrategias para generar vínculos entre el equipo de salud y les adolescentes. Por último, analizaremos como eje para la construcción de vínculos los dispositivos de recreación. Para ello, tomamos como análisis las experiencias de intervención con grupos de adolescentes de los Centros de Salud y Acción Comunitaria del Sur de

la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde el juego y las actividades lúdicas.

Palabras clave: adolescencias - dispositivos grupales - juego - acompañamiento - alianza terapéutica.

Accompany and play: tools for mental health. Experiences with adolescents in group devices

Abstract

In this article, we develop reflections about mental health and strategies for adolescents based on our rotations in the Primary Health Care Level within the framework of the Social Work Residence in Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA, Argentina). First, we will conduct a brief analysis of mental health laws, and then reflect on the challenges in addressing the multiplicity of issues within the adolescents. Secondly, we will develop the category of accompaniment and the strategies to create ties between the healthcare team and adolescents. Finally, we will analyze recreational and health devices as a key element for building connections with the young people. Therefore, we analyze the intervention experiences with groups of adolescents from the Health and Community Action Centers in the South of the Autonomous City of Buenos Aires through play and recreational activities.

Keywords: adolescence - group devices - play - accompaniment - therapeutic alliance.

¿Cómo llevamos adelante los abordajes en salud mental?

En primer lugar, es pertinente señalar que la Ley de Salud Mental promulgada en 2010 define a la salud mental como "(...) un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concepción de los derechos humanos y sociales de toda persona (...)" (Ley 26.657, 2010, capítulo II art. 3). Esta definición nos acerca a una concepción de la salud mental asociada a las prácticas y los derechos sociales y da un encuadre legal de Derechos Humanos que obliga a dejar atrás las prácticas paternalistas. Sin embargo, la misma no es suficiente para lograr transformaciones, ya que se requiere de acciones concretas en la sociedad, que desde la corresponsabilidad pongan en ejercicio la promoción y protección de dichos derechos. En este sentido, consideramos que la complejidad de las problemáticas de las adolescencias requiere pensar en estrategias territoriales y tener como base sus protagonismos. Como expone Barcala (2015), "el desafío es asumir que la complejidad de los nuevos modos de padecimiento

psíquico requiere de una política integrada desde diversos sectores, que generen condiciones de articulación e integración efectiva para responder a las necesidades (...)" (p. 103). Las demandas que llegan a nuestros ámbitos de trabajo presentan, en términos de Saravi (2005), una "acumulación de desventajas" que pueden conducir a la exclusión social. La exclusión se refiere "(...) al debilitamiento y la pérdida de los lazos que mantienen y definen en una sociedad la condición de pertenencia; en otras palabras, la exclusión hace referencia a la desafiliación social y pérdida de membresía" (p. 85).

Para el abordaje de estas situaciones de gran complejidad se vuelve necesaria, como señala Ferrandini, la recreación de los vínculos entre nosotres:

> Redefinir los vínculos entre los trabajadores de salud entre sí, entre ellos y la comunidad, entre sus integrantes y los que sufren; generar vínculos capaces de operar sobre los problemas, aumentar la autonomía, y transmitir afecto. Vínculos que creen amor por la vida, que es esencialmente un logro colectivo. (2010, p. 4)

Para ejemplificar la articulación de estos conceptos en la atención de primer nivel, traemos dos situaciones. Por un lado, la situación de una joven que se acerca a la consulta de salud del dispositivo "Entre jóvenes" para realizar un control. Durante la entrevista se desprende que no se encuentra escolarizada ni cuenta con amigas de su edad, además su grupo familiar presenta antecedentes de violencia familiar. Esta acumulación de vulnerabilidades que atraviesa, el vínculo complejo con su familia y la debilitación de sus lazos sociales, llevó a que se la incluya en el dispositivo grupal: un grupo de jóvenes donde pueda comenzar a vincularse con adolescentes de su edad y comenzar a abordar sus diversas problemáticas desde una prevención inespecífica, de esta manera desarrollar su autonomía.

Otra situación similar sucede en el CeSAC próximo, donde a partir de la consulta con el equipo de pediatría, un joven es atendido y presenta trastornos alimenticios, lo que trae aparejado dificultades en el desarrollo y en la vinculación con pares. A partir de esta situación se lo incorpora al dispositivo de recreación donde también desde un abordaje de prevención, se le brinda contención y se abordan temáticas vinculadas a la promoción de la salud mediante el juego. De esta manera se presentan dispositivos grupales de puertas abiertas, donde desde diferentes derivaciones de consultorios externos, les adolescentes que vivencian estas acumulaciones de desventajas tienen la oportunidad de ser atendides y abordar sus diversos padecimientos de salud mental.

¿Cómo generar espacios de confianza en las instituciones?

Para responder a este interrogante es necesario posicionarnos desde el paradigma de salud colectiva, que cuestiona el antagonismo entre salud y enfermedad, proponiendo situar la salud como un proceso dinámico de salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC). Dentro de este complejo entrelazamiento de conceptos, se profundizará en el de cuidado. Este es entendido como "un acto proporcionado a través de los afectos que circundan los encuentros entre trabajadores y usuarios, ubicando a la subjetividad como una de las dimensiones de producción en salud" (Franco y Merhy, 2011, en Bang 2016, pp. 83-84).

En este sentido, creemos que las instituciones sanitarias deben ser espacios habitables para les sujetes. Para ello, es fundamental que la relación con les adolescentes se base en la empatía, la escucha y el reconocimiento del carácter singular de cada trayectoria vital, incorporando activamente sus voces y perspectivas sobre sus demandas y necesidades.

Sierra (2021) expone que el quehacer de las instituciones y, por lo tanto, de les trabajadores sociales cobra un interés estratégico para vehiculizar acciones que puedan traducirse en procesos de socialización, acompañamiento y finalmente en la efectivización de derechos. Por lo tanto, nos parece imprescindible destacar desde nuestro rol profesional la tarea de acompañar, que es inherente a la intervención en lo social. Según la autora "el acompañar inscribe una lógica de relación, de encuentro, constructora de otredad" (p. 168). En este sentido, "el acompañamiento humanizado opera ofreciendo una lógica de amparo subjetivo frente aquello que el sujeto pueda significar como su padecimiento, propiciando la seguridad ontológica, es decir, su ser en el mundo" (p. 169). A su vez, el acompañamiento

> (...) requiere revisar las propuestas institucionales de acuerdo a nuevas demandas, que no pueden ser abordados desde intervenciones fragmentadas en el marco de proyectos sin raigambre institucional, sino que deben ser servicios que permitan su sostenimiento y su incorporación como repertorio estable de recursos. (Arias 2013, citado en Sierra 2021, p. 10)

Frente a esto, nos preguntamos, en contextos de profundas desventajas estructurales: ¿cómo realizar intervenciones que apunten a la construcción de espacios de subjetivación?

En relación a esta pregunta consideramos fundamental el desarrollo de dispositivos grupales, desde donde, además de las atenciones individuales que realizan en el centro de salud, puedan ser acompañandes y sostenides, mediante su vinculación con les profesionales y la comunidad que participa de estos dispositivos.

A continuación describiremos brevemente la conformación de los dos dispositivos. En uno de los CeSAC (Centros de Salud y Acción Comunitaria) se encuentra el "grupo de jóvenes" destinado a adolescentes de 12 a 17 años, coordinado por trabajadoras sociales. Se desarrolla por las tardes, una vez a la semana, donde se proponen actividades lúdico-recreativas para abordar diversas problemáticas de la comunidad en general y temáticas específicas que surjan de les adolescentes.

Por otro lado, en otro CeSAC se encuentra el dispositivo de Recreación, destinado a adolescentes de 12 a 17 años, coordinado por una psicóloga, una trabajadora social y dos pediatras. Este dispositivo permite correrse del modelo clásico de atención individual dentro de un consultorio y llevar adelante un espacio de abordaje interdisciplinario, trabajando por medio del juego diferentes temáticas de promoción de la salud. Ambos espacios son abiertos a la comunidad y pueden comenzar a participar en cualquier momento del año.

Cabe mencionar que, si bien algunes de les adolescentes que participan del espacio grupal tienen sus respectivos espacios terapéuticos individuales en los efectores de salud, en muchas oportunidades resulta difícil que se cumpla el horario del turno y la asistencia a los mismos. Estos dispositivos permiten ser un puente y generar condiciones de posibilidad para que las adolescencias puedan acercarse sin necesidad de turno y encontrar un espacio en el que se sientan contenidas. Resaltamos la importancia de alojar a estas adolescencias, ya que en muchas ocasiones las problemáticas de salud mental no reciben atención en el nivel que les corresponde, sino que son abordadas en los CeSACs. Esto ocurre muchas veces como una práctica paliativa, con umbrales mínimos de cuidado, siendo expulsados de los otros niveles por la falta de turnos, accesibilidad, entre otras. Estas situaciones son conceptualizadas según Cepeda como la ruta crítica en salud mental, la cual:

> (...) pretende dar cuenta de las dificultades y oportunidades que atraviesa tanto el sujeto con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias como su grupo familiar y/ o vincular al momento de ingresar a un dispositivo de segundo nivel de atención en salud; así como también la respuesta institucional y comunitaria que se le brinda para la situación que atraviesa. (2019, p. 4)

Por lo tanto, ante la imposibilidad de acceder al segundo nivel, es el primer nivel de atención el que aloja, tanto desde las intervenciones individuales como a través de dispositivos grupales, a las adolescencias que atraviesan estas problemáticas de salud mental.

¿De qué manera se efectiviza la atención de la salud mental desde un primer nivel de atención?

Se hace hincapié en el rol fundamental del trabajo social[1] desde la dimensión terapéutica y la creatividad que se desarrolla desde la profesión. Es aquí que lo artesanal de la intervención cobra sentido, ya que está dotada de la creatividad de poder gestionar las acciones necesarias y las articulaciones interinstitucionales para poder abordar la problemática que padecen les adolescentes y sus familias. La comunidad de trabajadores sociales que se nutre de diferentes profesionales en diversos espacios de trabajo, construye intervenciones y derivaciones cuidadas, sin que estas redes estén formalizadas. Ante las barreras que dificultan el acceso por las puertas institucionales —ya sea por los intereses propios de cada organización o por los obstáculos burocráticos—, el trabajo social y el trabajo interdisciplinario se presentan como una oportunidad dentro de sistemas que pueden ser expulsivos.

Por lo tanto, es necesario poner en valor aquel trabajo artesanal que se realiza, ya que incide directamente en la relación de les adolescentes con el sistema de salud. En ese proceso, las representaciones que elles tienen del sistema se transforman, habilitando nuevas significaciones y fortaleciendo la construcción de confianza.

De acuerdo con los ejemplos presentados en el primer apartado, es pertinente señalar que la participación en los dispositivos grupales permitió, por un lado, que puedan fortalecer sus lazos sociales, encontrándose con otres adolescentes de su mismo barrio que atraviesan situaciones similares, y comenzar a repensar estrategias para las diversas problemáticas que vivencian. Por otro lado, el vínculo con les profesionales que participan del dispositivo, se ve modificado estableciendo códigos de comunicación y confianza, para poder trabajar temáticas de su interés, problemáticas que necesitan ser abordadas y que no consideraban que eran parte de su salud.

Este vínculo que se establece por parte de les profesionales es definido por Idareta-Goldaracena (2013) como una alianza terapéutica, donde la relación que existe entre terapeuta y paciente, es construida desde una colaboración armónica. Es decir, que esta construcción invita y requiere un compromiso de ambas

partes; donde le profesional brinde seguridad y confianza, estableciéndose una relación entre iguales, en la cual la negociación es fundamental para poder establecer una alianza.

Esta alianza se ve fortalecida con aquelles profesionales que participan de los dispositivos grupales, permitiendo que se construyan redes barriales y comunitarias. De este modo, se generan alianzas mucho más ampliadas que permiten la constitución del sujeto social. Como refiere Rovere (2002):

> El sujeto se constituye socialmente como tal por una cierta des-individuación, relacionándose con los otros y las redes se constituyen precisamente a través de la constitución de vínculos, independientemente de que circulemos entre niveles micro o macro-sociales, son estas relaciones las que sostendrán ese constituirse. (p. 30)

Ahora bien, ¿de qué manera el dispositivo grupal permite la vinculación con otres, la constitución de redes con pares y la relación horizontal con les profesionales del sistema de salud? A partir de las experiencias vividas en el primer nivel de atención observamos que estos dispositivos, centrados en la recreación y las actividades lúdicas, facilitan el encuentro con les adolescentes. En este contexto el juego es entendido dentro de los mismos como una práctica socializadora y es una herramienta fundamental para la promoción de la grupalidad y la salud integral. Su dimensión cultural, como señala Huizinga (2000), lo posiciona como parte inseparable de la vida: "adorna la vida, la completa [...] por su valor expresivo y por las conexiones espirituales y sociales que crea" (p. 22). El encuentro por medio del juego iguala, crea un sentido donde todes les que participan se necesitan para que el juego se desarrolle, promoviendo la construcción de lazos mediante el mismo, convirtiéndose en ocasiones un ensayo de la vida cotidiana.

Para lograr su cometido es necesario que el equipo de salud pueda posicionarse desde un enfoque que contemple a les sujetes como iguales, con quienes pueda crear. En consonancia con esto, Ferrandini propone que como equipo debemos:

> (...) cambiar el lado donde aplicamos el pegamento: que sean nuestras prácticas, nuestras acciones, las que se peguen a los problemas de las comunidades y los sujetos con los que trabajamos. Para ello primero debemos escuchar, y luego preocuparnos de lograr cambios. (Ferrandini, 2010, p. 4)

Las dinámicas grupales y juegos no son impuestos, sino que se desarrollan desde la escucha, atendiendo a los emergentes, intereses y deseos de les adolescentes. En ese proceso se construyen vínculos entre pares y con el equipo, generando efectos terapéuticos y fortaleciendo el lazo social, entendido como "elemento de articulación e integración del sujeto al todo societario" (Carballeda, 2012, p. 1).

Otro aspecto que se pone en juego en los encuentros es el de la corporalidad. Scribano (2009) afirma que conocemos por medio del cuerpo, siendo fundamental en los procesos de subjetivación y comprensión de la realidad. Habilitar estos espacios de encuentro en donde se juegue desde el respeto y la ternura, le devuelve a les participantes el poder en la toma de decisiones, respecto de cómo disponer su corporalidad, un acto contrahegemónico en los procesos de salud.

Es necesario mencionar el impacto de las emociones y la gestión de las mismas en el dispositivo grupal. Para ello fue necesario realizar un trabajo de autoexploración tanto de las profesionales como de les participantes, para poder dimensionar el impacto de las emociones y darles entidad, reconociendo cómo se hacen presentes en su vida cotidiana y observar qué situaciones las generan.

A partir de esta construcción dialógica se pudo identificar como las condiciones de existencia repercuten en la particularidad de cada problemática que vivencian; y a su vez, reconocer como las construcciones sociales que las atraviesan y los estereotipos de género, se introyectan en sus padecimientos subjetivos.

Realizar este proceso implicó mostrarse vulnerable, desarmar aquellas barreras que se imponen como una armadura para atravesar la vida. Mediante esto se pudieron identificar diferentes situaciones de salud mental, acompañarlas con un tratamiento más individualizado y a su vez realizar una prevención a fin de cuidar la salud de manera integral.

Estos espacios comunitarios y con anclaje territorial aportan a la construcción de un sistema integrado de salud, en el cual la salud mental se encuentre comprendida en las acciones generales de salud. Por lo tanto, se afirma que los dispositivos de recreación en el ámbito de salud, de acuerdo a la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara (s.f.), son un aporte a la comunidad, porque posibilitan el encuentro dentro del espacio público y comunitario y la recreación por medio del juego de las demandas.

Reflexiones finales

A lo largo del presente trabajo hemos podido reflexionar en torno al valor del acompañamiento para abordar las múltiples y complejas situaciones problemáticas que atraviesan las adolescencias. También destacamos la dimensión de lo colectivo como espacio necesario para el cuidado de la salud.

Como equipo de salud es fundamental el desarrollo de intervenciones que apunten a generar vínculos con les sujetes de la intervención, desde relaciones simétricas y participativas. La apertura de les profesionales de la salud a esta mirada genera posibilidades de pensar nuevas estrategias de intervención para el abordaje de las problemáticas que se presentan en el marco del consultorio individual. Los espacios grupales de adolescentes analizados que se llevan a cabo en los CeSACs tienen un potencial transformador ya que permiten construir lazos, adquirir derechos y poder vincularse desde otro lugar con las adolescencias. Estos dispositivos favorecen la participación activa en sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC).

Se vuelve necesario replicar en las instituciones sanitarias espacios que favorezcan el encuentro con otres, así como también destacamos la importancia del juego en los abordajes de salud de les adolescentes. Los dispositivos de recreación son una herramienta valiosa en el campo de la salud constituyéndose en dispositivos de prevención y promoción enmarcados en la Atención Primaria de la Salud.

El análisis desarrollado nos invita a continuar reflexionando en torno a nuestras prácticas como equipo de salud en torno al sostén y cuidado. ¿Cómo tejer redes en contextos de fragmentación? ¿Cómo favorecer espacios de colectivización del cuidado? ¿De qué manera se puede involucrar a más profesionales en la construcción de espacios de recreación? ¿Cómo impacta la participación de les adolescentes en los dispositivos de recreación en sus atenciones individuales?

Referencias

Bang, C. (2016). *Creatividad y salud mental comunitaria: Tejiendo redes desde la participación y la creación colectiva.* Ed. Lugar. Argentina.

Barcala, A. (2017). Salud mental y niñez en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En *Barcala, A.; Luciani Conde, L. (comp.), Salud Mental y Niñez en la Argentina.*

Carballeda, A (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental: algunos interro-

gantes y perspectivas. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (65), 1-13.

Cepeda, M. (2019). Ruta crítica del sujeto con padecimiento mental en el segundo nivel de atención en salud y las implicancias de la actual coyuntura. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales, 5*(92), 1-13.

Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara. (s/f). *El jugar y su relación con la salud: configuración de espacios lúdicos.* En Curso Infancias, Juventudes y Salud Mental (4ta ed.).

Idareta-Goldaracena, F. (2013). Ética y alianza terapéutica en Trabajo Social. *Portularia, 13* (2), 1-13. DOI: http://dx.doi.org/10.5218/prts.2013.0013

Ferrandini, D. (2011). *Algunos Problemas Complejos de Salud.* http://www.heroinas.net/2013/06/debora-ferrandini.html

Huizinga, J. (2000). *Homo ludens.* El libro de bolsillo Historia.

Ley N° 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental.

Saraví, G. (2006). Biografías de exclusión: desventajas y juventud en Argentina. *Perfiles latinoamericanos, 14 (28)*, 83-116. Aspectos instrumentales de la intervención La Entrevista.

Scribano, A. (2009). ¿Por qué una mirada sociológica de los cuerpos y las emociones? A modo de Epílogo. *Scribano, A, y Figari, C.(Comp.). Cuerpo (s), Subjetividad (es) y Conflicto (s): Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica. Buenos Aires: CLACSO/ Ciccus* Ed, 141-151

Sierra, N (2021). El acompañamiento como categoría y las instituciones contemporáneas. *Revista Debate Público 11*(21).

Rovere, M. (2002). *Redes nómades, algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional.* E. Wolfberg (comp.)(Ed.), Prevención en salud mental. Escenarios actuales, 29-45.

Notas

1. Cabe señalar que en la conformación de los equipos que llevan adelante los dispositivos grupales también se encuentran profesionales de otras disciplinas; por lo tanto, la construcción de vínculos con otres, no es exclusiva del Trabajo Social. Sin embargo, en este artículo haremos hincapié en el rol del Trabajo Social.

Reflexiones desde el trabajo social holístico. Prácticas contrahegemónicas en dispositivos de salud de primer nivel

QUIROGA, Abigail.
Lic. en Trabajo Social, Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM). Equipo Interdisciplinario de Salud Mental del Hospital General de Agudos J. Penna.

Contacto: abmquiroga@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0009-0836-9092

LEYVA, Paula.
Lic Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires (UBA). Equipo de sala de internación y consultorios externos de obstetricia, neonatología y Pediatría Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

Contacto: paulaleyva88@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0007-5077-8952

ROVERE, Julia.
Lic en Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires (UBA). Hospital General de Agudos D.F. Santojanni.

Contacto: julirovere@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0005-0864-1747

Recibido: 19/11/2024; **Aceptado**: 05/05/2025

Cómo citar: Quiroga, A., Leyva, P. y Rovere, J. (2025). Reflexiones desde el trabajo social holístico. Prácticas contrahegemónicas en dispositivos de salud de primer nivel. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (18), 174-184

Resumen

El presente relato se encuentra enmarcado en el programa de la residencia de Trabajo Social en Salud, en la experiencia de rotación por Atención Primaria de la Salud. El desarrollo de este trabajo aborda la inserción en diversos equipos de Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), ubicados en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

En un principio, se hará una descripción de diferentes tipos de dispositivos de abordaje grupal que se llevan a cabo en los CeSACs para su posterior análisis. Respecto a ello, se abordará la propuesta del dispositivo grupal como estrategia de intervención desde la atención primaria de la salud. Asimismo, se profundizará acerca de la importancia del abordaje por medio de la recreación y la vinculación con el trabajo social holístico (TSH), la experiencia de participar en estos dispositivos y la importancia del encuentro con otres; haciendo hincapié en la relevancia de este espacio en los procesos de salud, enfermedad, atención, cuidado (PSEAC) de la población. Por último, se realizarán reflexiones sobre lo expuesto, señalando la importancia de espacios de construcción colectiva e interdisciplinaria para el abordaje de la salud integral.

Palabras clave: trabajo social holístico - grupos - salud

Reflections from holistic social work. Counterhegemonic practices in the Primary health devices

Abstract

This document is framed in the Social Work in Health residency program, in the rotation experience through Primary Health Care. The development of this work addresses the insertion into various teams of health and community action centers (CeSAC), located in the southern area of the Autonomous City of Buenos Aires. Initially, different types of group approach devices carried out in CeSACs will be described for subsequent analysis. In this regard, the proposal of the group device as an intervention strategy from primary health care will be addressed. Likewise, we will reflect on the importance of the approach through recreation and the link with holistic social work (HSW), the experience of participating in these devices and the importance of meeting others; emphasizing the relevance of this space in the health, illness, attention, care (PSEAC) processes of the population. Finally, reflections will be made on the above, pointing out the importance of

spaces of collective and interdisciplinary construction for the approach to comprehensive health.

Keywords: holistic social work - groups - health.

1. Tardes Activas

Este dispositivo busca acompañar a cualquier persona mayor de 18 años de una manera integral desde la perspectiva de derechos de forma lúdica, reflexiva y recreativa. Es un espacio donde compartir hábitos saludables y formas de autocuidado desde la grupalidad. Tiene cómo objetivo generar un espacio de intercambio entre pares sobre distintos temas relativos a la salud y favorecer el encuentro grupal y que surjan redes de apoyo comunitarias.

Es un dispositivo interdisciplinario que se encuentra conformado por una psicóloga, dos trabajadoras sociales de planta y las residencias de medicina general, nutrición y trabajo social. La actividad se brinda los lunes y miércoles de 14 a 15.30.

El grupo se encuentra conformado por 10 a 15 integrantes aproximadamente, aunque varían en su asistencia. Entre las edades de les mismes existe variedad: desde los 25 hasta los 73 años. Vale aclarar que son todas mujeres salvo un varón.

La derivación del equipo de salud al programa es variada. De lo observado, las personas que son invitadas provienen del área de Nutrición, Salud Mental y Medicina clínica o General. En algunas situaciones porque les usuaries poseen una Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT) de base, entre otras obesidad, también porque refirieron no contar con redes socioafectivas, se encuentran atravesando alguna situación específica de salud mental o un proceso personal disruptivo, como una pérdida, duelo o cambio en sus vidas.

Este dispositivo fue tomando forma con el tiempo a través de las observaciones del equipo de salud en cuanto a lo que se precisaba “activar” para les usuaries o a través de la demanda de las personas que asisten a los diversos consultorios. Respecto a esto, les integrantes del grupo cada mes van proponiendo actividades, temáticas, dinámicas que quisieran trabajar en el siguiente ciclo. En los últimos encuentros han surgido temáticas tales como el arte, las emociones, el juego, la alimentación saludable, entre otros.

Durante la actividad de “Tardes Activas” siempre se realiza una caminata. Existe una diferencia entre las propuestas de los lunes y los miércoles. En el caso de los

lunes, después de la caminata se brinda un taller grupal de manualidades, cognitivo, lúdico o reflexivo. Lo que surge de cada encuentro es compartir o reflexionar sobre distintas temáticas. Los miércoles, luego de la caminata, la propuesta es una dinámica de taller corporal (que podemos nombrar también danza o movimiento expresivo). Se da la característica que el equipo está formado por una trabajadora social y una psicóloga en formación de danzaterapia. La idea es generar un espacio de exploración del movimiento donde predomine la libertad de expresión, el juego y el placer que proporciona activar el cuerpo.

2. Caminatas

El dispositivo es Caminatas y funciona desde el año 2003 y está dirigido a las personas mayores del área. El mismo surge por un diagnóstico que realizó el equipo de enfermería del efector sobre las causas de consulta a la guardia entre enero y junio de 2003. Allí detectaron que la hipertensión arterial era el principal motivo de consulta, por lo cual decidieron trabajar de forma preventiva con las personas mayores a través de caminatas.

En el año 2007 se amplió el equipo coordinador y se incluyeron profesionales de las ciencias sociales en el dispositivo, enriqueciendo de esta forma la mirada sobre la salud, dando lugar a la biografía de las personas y no sólo a su biología, enmarcado en una concepción gerontológica integral e interdisciplinaria. Desde entonces el dispositivo de Caminatas funciona dos veces por semana y es coordinado de forma interdisciplinaria por profesionales de Trabajo Social, la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS), la Residencia de Trabajo Social, la Residencia de Enfermería General, Integral y Comunitaria (REGIC), Psicopedagogía y Antropología.

La dinámica del dispositivo está dividida en tres momentos, siendo el primero de ellos de toma de presión de les participantes. En el segundo se realiza actividad física, que puede incluir caminatas por el barrio, estiramientos, baile, entre otras. Y el tercer momento está destinado a realizar actividades lúdicas, de estimulación cognitiva o talleres de temáticas vinculadas a la salud integral desde la prevención, educación y promoción.

Atravesando los tres momentos del dispositivo se busca promover la autonomía, la participación y principalmente el desarrollo de vínculos entre les participantes. Desde la concepción del envejecimiento activo, el dispositivo de Caminatas promueve el alcance de un "buen envejecimiento", es decir, mantener altos niveles de participación tanto en actividades físicas como cog-

nitivas, participar activamente de las actividades sociales, recreativas, productivas, artísticas que se proponen en el dispositivo. Entendiendo que estas actividades potencian el bienestar biopsicosocial de las personas mayores que conforman el grupo, teniendo como base los conceptos de autonomía, independencia y calidad de vida.

3. Grupo de Jóvenes

Para finalizar este bloque se trae por último la experiencia del Grupo de jóvenes que se lleva a cabo desde el servicio social. Fue diseñado a partir del diagnóstico realizado en conjunto con la comunidad en el año 2010. Surge con la intención de generar un espacio de contención y participación juvenil, con los objetivos de

- Promover la construcción de vínculos de confianza y solidaridad grupal.
- Fortalecer a les integrantes del grupo como sujetes de derechos.
- Favorecer la reflexión y deconstrucción de estereotipos de género.
- Abordar problemáticas de interés del grupo.

En particular, el grupo que se acompañó estuvo conformado por 10 jóvenes mujeres de entre 12 a 17 años. Ellas se suman al grupo luego de ser convocadas en el consultorio de "Entre jóvenes", otro de los programas del destinado a jóvenes del CeSAC, o de algune otre profesional, y también se realiza difusión en el área de influencia del centro. Las jóvenes participantes son usuarias del mismo.

Entonces, es importante destacar que la convocatoria al grupo parte de parte de comprender a la salud desde esta mirada integral, más allá de lo biológico, ya que ninguna cuenta con alguna ECNT, comprendiendo otras dimensiones a abordar. Es allí donde el TSH y la corriente de salud colectiva confluyen y aportan otras dimensiones tales como la física, emocional, mental, espiritual, cultural y social. Por lo tanto, el grupo de jóvenes corre al sujeto de la perspectiva bio hegemónica.

La dinámica y construcción del dispositivo inicia generando la pertenencia grupal, para ello se desarrollan actividades que faciliten la integración y la confianza por medio de dinámicas y juegos. Una vez constituido el grupo, se establecen códigos grupales y se comienzan a realizar abordajes más profundos sobre diferentes temáticas. Una vez que esto se logra se abre la invitación a que les jóvenes puedan realizar aportes tanto en la

coordinación de juegos, como en la propuesta de temáticas que les interesa abordar.

Introducción al Trabajo Social Holístico

Para poder desarrollar el análisis de estos dispositivos nos es necesario introducir el concepto de trabajo social holístico (TSH). Este es entendido como un enfoque profesional en el cual se pretende trascender la fragmentación y el reduccionismo del modelo médico hegemónico hacia una mirada totalizadora de las personas. Es decir, desde una perspectiva que busque comprender a les usuaries y sus PSEAC como una construcción social e incluyendo aspectos como lo corpóreo, emocional y espiritual, a través de terapias tradicionales y complementarias, abordajes grupales y comunitarios que hacen a la integralidad de las personas.

Patricia Pavón (2018) explica que desde este paradigma el ser humano es comprendido desde su unidad e integralidad, abarcando su totalidad y complejidad, lo que significa tomar sus relaciones, contextos, eventos y aspectos significativos. Esta mirada integral incorpora en las intervenciones lo emocional y espiritual, y lo corpóreo.

La autora señala la importancia de que les trabajadores sociales deben comenzar registrando su propia emocionalidad y espiritualidad y luego reconocer a las personas en su totalidad, teniendo en cuenta todas sus dimensiones, necesidades. A su vez, ahondar en sus potencialidades, en pos de que le otre se desarrolle física, emocional, mental, espiritual, cultural y socialmente. Porque, si bien se comienza a trabajar desde la demanda, desde lo urgente, desde el dolor, las crisis, es importante visualizar y trascender las problemáticas, profundizar en el conocimiento del otre, para posibilitar la comprensión de su impacto en todas las dimensiones del ser.

En conclusión: buscar la autonomía de les sujetes, y el balance de todas sus dimensiones es lo que se teoriza como una visión holística. Basándonos en esta concepción del TSH y las experiencias en dispositivos grupales de los CeSAC con jóvenes, adultes, y adultes mayores, queremos compartir tres ideas que marcaron esas experiencias.

1. El grupo es importante

¿Por qué el grupo es importante? Porque en cualquier etapa vital los procesos de socialización son fundamentales para la salud y la conformación de la persona. Entonces, que existan estos dispositivos de APS habilita a que les usuaries del CeSAC puedan realizar

actividades por fuera de sus hogares y desarrollar otros vínculos dentro de sus territorios (por fuera de sus vínculos familiares, por ejemplo), teniendo en cuenta que en muchas ocasiones vimos que había escasez o cierto prejuicio a establecerlos con vecinos del barrio por la anonimidad que existe o porque salir de sus casas les resulta peligroso. El proceso de conformación del grupo implicó en los tres dispositivos espacios de juegos, debates, intercambio de saberes y trabajo de temáticas nuevas. El encuentro grupal facilita el diálogo y la visión crítica de la realidad que les atraviesa. Son espacios donde compartir hábitos saludables y formas de autocuidado desde la grupalidad, y en los cuales se genera un espacio de intercambio entre pares sobre distintos temas relativos a la salud integral favoreciendo el encuentro grupal, permitiendo que surjan redes de apoyo comunitarias.

En este punto nos parece importante rescatar la dimensión socioeducativa del TS y poder mencionar que es en este proceso de construcción de vínculos y el trabajo entre les participantes, así como la construcción de diversas temáticas, se da el espacio propicio para también fortalecer a les usuaries como sujetes de derechos. El jugar nos iguala y por ello se genera un vínculo distinto, se flexibiliza el rol riguroso de coordinación y circula dentro del grupo.

En relación al porqué el grupo es importante, es preciso destacar los efectos positivos que genera para las personas que lo conforman. Al interior del mismo estos efectos positivos se vinculan con factores que contribuyen a generar aprendizajes, cambios en la subjetividad, como así también la superación de crisis ocasionadas por las condiciones existentes. En este último punto se puede destacar cómo a lo largo de la trayectoria vital y sobre todo en ciertas circunstancias vividas como momentos de crisis, los grupos ocupan un rol central como apoyo, sostén y contención. Por ejemplo, ante el fallecimiento de une integrante todes sus compañeres planificaron y fueron partícipes del ritual de despedida, invitando a la familia del misme.

2. El vínculo es la clave

Para poder desarrollar este punto es preciso conocer que los objetivos de los tres dispositivos se centran en promover la autonomía, la participación y principalmente el desarrollo de vínculos entre les participantes.

Para comenzar es necesario comprender que en los tres dispositivos el abordaje de las diversas temáticas y sobre todo la construcción de la grupalidad estuvieron mediadas por el juego y lo lúdico. Respecto al juego, Monica Kac (2017) expresa que el jugar es una práctica

subjetivante que tiene un movimiento relacional entre el mundo interno y externo, es decir, la experiencia íntima y subjetiva, y la experiencia social y pública de quien está jugando, y que por eso mismo, en ese acto, le sujete juega y se juega. El juego va a habilitar que estos dos mundos interno y externo se encuentren.

Siguiendo esta línea, y reforzando que el vínculo es la clave, traemos un concepto que es de afectación, desarrollado por Baruch Spinoza, filósofo, que en su libro Ética establece que "por afectos, entiendo las afecciones del cuerpo, por las cuales aumenta o disminuye, es favorecida o perjudicada, la potencia de obrar de ese mismo cuerpo" (Spinoza, 2012, def III, 114). En otras palabras, explica que el encuentro con otres y los vínculos se dan por medio de los afectos. Cuando nos encontramos con otres nos afectamos mutuamente.

Sin importar el rol que ocupemos en esa interacción, algo del otre nos toca y algo de nosotres se juega en le otre. Entonces, nosotres como profesionales somos afectades en el proceso y esta afectación produce que nuestra vinculación sea distinta si dejamos que esta nos atraviese. Por lo tanto, no solo se modifica la relación de les participantes entre elles, sino que incluye al equipo de salud que coordina estos espacios, dado que nos involucramos en las actividades. De esta forma se genera la construcción de nuevos vínculos, no solo con les profesionales que vamos a jugar o realizar diversas actividades como danzar con elles sino que impacta directamente en su vinculación con el efector de salud, posibilitando el acceso y una nueva manera de abordar sus PSEAC. Entonces el sistema de salud cobra nuevos significados, representaciones y usos por parte de les participantes. Donde elles se referencian y solicitan abordar temáticas de su interés y acompañamiento en la atención de su salud.

3. El Ser es Integral

Hablando de TSH, nos centramos en la importancia que tiene la corporalidad y que nos permite dar lugar al ser como integral. Entendemos que dentro de los grupos toma mucho protagonismo el cuerpo, por medio del juego, el exponerse, el tocarse, abrazarse, acariciarse, danzar. Una dinámica que se realizó en un dispositivo se llama "Esto es un abrazo", llevó a que les jóvenes se encontrarán con el cuerpo de otres participantes y profesionales de salud desde la ternura, el cuidado y el amor. Dentro del sistema de salud donde el cuerpo es objetivado y les sujetes son despojades de las decisiones sobre él, poder devolverle el valor que este tiene es un posicionamiento político.

Adrian Scribano (2009) afirma que conocemos por medio del cuerpo, siendo fundamental en los procesos de subjetivación y comprensión de la realidad. Entonces, habilitar estos espacios de encuentro en donde lo que se juega es el cuerpo desde el respeto, la ternura, devolviendo el poder en la toma de decisiones respecto al cuerpo donde les participantes toman decisiones siendo un acto contrahegemónico en los procesos de atención, dentro de las instituciones de salud.

También se destacan los espacios de exploración del movimiento donde predominó la libertad de expresión, el juego y el placer que proporciona activar el cuerpo. Ya que la danza es ancestral, a través de la historia se ha prestado para el trabajo en grupo (Wengrower, 2014) y puede suponer tanto un simple gesto o comunicar al sujete en su totalidad. De hecho se aclaraba que no hacía falta hacer una coreografía sino dejar que el cuerpo fluya.

Entonces se propone expresarse a través del cuerpo, explorar el movimiento y sus posibilidades. Así fue como se buscó compartir herramientas psicocorporales que puedan ser de utilidad para les participantes para ser utilizados en situaciones en las cuales la persona lo necesite como estrategias de autocuidado: estiramientos, ejercicios respiratorios, utilización de la voz (como onomatopeyas, bostezos), relajación y meditación. Esto cooperó con un mayor registro de su corporalidad, pudiendo reconocer más donde les duele o nombrar ejercicios que aprendieron para relajar parte de su cuerpo.

A propósito de esto, vale nombrar lo que la autora Aurelia Chillemi (2014) describe: cómo muchas veces el registro corporal se da a partir del displacer, el dolor, la contractura, la sudoración, la taquicardia, o por el registro de las necesidades básicas de la mercantilización de la vida cotidiana (la exposición al trabajo del cuerpo). Lo que a veces interfiere en el registro sensible del cuerpo. Suma la importancia de la autoobservación para registrar a tiempo la alarma somática cómo así cambiar la energía que se aplica y el tono muscular con qué se realizan las acciones cotidianas (por ejemplo relajar la mandíbula).

Por otro lado, María Marcela Bottinelli (2014) manifiesta que la expresión desde la danza y el arte son parte de la vida, la salud y los derechos. Desde una concepción de salud integral que pretende evitar la escisiones entre cuerpo, mente y espíritu. Por su parte, Fischman y Banegas(2014) agregan que el movimiento es el medio de la expresión humana que se presenta con distintas formas, ritmos y cualidades acorde a las tensiones internas y contextos en que se manifiesta. Todos

los estados de ánimo como los rasgos de personalidad emergen en la expresión corporal.

Estos dispositivos fueron ideados desde la perspectiva de salud integral poniendo el foco en estos ejes, basada en el cuidado y asociada al placer, la alegría y las relaciones que privilegian lo vincular, inclusivo y territorial.

Teniendo en cuenta lo dicho, consideramos importante traer el rol terapéutico del trabajo social y los postulados del trabajo social holístico. En este sentido, los grupos de los dispositivos estuvieron atravesados por un eje transversal que fue el de las emociones. Poder abordarlas y darle entidad implicó mostrarse vulnerable y dejar que les otres nos toquen. Es en este encuentro en donde les participantes y el equipo profesional pudimos, por medio de las actividades, reconocer qué emociones nos atraviesan, que situaciones causan tales emociones, comprender que construcciones sociales y estereotipos se introyectan dentro de cada une de nosotres, así como reconocer aquello que nos daña y lo que nos da placer. Abordar dichas problemáticas implica alojar esa vulnerabilidad, sin juzgarla y trabajar a partir de ella.

Reflexiones finales

Para concluir, retomando la premisa de que el ser es integral, entendemos que aunque nos encontremos en un efector de salud dominado mayormente por miradas vinculadas al modelo médico hegemónico y biologicista en el cual somos partes de cuerpos enfermos, debemos atender a otras dimensiones que hacen a esta integralidad. Precisamos buscar potenciar el bienestar biopsicosocial de las personas que conforman los grupos, teniendo como base los conceptos de autonomía, independencia y calidad de vida.

Nos resulta apropiado hacer converger desde nuestro rol la perspectiva del TSH y salud colectiva, propiciando el desarrollo de las potencialidades que cada une tiene, teniendo en cuenta todos los aspectos que hacen a la vida y a la salud integral, los aspectos biopsicosociales, culturales, corporales, espirituales y emocionales.

Para finalizar, es necesario comprender la importancia del cuerpo y de las emociones en los PSEAC, ya que habilita y pondera nuevas estrategias de intervención, realizando aportes significativos a los trabajos interdisciplinarios realizados en los equipos de salud. Esta mirada holística sobre nuestras prácticas nos invita a ver como aquellas acciones que realizamos con diversos enfoques, confluyen y resuenan distinto analizándolo desde otras perspectivas, arrojando nuevos aprendiza-

jes, nutriendo aún más nuestras prácticas cotidianas y dándole más valor a nuestro quehacer profesional.

Referencias

Bottinelli, M. M. (2014). "La danza movimiento terapia como campo. Reflexiones, desafíos y estrategias en la formación y la producción de conocimientos". *Primeras Jornadas Universitarias en Danza Movimiento Terapia: Superando la escisión moderna.* Buenos Aires: Instituto Universitario Nacional del Arte.

Chillemi, A. (2014). *"Aplicación de DMT en el espacio público comunitario". Primeras Jornadas Universitarias en Danza Movimiento Terapia: Superando la escisión moderna. Buenos Aires: Instituto Universitario Nacional del Arte.*

Fischman, D. y Banegas, P. (2014). "Patrones de movimiento e interacción social". Primeras Jornadas Universitarias en Danza Movimiento Terapia: Superando la escisión moderna. Buenos Aires: Instituto Universitario Nacional del Arte.

Kac, M. (2017). *Juegos y técnicas de animación grupal: herramientas teóricas y prácticas.* Ed. Noveduc.

Pavón, P. y Chávez, N. (2018). *Trabajo Social Holístico Volviendo al ser.* Editorial Fundación la Hendija.

Scribano, A. (2009). "A modo de Epílogo ¿Por qué una mirada sociológica de los cuerpos y las emociones?" En Figari, C. *Cuerpos, subjetividades y conflictos: hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica.* (pp. 141-151) 1a ed.- Buenos Aires, Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad - CICCUS.

Spinoza, B. ([1677] 2019). Ética demostrada según el orden geométrico. LeBooks Editora.

Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social / Salud Colectiva latinoamericanas. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, Volumen 23, 101. Pp. 57-67.*

Wengrower, H. (2014). "Grupos de danza movimiento terapia para niños que presentan trastornos de conducta". *Primeras Jornadas Universitarias en Danza Movimiento Terapia: Superando la escisión moderna.* Buenos Aires: Instituto Universitario Nacional del Arte.

Hacia un creciente sentimiento de ser en-relación-con el mundo. Producción de salud mental en la itinerancia de la habitabilidad en calle

SAPEY, Milena,
Psicóloga. Becaria doctoral CONICET. Doctoranda en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA). Ayudante de primera en la Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Integrante del grupo de trabajo "Sociabilidades por los márgenes", Facultad de Psicología (UBA).

Contacto: sapeymilena@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8598-3688

DI IORIO, Jorgelina.
Doctora en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Investigadora adjunta, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Profesora adjunta en Psicología Social (UBA). Docente de posgrado en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Coordinadora de Intervención en Intercambios Asociación Civil.(CABA).

Contacto: diiorio.jorgelina@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3714-7340

Recibido: 19/11/2024; **Aceptado**: 05/05/2025

Cómo citar: Sapey, M. y Di Iorio, J. (2025). Hacia un creciente sentimiento de ser en-relación-con el mundo. Producción de salud mental en la itinerancia de la habitabilidad en calle. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (18), 185-197

Resumen

Con la preocupación por generar espacios de investigación participativa que promuevan el encuentro y el diálogo, a la vez que la construcción de aprendizajes sociales que se traduzcan en reducción de vulnerabilidades con personas con experiencia de vida en calle, nos preguntamos qué pasaría si cambiábamos las formas de producir conocimientos. Así surge en el 2018 el programa de co-investigación "Sociabilidades por los Márgenes", en el marco de distintos proyectos de investigación UBACyT[1]. Como una práctica colaborativa y desde la perspectiva de la psicología social comunitaria, el equipo integrado por investigadorxs, docentes, estudiantes y expertxs por experiencia, promovemos, a partir de la implementación del dispositivo de *radio al paso*, una praxis cognoscitiva que revaloriza las experiencias, revisa la gramática que subyace a las concepciones instrumentales en los dispositivos de primera escucha con personas en situación de calle, y reduce las

injusticias epistémicas. Fricker (2007) acuña el término injusticias epistémicas para dar cuenta de las asimetrías y las relaciones poder-saber, desde una lógica capacitista que disminuye los grados de credibilidad y las posibilidades de interpretación. El presente escrito se focaliza en contar la experiencia de la radio, orientada por los fundamentos de la Salud Mental Comunitaria. Contar esta experiencia implica pensar en otros modos de hacer, en prácticas colectivas generadoras de cuidado, partiendo desde las frases-insistencias: salud mental es sentirse parte y si cambia tu mirada, cambia su realidad.

Palabras clave: situación de calle - participación - investigación-acción - salud mental - contranarrativas

Towards an increasing sense of being -in-connection- with-the-world: mental health practices in the context of homelessness

Abstract

With a focus on creating participatory research spaces that foster encounters and dialogue, while building alternative social learnings that reduce vulnerabilities among people with lived experiences of homelessness, we asked ourselves: what if we changed how we produce knowledge? This question led to the creation of the co-research program (eliminado por autoría) in 2018, based at the Faculty of Psychology at the University of Buenos Aires, within the framework of various UBACyT research projects. As a collaborative practice grounded in community social psychology, the team composed of researchers, educators, students, and experts with lived experience promotes, through the implementation of a *"radio al paso"* (walk-by radio) device, a cognitive praxis that values lived experiences, revisits the grammar underlying instrumental conceptions in first-contact devices with homeless people, and reduces epistemic injustices. Fricker (2007) coined epistemic injustices to describe the asymmetries and power-knowledge relations rooted in an ableist logic that diminishes credibility and interpretative possibilities. This paper focuses on narrating the experience of the radio project, guided by the principles of Community Mental Health. Sharing this experience involves reflecting on alternative ways of doing collective practices that foster care anchored in the persistent phrases: mental health means feeling included and if your perspective changes, reality changes.

Keywords: homelessness - participation - action research - mental health - counter-narratives

1. De investigar *sobre* a investigar *con*: "no somos conejillos de indias"

Ante la necesidad de generar espacios de investigación que promuevan el encuentro y el diálogo, a la vez que la construcción de aprendizajes sociales que se traduzcan en la ampliación de derechos, la reducción de violencias y la producción de salud mental, nos propusimos intentar cambiar las formas de conocer. Sin desconocer el impacto que las vivencias de inclusión perversa (Bader Sawaia, 2011)[2] y de estigmatización producen en las personas con experiencia de vida en calle, partimos del reconocimiento de que esas subjetividades también resisten e inventan su praxis, emergiendo otras formas de existencia y de re-existencia.

Así, en noviembre de 2018 pusimos en funcionamiento un programa de co-investigación definido como una práctica comunitaria colaborativa de producción de conocimientos, y a las acciones de intervención comunitaria conexas como estrategias de enfrentamiento a la exclusión[3]. Partimos de los siguientes supuestos empírico-conceptuales:

1. La situación de calle se configura desde una dinámica socio-cultural continua de invisibilización-hipervisibilización.

2. La necesidad de crear *una* diferencia que pueda interrumpir los sentidos instituidos estigmatizantes sostenidas en argumentos de peligrosidad y patologización de la situación de calle. Siguiendo a Haraway (2019), producir contranarrativas prácticas, ficciones no totalizantes, contar otras historias.

3. Construir contra-pedagogías de la crueldad (Segato, 2018), como contra-pedagogías del poder que permitan crear un espacio dialógico con los colectivos que participan de la investigación, a partir de la superación de metodologías extractivistas permite superar el capacitismo[4] que atraviesa a las identidades en situación de calle.

4. La importancia de sostener prácticas desde una ética de la salud mental comunitaria, que reconozca la dimensión relacional y dialógica de la misma, y promueva una relación sensible con el otro que habilite espacios de escucha, construcción conjunta de sentido y transformación subjetiva (Galende, 2006).

5. Democratizar las relaciones de poder-saber implica movimientos para amplificar, silenciar y/o poner voces en suspenso, porque sin justicia cognitiva[5] no hay justicia social.

Tabla 1. Detalle de actividades por componente, distribuidas por años

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Componente Investigación	Relevamiento sobre Percepción de Apoyo social	Relevamiento "Como te la rebuscas en cuarentena" Investigación en Red	Producción social de cuidados y percepción de apoyo social.	Relevamiento exploratorio sobre salud mental y situación de calle	Cartografía de las violencias hacia personas en situación de calle	Cartografía de las violencias hacia personas en situación de calle
	Relatos de vida y turning points		Registro de violencias físicas hacia personas en situación de calle			Salud mental y situación de calle
Componente Intervención	Taller participativo en Jornadas de Investigación, F. de Psicología, UBA	Diseño y distribución material "Covid: ¡No es paranoia, son cuidados!	Contenidos para redes "La Calle Anda Diciendo" y " Demoliendo mitos"	Radio al paso (Abrigar Derechos)	Radio al paso (Abrigar Derechos, Sopa de Letras)	Radio al paso (Abrigar Derechos, Sopa de Letras)
	Malabardeando Radio (Asamblea Plaza Dorrego)	Mutantes en pandemia: material audiovisual que recupera experiencias en primera persona	Actividades lúdicas en la Olla del Parque Lezama	RUV: Registro Unificado de Violencias	Participación en el 3er Encuentro Latinoamericano En la Calle, BsAs.	Participación en Asamblea PSC/CABA
				Podscat: Demoliendo mitos	Participación en Asamblea PSC/CABA	Publicación del libro "Las mil y una noches en calle" escritos y fotografías de personas con experiencia en calle y quienes acompañan
				Radio al paso en plazas de la ciudad	Taller participativo en Jornadas de Investigación, F. de Psicología, UBA	Radio abierta en eventos sobre situación de calle/arte/salud mental
				Participación en Asamblea PSC/CABA		

Fuente: Elaboración propia, continuación de Di Iorio, Rigueiral, Sapey, Pistolesi y Armentano (2023): "Prácticas comunitarias colaborativas con personas en situación de calle en contextos urbanos. Investigación para la acción" (2024).

Los componentes presentados no deberían ser considerados como componentes separados sino como instancias dinámicas que se dan entre la calle y la universidad, entre el territorio y la academia, y que se retroalimentan y que devienen en nuevas cartografías para (re)pensar la investigación y la intervención.

2. La radio al paso: tejiendo redes con la comunicación popular

La *intemperie*, la *itinerancia* y las *violencias* se configuran como tres organizadores de las experiencias de vida en calle. Por un lado, la inseguridad habitacional se traduce en trayectorias habitacionales circulares entre dispositivos de alojamientos nocturnos transitorios y dormir en lugares públicos no destinados para vivienda -plazas, estaciones, hospitales, entradas de subte-, lo que es definido por algunos autores como "la puerta giratoria" (Roca et al., 2019). La vida en la *intemperie* implica, la *itinerancia* diurna por organizaciones y por distintos puntos geográficos en las ciudades, tanto para subsistencia como práctica de cuidado frente al hostigamiento. Además, al tratarse de cuerpos especialmente estigmatizados se incrementan las posibilidades de ser objeto de *violencias* institucionales, sociales y estructurales (Allison y Klein, 2019). Las institucionales involucran hechos ejercidos tanto por policías como por otros funcionarixs gubernamentales que tienen implicancia directa en su asistencia. Las violencias sociales pueden ser ejercidas por otras personas que estén o no en situación de calle y ser de carácter físico o simbólico. La situación de calle es producto de las violencias estructurales, que hace que la definamos como una de las formas en que se expresan las desigualdades sociales en los contextos urbanos (Di Iorio et al., 2015). Además, el abuso sexual y la violencia familiar desde la temprana infancia se encuentran entre las causas que provocan el deslizamiento de las mujeres a la situación de calle, y de la permanencia si las violencias durante la vida en calle (Padget et al., 2012).

De acuerdo con esto, habitar la calle produce figuras propias de malestar subjetivo -*estar en tránsito, estar en espera, cuerpos sin valor* (Di Iorio et al., 2020)- que desafían las propuestas de intervención psicosocial. Muchas de las organizaciones sociales que acompañan a quienes viven en la calle o se encuentran en riesgo de estarlo contemplan la itinerancia y las particularidades que implica vivir en la calle en sus dinámicas. El dispositivo de la *radio al paso* ha tenido lugar en tres organizaciones comunitarias que brindan asistencia y acompañamiento a personas en situación de calle (PSC) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina, y en acciones de visibilización en el espacio público. Es en el

marco de espacios que militan un enfoque de acompañamiento que la *radio al paso* tiene posibilidad de despliegue y sostenimiento.

A lo largo de los años el dispositivo ha tenido tres experiencias concretas: "Malabardeando" (2015-2019, Asamblea Popular Plaza Dorrego), "Nuestras voces populares y otras yerbas" (2022-actualidad, Abrigar Derechos) y "Más allá de tu vereda" (2023-actualidad, Sopa de Letras). Las mismas implican encuentros semanales bajo la modalidad de taller de comunicación popular en los cuales las PSC y en riesgo de estarlo participan organizando los temas de los que se quiere hablar, las secciones que quieren desplegar y los roles que cada persona va a ocupar, entre otras tantas acciones planificadas y realizadas por los grupos. De este modo, el taller aparece como un proyecto y al mismo tiempo como un dispositivo en el cual se proponen ideas y se busca la manera de llevarlas a cabo a través del arte y la expresión, como un espacio de encuentro y participación que deviene en una red de apoyo (Montes Paez, 2024).

Imágenes 1 y 2."Radio al paso" como radios abiertas en la Plaza del Congreso, CABA.

La *radio al paso* implica romper con las dinámicas estancas y tutelares clásicas de los dispositivos del circuito asistencial, (re)construyendo modos de hacer consensuados colectivamente. Dentro de los espacios comunitarios la radio al paso cobra vida por fuera de

la metáfora ya que mientras sucede el taller también tienen lugar otras actividades cotidianas paralelas: hay quienes cocinan el almuerzo, quienes aprovechan para bañarse o cortarse el pelo, quienes prefieren escuchar la radio mientras realizan otras acciones, quienes aprovechan de un espacio seguro para descansar un rato, quienes van y vienen según lo que tengan o quieran hacer. Por otro lado, este ir y venir no es solo en un taller determinado sino que incluye idas y vueltas a lo largo de los años, posibilitadas por la estabilidad del dispositivo en el tiempo. En esta radio al paso itinerante hay quienes vienen desde la primera temporada, quienes se han ido sumando, quienes vinieron una sola vez, quienes se fueron y volvieron, quienes tienen apariciones intermitentes, quienes se sientan cerca para escuchar, quienes se conocen y quienes no.

La itinerancia es uno de los elementos de composición de la situación de calle: la circulación en busca de lugares para las necesidades diarias, los desplazamientos en la ciudad en busca de lugares seguros para dormir producto de las violencias sociales e institucionales, los movimientos al interior de las organizaciones en donde se bañan, desayunan, hacen un trámite, se encuentran con alguien. Es un dispositivo flexible y en movimiento que busca acompasarse a las características de la comunidad/grupo, más que reproducir modelos preformateados. De acuerdo con Montero (2004), la participación es un proceso continuo, incluyente y libre en el que hay variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, orientado por valores y objetivos compartidos, que da lugar a transformaciones individuales y colectivas. Siguiendo a Sánchez (2000), participar tiene tres dimensiones: "tener parte de" algo que pertenece a un grupo, "tomar parte en" algo con otros y "ser parte de" algo, es decir, involucrarse.

Es desde esa pluralidad que la radio cobra identidad y se conforma una somateca radial mutante, como archivo político vivo en el que se instituyen y destituyen formas de poder, donde cuerpos y subjetividades colectivamente archivan, producen y reproducen prácticas y conocimientos (Preciado, 2022). Una somateca que no es sin contradicciones, que implica aceptar que en la diversidad hay tensiones y que se construye en base a ellas. Rivera Cusicanqui (2010) sugiere que las inevitables tensiones y contradicciones dentro de los colectivos pueden ser fuentes de creatividad y cambio transformador, al surgir de la interacción entre diversas perspectivas y saberes, deviniendo en tensiones creativas. Ha sido también a partir de ellas que el taller ha ido (re)pensandose continuamente desde sus inicios procurando que sea un espacio de expresión y despliegue subjetivo para quienes lo transitan.

Imágenes 3 y 4. Taller de radio y grabación.

El taller de radio como espacio de encuentro posibilita el expresar y compartir experiencias en territorios de precarización de la vida (Zaldúa et al., 2020) como también poner en pausa las exigencias propias del circuito de la calle. Sus trayectorias configuran un espacio social vivido en el que se materializan identidades que se resisten a ser negadas, no reconocidas y negativizadas, percibidas como peligrosas, condenables, amenazantes (Di Iorio, 2022). Registrar la situación de calle es registrar un cuerpo que sufre mientras la sociedad se vincula a través de la indiferencia y la naturalización (Montes Páez, 2024). Entonces, es en el expresarse, escucharse, vincularse, en el ser parte, en el acompañar, en el crear, cantar, bailar, leer, en festejar los cumpleaños, en denunciar, en enojarse, en compartir la indignación, en abrazarse, es en todo lo que circula por el espacio del taller que se configura de algún modo como un espacio productor de salud mental. La radio al paso como dispositivo de expresión-escucha, de disputa de sentidos y de redes que se tejen, se posiciona como un espacio donde la producción subjetiva del cuidado y la defensa intransigente de la vida pareciera posible (Merhy et al., 2012).

Desde un encuadre flexible y la lógica de la oportunidad se parte de la premisa de que siempre que haya alguien que quiera decir y otras personas dispuestas a escuchar, se puede hacer la radio. No se requiere de infraestructura específica, por el contrario, se adapta a lugares cerrados y al espacio público, al vivo y al grabado, al *off line* y al *streaming*, al estudio de grabación y al comedor. Aunque se promueve la continuidad en la participación, la dinámica implica armar un programa

Tabla 2. Estructura de la grilla

Fuente elaboración propia (2024)

que empieza y termina, por lo que se contempla la rotación, la participación de una única vez y que siempre se puede volver. Como herramienta utilizamos una grilla que estructura el encuentro en bloques-momentos, siendo los contenidos emergentes a cada encuentro.

3. un taller-refugio: producción social de salud mental

Sociabilidades por los márgenes como equipo de co-investigación, como radio al paso, como radio abierta, como taller, como equipo que expone en congresos, como *podcast*, como grupo, como lugar donde bajar, como espacio de lucha, y también de escucha. Pasaron muchas personas, muchas historias, muchas actividades, muchas palabras, muchas emociones, muchos cambios, muchas mutaciones. Cada una es parte de este espacio generador de contranarrativas, como grupo que pretende modificar la perspectiva de lo que está sucediendo, cambiar las preguntas para poder proponer nuevas respuestas y donde imaginar aparece como fuerza de transformación política que motoriza la mutación (Haraway, 2019), porque, como indica la primer frase-insistencia: si cambia tu mirada, cambia su realidad.

Butler (2020) expresa cómo cuando el mundo nos falla cuando quedamos fuera del mundo en el sentido social, el cuerpo sufre y muestra su precariedad cargando una demanda política e incluso la expresión de una indignación. De este modo, en contraposición a la resignación, y ante la falta de ternura del mundo social, se consolida un sujeto ético-político que construye un encadenamiento que va creando conciencia colectiva y forjando herramientas compartidas (Ulloa, 2007). Es a través de la participación comunitaria y en la apertura

de espacios que luchan por otros acompañamientos posibles que se construye un refugio vincular y un taller de redes afectivas que da lugar a la segunda frase-insistencia: salud mental es sentirse parte.

Es en estas trincheras colectivas que aparece como posibilidad la expresión de un hacer decolonial donde se despliegan subjetividades activas por fuera de una parálisis colonial del ser sino dentro de una actividad creativa del *estar siendo* (Lugones, 2011) como potencia de la *mutancia*. El habitar el propio ser por fuera de las capturas tutelares-punitivas-manicomiales se refleja en un querer hacer, querer venir, querer participar, en una tercera frase-insistencia que emerge de la experiencia de radio al paso como *un lugar donde puedo ser, un lugar donde quiero estar.*

Es así como en la radio al paso, en tanto dispositivo de salud mental comunitaria, fortalece el tejido de una red afectiva y el despliegue subjetivo disminuyendo la carga psicosocial de la itinerancia. Se trata de un proceso de producción de cuidados lleno de pliegues, de fisuras, de encuentros y de desencuentros, que se produce, siempre de manera colectiva; un proceso de singularización que interrumpe los sentidos hegemónicos. Es tratarnos con dulzura, amorosamente, pero sin esquivar la querella ni el conflicto. Se trata de coser algo nuevo. Es un proceso en movimiento, en las intersecciones, en el mientras tanto.

Referencias

Allison, K., y Klein, B. (2019). Pursuing hegemonic masculinity through violence: An examination of anti-homeless bias homicides. *Journal of Interpersonal Violence, 1*, 1–24. https://doi.org/10.1177/0886260518821459

Butler, J. (2020). *La fuerza de la no violencia.* Paidós.

Di Iorio, J. (2023) Intersecciones entre salud mental y situación de calle: una aproximación desde la perspectiva de derechos humanos. *Revista Cuestión Urbana, 7*(13), 63-78.

Di Iorio, J., Seidmann, S., Rigueiral, G., y Abal, Y. (2020). Circuitos socio-asistenciales para población en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires: Representaciones sociales y prácticas. *Psykhe (Santiago), 29*(1), 1–13. https://doi.org/10.7764/psykhe.29.1.1226

Di Iorio, J., Rigueiral, G., Gueglio, C., y Abal, Y. (2015). Construyendo colectivamente mapas y territorios. En *Actas del 5to Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional*

de La Plata. Universidad Nacional de La Plata.

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001

Haraway, D. (2019). *Seguir con el problema: Generar parentesco en el Chthuluceno*. Consonni.

Lugones, M. (2011). *Hacia un feminismo descolonial*. Universidad del Valle, Centro de Estudios de Género, Mujer y Sociedad.

Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., y Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva, 8*(1), 25–34. https://doi.org/10.18294/sc.2012.125

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Editorial Paidós.

Montes Paez, F. (2024) *Acompañar es político. Ensayo transfeminista sobre la situación de calle*. Abduciendo Ediciones.

Padgett, D. K., Smith, B. T., Henwood, B. F., y Tiderington, E. (2012). Life course adversity in the lives of formerly homeless persons with serious mental illness: Context and meaning. *American Journal of Orthopsychiatry, 82*(3), 421–430. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01159.x

Preciado, P. B. (2022). *Dysphoria mundi*. Anagrama.

Rivera Cusicanqui, S. (2018). *Un mundo ch'ixi es posible: Ensayos desde un presente en crisis* (1a ed.). Tinta Limón.

Roca, P., Panadero, S., Rodríguez-Moreno, S., Martín, R. M., y Vázquez, J. J. (2019). "Puerta giratoria" a la situación sin hogar: Influencia de la salud, consumo de alcohol y padecimiento de sucesos vitales estresantes en el número de episodios en la situación sin hogar. *Anales de Psicología, 35*(2), 175–180. https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.297741

Sánchez, E. (2000). *Todos con la esperanza: Continuidad de la participación comunitaria*. Caracas: CEPFHE, Universidad Central de Venezuela.

Santos, B. de S., Gutierrez Meneses, M. P., y Arriscado Nunes, J. (2004). Introdução: Para ampliar o cânone da ciência: A diversidade epistemológica do mundo.

En B. de S. Santos (Org.), *Semear outras soluções: Os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais* (pp. 23–101). Afrontamento.

Sawaia, B. (2011). *As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Vozes.

Ulloa, F. (2007). Ternura, numerosidad social e insurgencias. En P. Amarante, et al. (Eds.), *Subjetivaciones clínicas insurgencias: 30 años de salud mental*. Madres de Plaza de Mayo.

Zaldúa, G., Lenta, M. M., Longo, R., Muñoz Echeverri, I. F., Bonilla, E., Rivas Riveros, E., y Estrada Maldonado, S. (2020). *Territorios de precarización, feminismos y políticas del cuidado*. Teseo.

Notas

1. Los Proyecto UBACyT 2018-2020/22 y Proyecto UBACyT 2023-2025 20020220300225BA bajo la dirección de la Dra. Jorgelina Di Iorio (Investigadora adjunta CONICET) permiten garantizar el financiamiento de las acciones y su continuidad.

2. Bader Sawaia (2011), psicóloga social brasileña, abandona la noción de exclusión por la de inclusión perversa para referirse a subjetividades que deben ser comprendidas como parte de un sistema de flujo de interacción que se mueve entre las vivencias de inclusión y vivencias de discriminación y rechazo. Esa dinámica afiliación-desafiliación es una herramienta útil para comprender la habitabilidad en la calle. La categoría, además, le permite dar cuenta de la funcionalidad de la exclusión en las estrategias históricas de mantenimiento del orden social. Es decir, para la reproducción de las desigualdades. Esto produce, según la autora, formas de sufrimiento ético-político y estrategias colectivas para hacer frente a ellas (Di Iorio, 2016).

3. Para conocer más sobre el programa de co-investigación ingresar a https://sociabilidadesxlosmargenes.wordpress.com/

4. El capacitismo consiste en un régimen somatopolítico que discrimina los cuerpos de las personas, estableciendo diferencias y jerarquías entre "cuerpos normales" y "cuerpos patológicos" (Preciado, 2022). Las PSC se encuentran, narrativamente, entre "los cuerpos patológicos". Un ejemplo interesante en esta linea, resultan las declaraciones del Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sobre situación de calle "como una pandemia que golpea a todo el mundo" https://www.perfil.com/noticias/politica/jorge-macri-dijo-que-el-problema-la-gente-en-situacion-de-calle-es-una-pandemia-que-golpea-en-todo-el-mundo.phtml

5. La justicia cognitiva y la diversidad epistémica consiste en una corriente contrauniversitaria que busca la inserción académica de los conocimientos producidos por grupos racializados y subalternizados, los cuales se consideran poco rigurosos. Desde el principio de igual autoridad cognitiva como condición necesaria la democracia epistémica y la transformación de las relaciones de poder, se concibe al conocimiento como factor de emancipación y se rige por el principio ético–político de la solidaridad. (Santos, Gutierrez Meneses y Arriscado Nunes, 2004)

Acompañar(nos) en tiempo de crueldad. Una propuesta de gestión municipal en salud mental

GARCIA, Elena

Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Directora de Salud Mental, Secretaría de Salud, Municipio de La Plata.

Contacto: elengeb2@gmail.com
ORCID:https://orcid.org/0000-0003-0765-2354

MALAVOLTA, María Luciana

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes (UNQUI). Equipo de gestión Dirección de Salud Mental, Secretaría de Salud, Municipio de La Plata.

Contacto: malavoltaml@gmail.com
ORDID: https://orcid.org/0009-0009-1452-9742

Cómo citar: Garcia, E. y Malavolta, M.L. (2025). Acompañar(nos) en tiempo de crueldad. Una propuesta de gestión municipal en salud mental. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (18), 198-202

En tiempos de incertidumbre y desesperanza, es imprescindible gestar proyectos colectivos desde donde planificar la esperanza junto a otres.

Enrique Pichon Rivière.

Proceso de apertura de la Dirección de Salud Mental en el Municipio de La Plata

Durante el año 2024, el gobierno municipal de la ciudad de La Plata tomó la iniciativa de crear bajo la órbita de la Subsecretaría de Atención Primaria de la Secretaría de Salud, la Dirección de Salud Mental, con el objetivo de jerarquizar, fortalecer, promover y coordinar las líneas de cuidado vinculadas a Salud Mental y garantizar la atención en los diferentes momentos del curso de vida de la población.

Entre las líneas rectoras de la Dirección de Salud Mental se propone un abordaje territorial y una perspectiva comunitaria, en pos de disminuir las barreras de

acceso a la salud de la población. Asimismo, se plantea una mirada transversal respecto de las políticas públicas en salud mental, generando una articulación y coordinación con diversas áreas del gobierno municipal, organizaciones comunitarias, el segundo y tercer nivel de atención, propiciando un abordaje de las problemáticas de la salud mental desde una mirada territorializada.

Estas políticas de atención, promoción y prevención de la salud mental, orientan, como refiere la Organización Mundial de la Salud (2008), hacia la implementación de políticas de salud mental con base comunitaria superando las miradas técnicas, sesgadas y biologicistas de los problemas en salud, y trabajando en la construcción de respuestas complejas basadas en el impacto que las circunstancias sociales tienen sobre las personas. Las líneas de acción, orientadas por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 y su homóloga provincial la Ley N° 14.580/14, permite recuperar un enfoque centrado en los derechos humanos, priorizando la protección y el respeto de los derechos de las personas con padecimientos subjetivos y problemáticas vinculadas a los consumos, promoviendo un abordaje integral basado en dispositivos comunitarios.

En relación a los efectores de salud, la ciudad de La Plata cuenta con una extensa red, donde se entraman dispositivos provinciales y municipales de salud, entre los que se encuentran quince (15) hospitales provinciales de segundo y tercer nivel de atención, una (1) Unidad de Pronta Atención (UPA) y cuarenta y cinco (45) Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS).

Los efectores de salud municipales constituyen, muchas veces, la primera puerta de acceso al sistema de salud, bajo los lineamientos de la Atención Primaria de la Salud (APS), con el fin de garantizar un acceso equitativo al derecho a la salud. Se encuentran distribuidos en todo el territorio, con el propósito de generar propuestas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y continuidad de cuidados, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias, generando intervenciones que contemplan los abordajes integrales. El primer nivel de atención se caracteriza por la calidad del vínculo, la interacción y la cercanía, donde el acompañamiento se inscribe en una lógica de relación y de encuentro, constructora de otredad.

Subjetividades de época y aumento de los malestares

Pensar la salud mental desde una perspectiva integral y como un constructo social nos permite preguntarnos: ¿qué pone de manifiesto el contexto actual en

relación a la salud mental? ¿Qué características tienen los padecimientos actuales? ¿Nuevos padecimientos o aumento de la demanda?

Las políticas neoliberales y el desfinanciamiento en salud pone en tensión la definición de la salud como derecho. Asimismo, con el corrimiento del Estado como garante de derechos, el cuidado se expresa como una responsabilidad individual, poniendo en tensión los entramados colectivos. Factores como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la falta de acceso a servicios de salud se traducen como fuente determinante de los malestares y padecimientos. Asimismo, la pérdida de derechos básicos, el aumento en la desocupación y la precariedad laboral traen aparejado una modificación en las relaciones tanto individuales como sociales.

Las problemáticas sociales actuales erosionan los vínculos y empobrecen el entramado simbólico que sostiene a los sujetos en situaciones de vulnerabilidad. Como consecuencia, los malestares psíquicos se intensifican: angustia, ansiedad, miedo, incertidumbre, insomnio o tristeza emergen como señales de alerta, los cuales, al decir de Galende (2020), no necesariamente se traducen en patologías, sino que identificamos como respuestas frente a situaciones de amenaza o riesgo.

Frente a esta fragilización de los lazos, la apuesta continúa siendo la posibilidad de generar procesos de subjetivación que posibiliten construir, como plantea Carpintero (2019), la esperanza de *lo posible* como potencia radical de transformación. Construir desde la salud mental comunitaria, poniendo el acento en los contextos, las relaciones sociales y las condiciones materiales de existencia.

Sostener acompañamientos en tiempos de abandono

Desde la Dirección de Salud Mental, durante los primeros meses de gestión se visitaron los Centros de Atención Primaria, identificando como necesidades prioritarias la promoción y coordinación de líneas de cuidado vinculadas a salud mental que permitieran fortalecer los abordajes desde el Primer Nivel de Atención y mejorar la accesibilidad a la atención de salud mental. Se evidenció la necesidad de fortalecer y llevar adelante desde el nivel central tres líneas de cuidado prioritarias:

Violencias intrafamiliares y por motivos de género con el Programa de Fortalecimiento de la Atención de la Violencia Familiar y por razones de Género en el Primer Nivel de Atención (PROFAVI): con el propósito de contribuir a la prevención, promoción y atención

de la salud integral de las personas que se encuentren atravesando situaciones de violencia familiar y por motivos de género, propiciando un espacio de contención y de abordaje interdisciplinario desde la perspectiva de género en atención primaria de la salud.

Prevención de suicidios con el Observatorio y Programa de Prevención del Suicidio: tiene como objetivo desarrollar acciones de prevención mediante campañas de concientización, implementar dispositivos de acompañamiento y atención y generar datos sistemáticos y confiables para la construcción de un diagnóstico situado y local.

Niñeces y adolescencias con problemáticas asociadas a salud mental y consumos, con el Dispositivo de Acompañamiento y Enlace Territorial para Niñeces y Adolescencias (DAENA): creado junto a la Dirección de Niñez de la Secretaría de Desarrollo Social, con el fin de promover la implementación de dispositivos, estrategias integrales de abordaje territorial y continuidad de cuidados que atienda las problemáticas de salud mental de NNyA en el primer nivel de atención, desde una perspectiva de derechos y acorde a los lineamientos de las normativas vigentes en materia de salud mental y protección de derechos de NNyA.

El abordaje se propone de manera articulada con los equipos de los CAPS, promoviendo la articulación con organismos del Estado en áreas como justicia, educación, niñez y adolescencia, desarrollo social como así también ONGs, movimientos sociales y mesas barriales, que posibiliten sostener y acompañar otras demandas que atraviesan las diversas situaciones. Se considera fundamental propiciar el abordaje interinstitucional e intersectorial de las problemáticas, promoviendo espacios de participación territorial para fortalecer redes que faciliten el trabajo en conjunto y articulado.

La formación permanente y la inclusión de espacio grupales de covisión interdisciplinaria son ejes transversales para el desarrollo de las líneas de cuidado.

Asimismo, el acompañamiento a los trabajadores del área de salud mental ante la complejidad de las situaciones que se abordan, es una práctica que permite compartir experiencias, afectaciones e implicancias; además de convertirse en un espacio de promoción de salud para quienes hacen del *Acompañar,* un oficio de hacer humanidad (Frigerio, Korinfel y Rodríguez; 2017).

A modo de conclusión, un abordaje territorializado y mancomunado de las problemáticas en salud mental,

exige reconocer la complejidad y multidimensionalidad de los determinantes sociales que inciden en el bienestar de la población; y promueve la necesidad de la articulación con diferentes áreas de gobierno. Asimismo acompañar a los trabajadores del área de salud mental constituye un eje fundamental en el trabajo cotidiano como proceso institucional de cuidado/como proceso propiciado e instituido desde la gestión

Referencias

Carpintero, E. (2019). El miedo como forma de perpetuar el sometimiento. *Revista Topia*, (86).

Frigerio G., Korinfeld, D. y Rodríguez C. (2017). *Trabajar en instituciones: los oficios del lazo.* Noveduc.

Galende, E. (2020). Editorial. *Salud Mental Y Comunidad*, (9), 8–15. https://doi.org/10.18294/smyc.2020.5107

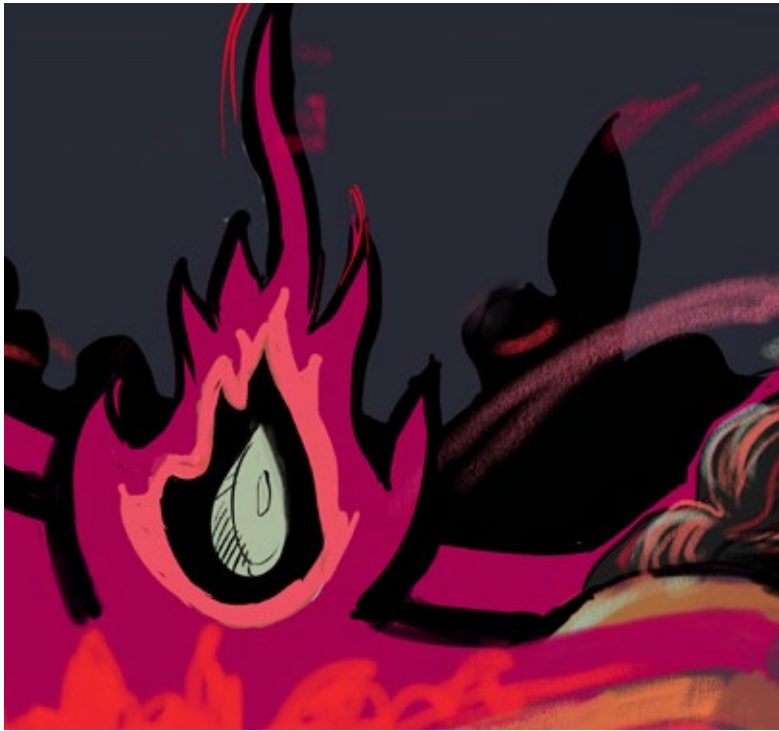
Ley Nacional 26.657. (2010). Derecho a la protección de la Salud Mental. Buenos Aires, Argentina.

Ley Provincial 14.580. (2013). Adhesión Derecho a la protección de la Salud Mental, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.* Ginebra, Suiza.

Sierra N. (2021). El acompañamiento como categoría y las instituciones contemporáneas. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social,* (21), 161-173.

Testa, D. y Albino A. (2023). Entrevista a María Marcela Bottinelli. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional, 8*(2), 51-57.



Mutaciones en las sensibilidades contemporáneas

CUESTA, Micaela.
Doctora en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Comunicación y Cultura (UBA). Licenciada en Sociología (UBA). Desarrolla sus actividades de docencia e investigación en la Escuela de Humanidades y en la Escuela IDAES de la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Es coordinadora del Laboratorio de Estudios sobre Democracia y Autoritarismos (UNSAM).

Contacto: mcuesta@unsam.edu.ar

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7763-6926

Cómo citar: Cuesta, M. (2025). Mutaciones en las sensibilidades contemporáneas. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (18), 203-208

Palabras clave: ideología neoliberal - subjetividad - autoritarismo

Subjetividades contemporáneas

Desde sus orígenes, la sociología entendió al individuo como efecto de un momento histórico particular marcado por el apogeo de la sociedad moderna occidental capitalista. Supo dar cuenta de cómo decisiones en apariencia absolutamente individuales –como las de quitarse la vida– podían formar parte *de* y ser explicadas *por* fuerzas colectivas, morales. A la sociología no le ha sido ajena la pregunta por las fuentes del malestar individual, por las razones del sufrimiento, por las causas complejas del padecimiento que hoy llamamos subjetivo.

La subjetividad, desde esta perspectiva, constituye la instancia donde se anudan los mandatos histórico sociales que moldean las expectativas de cada quien en función de marcas de género, clase, religión, etnia, así

como aquello que resiste bajo la forma del deseo pero también del síntoma. Esas subjetividades, como efectos de estructuras y campo de batallas y negociación, se forjan al calor de temporalidades heterogéneas y formaciones socioeconómicas determinadas. Los perfiles del sujeto contemporáneo parecen responder a las reconfiguraciones económico políticas que se remontan a las transiciones de un tipo de organización social vinculada al fordismo y al Estado de Bienestar a otro próximo al toyotismo, la financiarización y los Estados "ligeros/esbeltos" pretendidamente eficientes (Boltanski y Chiapello, 2010). En algunos casos, como sucedió en América Latina, esas transiciones lejos de ser pacíficas supusieron la implementación de un tipo de violencia sistemática agenciada por las dictaduras cívico militares.

Llamamos ideología neoliberal dominante a esos órdenes de justificación moral (que involucran marcos interpretativos, apegos libidinales, vínculos afectivos) a través de los cuales se sostiene la adhesión de los sujetos a un sistema que produce explotación, padecimiento y daño (en diferentes escalas, sobre materialidades disímiles y en variadas intensidades). En ocasiones esos discursos han sido movilizados para justificar el desmantelamiento de instituciones estatales, de derechos y protecciones sociales, de principios asociados a la igualdad y la justicia social (Honneth, 2009). En coyunturas críticas, como la que asistimos post crisis económica financiera global de 2008 y post pandemia por covid-19 estas ideologías abren paso a predisposiciones de acción signadas por la des-solidarización, la des-identificación con el destino ajeno, la percepción de los "otros" como amenazas a una identidad fragilizada. En torno a esa subjetividad neoliberal se congregan una serie de elementos ideológicos que, en determinadas constelaciones, arroja figuras poscríticas, irreflexivas y no-autónomas.

Elementos ideológicos

En los últimos veinte años la literatura sociológica ha caracterizado al capitalismo neoliberal de opulencia (e integración vía el consumo), al momento capitalista neoliberal atravesado por el discurso de la austeridad selectiva (con un proceso de consolidación de deuda) y al más vigente neoliberalismo punitivo (austero y endeudado), cuyas lógicas parecen orientarse hacia lo (auto)sacrificial y destructivo (Davies, 2016). A cada uno de estos momentos -que se solapan o discontinúan atendiendo a las peculiaridades de las sociedades bajo análisis- los atraviesa, no obstante, un mismo discurso: no hay horizonte de vida alternativo al capitalismo (Streeck, 2017; Fisher, 2016). Ello se traduce como

clausura de horizonte utópico y puede conducir a la resignación, la aceptación pasiva del destino de cada quien, o bien a sentimientos de resentimiento e impotencia. En paralelo, se institucionalizan ciertos núcleos ideológicos sin los cuales no podría sostenerse la reproducción del sistema.

En primer lugar, una suerte de exacerbación del individualismo que, rompiendo con lo que caracterizaba al individualismo de la sociedad moderna, esto es, la tensión entre órdenes normativos diversos, opera una economización de todas las esferas de la vida (Brown, 2015). Bajo la noción de capital humano se consuma la reconfiguración de individuos e instituciones como entidades que han de invertir en sí mismas con el fin de atraer inversores y volverse rentables. Esa norma pugna por su transversalización total. Se exige de uno (sujeto individual o institución) que sea "emprendedor" en todas las esferas de la vida (afectiva, económica, política, artística, etc.), erosionando no sólo esa pluralidad valorativa y de estilos de vida, sino provocando como efecto suyo la privatización, la moralización y la despolitización de las consecuencias de las decisiones y acciones individuales y colectivas. Bajo estos marcos interpretativos, la libertad se asocia a la posibilidad fantaseada de "elegir" cuándo, dónde y cómo valorizarse en los "mercados" del amor, la actividad laboral, el entretenimiento, el bienestar personal. La libertad puede precipitarse, así, peligrosamente hacia la inmolación, el auto-sacrificio, la esclavización voluntaria, la elección de abrazar el malestar. En la generalización creciente de la ideología emprendedora se esconde la pretensión de suprimir la diferencia de jerarquía y poder y, con ello, de eliminar la experiencia de alienación que podría ofrecerse como motivo de resistencia crítica. La forma de la sujeción emprendedora es la que niega, paradójicamente, todo límite, incluso aquel que el psicoanálisis pensó como experiencia de la castración con su resto: el inconsciente.

En segundo lugar, nos topamos con una inflexión en las formas de la competencia neoliberales respecto de las liberales. Siguiendo las lecciones de Foucault (2004), si el liberalismo procuraba llevar al mínimo la intervención estatal en favor del despliegue armonizador de "la mano invisible" del mercado, el neoliberalismo se afirma en una participación activa del Estado en favor del mercado, bajo la apariencia de la retirada se interviene de maneras más sutiles, capilares, en la reconfiguración de más provechosos modos de valorización del capital. Si el liberalismo se caracteriza por una visión "naturalista" del mercado (*laissez faire*), el segundo lo hará por una más institucionalista; si el primero enfatizaba el rol del intercambio, el segundo subrayará

la competencia. La competencia como principio ordenará las prácticas desarrollando para sí una batería de instrumentos, agencias, controles que, velando por la adecuación y vigencia de sus reglas pueda establecer como "legítimas" la existencia de ganadores y perdedores.

Con un fuerte contenido tecnocrático, asentado en el criterio de eficiencia y neutralidad valorativa, ese principio será objetado a partir de la crisis financiera global de 2008. Con ella se revela la parcialidad de esas "agencias" que garantizaban la eficacia y el control, que queda al desnudo cuando la decisión política se inclina por el rescate al poder financiero, abandonando el derecho de los ciudadanos. Se inicia allí un proceso de deterioro creciente de la hegemonía neoliberal que aún no encuentra relevo ni salida feliz dando lugar a expresiones mórbidas (postfascistas, neoconservadoras, reaccionarias).

En tercer lugar, se consolida una concepción "meritocrática de mercado". El mérito responde en todo tiempo y lugar a la necesidad de justificar en sociedad no-igualitarias la distribución desigual del prestigio o reconocimiento social (Dubet, 2009). Ahora bien, la meritocracia de mercado neoliberal logra desplazar tanto la concepción vinculada con la carrera y la obtención de títulos reconocidos por instituciones democráticas (vinculadas a la matriz de la justicia social y la movilidad social ascendente mediadas por la cualificación y el esfuerzo) como la más liberal contenida en la "igualdad de oportunidades". En esta segunda acepción, afín al liberalismo, se defiende la "igualdad en los puntos de partida" como modo de justificación de las desigualdades en los de llegada atribuidos al desempeño y esfuerzo individual. Subordinando ambas concepciones, bajo el régimen meritocrático neoliberal, no es ya la institución democrática (la relación salarial, la Universidad, la escuela) la encargada de validar esas distribuciones desiguales del reconocimiento social. Tampoco importa desde esta matriz ideológica el esfuerzo o desempeño personal en igualdad de condiciones, sino tan sólo la inventiva o el más puro azar que, desde la perspectiva del mercado, aporta valor (Brown, 2020). Estamos ante el mito de los creativos de Silicon Valley que, como sin querer, casi de la nada, son premiados por lo que el mercado considera un aporte inestimable.

En cuarto lugar se consolidan comunidades de castigo unidas por la vocación de castigar a quienes son moralmente culpables de su fracaso. O bien, a quienes son "ayudados", en la medida en que se percibe como ilegítimo "competir" con otros en otras condiciones que no sean la de una estricta "autosuficiencia". La vo-

cación punitiva erige como bandera la tolerancia cero para quien infringe las normas, es impía con los ilegalismos de los pequeños pero compasiva y sumisa con los poderosos a quienes considera auténticos ganadores del sistema.

La clausura ideológica producida por el neoliberalismo vuelve casi imposible la capacidad de inteligir la condición de precariedad que nos atraviesa a todos y todas, las múltiples instancias de interdependencia (incluso funcional) que sostienen la posibilidad de nuestra autonomía así como la realidad de las cada vez más extensas mediaciones que subyacen a nuestras prácticas.

Posdata

La declamación "¡Viva la libertad!" que busca hoy establecer como *imperativo la libertad*, no consigue pese a todo acallar sus síntomas: estrés, erosión de la subjetividad, instrumentalización de los vínculos íntimos, desmoralización, depresión, "fatiga de ser uno mismo", desimbolización –o instrumentalización de la estructura simbólica por el discurso económico–, impotencia, como contracara del festejo de la omnipotencia, paranoia, perversión, *objetalización* del otro, despersonalización, etc. En virtud de esos padecimientos es que insistimos en la necesidad teórico-política de restituir lo que se encuentra ausente en cada uno de estos núcleos ideológicos que obturan la libertad concebida -en palabras de Adorno- como "heteronomía deliberada" (Adorno, 2002, p. 195). Nos referimos a la mediación de la sociedad en el individuo que se expresa en la condición de precariedad que nos atraviesa, en los lazos múltiples de interdependencia (de instituciones estatales, de tecnologías, de afectos, de medioambiente), en los niveles desiguales de distribución del sufrimiento y la violencia así como en la existencia obscena de asimetrías de dinero y poder. Reconocer esas heteronomías es un primer paso hacia la libertad en un sentido crítico, menos ideológico. Desgajadas de esas articulaciones, la libertad se reduce, como decía Adorno, "al derecho de los más fuertes y ricos a quitarles a los más débiles y pobres lo que todavía poseen" (2003, p. 45).

Referencias

Adorno, T. (2002). "Tercera Parte, Modelos". En *Dialéctica Negativa,* Madrid, Akal.

Adorno, T. (2003). "La Educación Después De Auschwitz". En *Consignas.* Amorrortu.

Boltanski, L. y Chiapello É. (2010), "Introducción General, Del Espíritu Del Capitalismo y Del Papel De La Crítica". En *El Nuevo Espíritu Del Capitalismo.* Akal.

Brown, W. (2015). *El Pueblo Sin Atributos. La Secreta Revolución Del Neoliberalismo.* Malpaso.

Brown, W. (2020). *En Las Ruinas Del Neoliberalismo, El Ascenso De Las Políticas Antidemocráticas En Occidente.* Trad. de C. Palmeiro. Tinta Limón.

Davies, W. (2016). "El Nuevo Neoliberalismo". *New Left Review*, (101), Segunda Época.

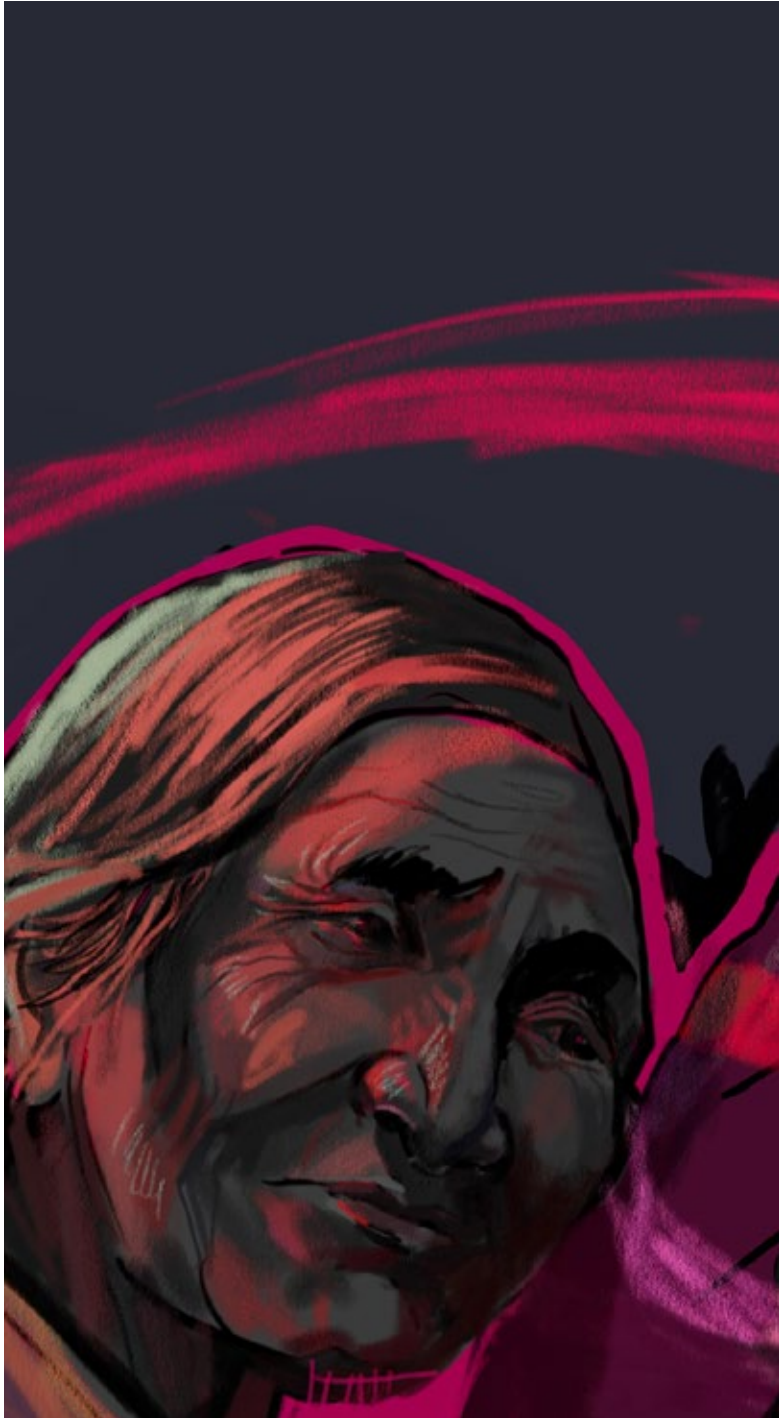
Dubet, F. (2009). *El Trabajo De Las Sociedades.* Amorrortu.

Fisher, M. (2016). "Es Más Fácil Imaginar El Fin Del Mundo Que El Fin Del Capitalismo". *En Realismo Capitalista ¿No hay alternativa?.* Caja Negra.

Foucault, F. (2004). *Seguridad, Territorio, Población. Curso En El Collège De France (1977-1978).* Fondo De Cultura Económica.

Honneth, A. (2009). *Crítica del Agravio Moral. Patologías De La Sociedad Contemporánea.* Fondo De Cultura Económica.

Streeck, W. (2017). "El Fin Del Neoliberalismo". *New Left Review,* (104).



Entre el trauma y la resistencia: Salud mental, lazo social y memoria colectiva en Argentina

CAPUANO SANSONI, Carla Victoria.
Profesora de Enseñanza Media y Superior en Filosofía Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires (UBA). NIETES CABA - GBA

Contacto: capuanocar@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0004-0900-2974

TAUIL, Ana.
Licenciatura en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA). NIETES CABA - GBA

Contacto: anatauil8@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0001-0045-4227

DÍAZ, Juana Martina.
Estudiante de Licenciatura y Profesorado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata (UNLP). NIETES CABA - GBA

Contacto: juanamartinad2@gmai.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0004-5495-5299

Cómo citar: Capuano Sansoni, C.V., Tauil, T., Díaz, J.M., Colaneri Aguilar, E.D. y Allo, S.F. (2025). Entre el trauma y la resistencia: Salud mental, lazo social y memoria colectiva en Argentina. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (18), 209-216

COLENARI AGUILAR, Evelyn Daniela.
Comunicadora Social y Periodista. EEM7 María Claudia Falcone. Universidad de Buenos Aires (UBA). NIETES CABA - GBA

Contacto: aguilar.evelyn93@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0002-2361-6134

ALLO, Sofía Jazmín.
Estudiante de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires (UBA). NIETES CABA - GBA

Contacto: sofiallobackup23@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0001-5872-5966

NIETES CABA GBA. Organismo de Derechos Humanos. Regional Ciudad Autónoma de Buenos Aires-Gran Buenos Aires. 2019-actualidad.

Este artículo explora puntos de conexión entre salud mental, memoria colectiva y producción de subjetividad en el contexto argentino, atravesado por dos eventos traumáticos de enorme magnitud: el genocidio (1973-1983) perpetrado por la última dictadura cívico-eclesiástico-empresarial-militar y la pandemia global por COVID19 (2020). Desde un enfoque psicosocial, se analizan los efectos de la deshumanización del otre, la ruptura de lazos sociales y los mecanismos de negación y banalización de la violencia. Se propone una lectura crítica de los discursos negacionistas y neoliberales actuales que, mediante el uso intensivo de tecnologías de control y precarización afectiva, continúan erosionando el lazo social. Pondremos el foco en cómo estos discursos y mecanismos son motorizados y utilizados políticamente por el sector liderado por Javier Milei, habilitando su legitimación en otros sectores de la sociedad. Finalmente, argumentamos que, desde NIETES, se busca construir redes que potencien lo comunitario en donde se disputen sentidos de libertad, sensibilidad, ternura, memoria activa y la dimensión emocional de la militancia como indisociable del quehacer político. Creemos que nos podemos situar en estas redes para hablar de salud mental. En este sentido, rescatamos las banderas que levantamos desde nuestro inicio: las militancias de los 70's, 90's; de organismos de Derechos Humanos (DDHH) por Memoria, Verdad y Justicia (MVJ), feminista y en contra de la violencia institucional.

Palabras clave: genocidio – salud mental – subjetividad – pandemia – lazo social

Introducción

La salud mental es inseparable del entramado social, histórico y político que produce subjetividades. En Argentina, la dictadura generó una herida psicosocial profunda mediante el uso sistemático del terror de Estado. En la actual coyuntura política global, la pandemia por COVID19 reactivó muchas de esas marcas, exacerbando la fragmentación social, el aislamiento y la precarización de los vínculos. Este escrito se propone articular el análisis del genocidio, la pandemia y el presente neoliberal considerando que el negacionismo, la deshumanización del otre y la crisis del lazo social son dispositivos estructurantes de las subjetividades neoliberales que deben ser disputados desde prácticas para la memoria.

NIETES es un espacio de militancia que reúne a familiares de detenides, desaparecides, ex presxs políticxs, asesinades y exiliades del genocidio en Argentina. Nuestra organización se propone la continuidad de la lucha histórica llevada adelante por organismos de

DDHH y a su vez, acompañar las luchas actuales por conquistar nuevos derechos.

El genocidio como ruptura del lazo y producción de trauma psicosocial

Lemkin (1943) introduce el concepto de genocidio y lo define como un proceso cuyo objetivo es la destrucción de los patrones identitarios del grupo oprimido y la imposición de los patrones identitarios del opresor. De allí que el aniquilamiento es la herramienta para la destrucción identitaria y no el fin en sí mismo. El sociólogo Feierstein retoma este concepto para el análisis del caso argentino y define al genocidio como una práctica social que concluye con la realización simbólica del mismo, es decir, con la transformación identitaria de la sociedad sobreviviente. Desde esta perspectiva el genocidio, en tanto tecnología de poder, tiene por objetivo la destrucción de las relaciones sociales de autonomía y cooperación, y de la identidad de una sociedad para el establecimiento de nuevas relaciones sociales y modelos identitarios (2007). En este sentido, comprendemos el objetivo del genocidio en relación a la ruptura de los lazos sociales y el modelo que se instala en aquel momento, que luego se profundiza a lo largo del tiempo, dando por resultado una sociedad actual profundamente fragmentada.

Autores como Herman (1992) y Martín-Baró (1990) han analizado el trauma complejo derivado de la violencia estatal prolongada, especificando cómo se busca desestructurar la identidad colectiva, generar miedo, desconfianza, atomizar a la sociedad para impedir la resistencia.

Siguiendo a Arendt (1963), la "banalidad del mal" permite comprender que los perpetradores actuaron sin cuestionar éticamente sus actos o naturalizaron la obediencia cumpliendo órdenes. Sin embargo, los ideólogos justificaron esos actos mediante la deshumanización. Butler (2009) sostiene que hay marcos articulados sociohistóricamente que nos permiten reconocer a otre como ser humano, como vida que merece ser vivida. La figura del "enemigo interno" o "subversivo", construida mediáticamente, legitimó la violencia mediante la des-identificación de las personas detenidas desaparecidas y la deshumanización de sus vidas (Gamarnik, 2012). El proceso genocida impacta en las generaciones posteriores, configurando una subjetividad cínica y desconectada moralmente del otre (Bandura, 1991; Zimbardo, 2007).

Pandemia, control social y subjetividad neoliberal

La pandemia irrumpió en un momento vital en que muchas juventudes estaban atravesando procesos de estructuración subjetiva: exploración identitaria, afirmación del deseo, construcción del lazo social por fuera del núcleo familiar, y ensayos de autonomía. No fue sólo un paréntesis, sino una alteración profunda de coordenadas subjetivas que suelen ser especialmente activas en esa etapa.

Durante este período, según Preciado (2020), se evidenció cómo los cuerpos quedaron sometidos a tecnologías de control, vigilancia digital y aislamiento. El vínculo sin cuerpo, mediado por pantallas, redujo la respuesta emocional, favoreciendo el individualismo y el retraimiento afectivo. Dubet (2006) describe el declive de las instituciones (escuela y familia), que dejan al sujeto solo frente a la producción de sentido vital. La pandemia trajo una confrontación cruda con lo real de la muerte, la enfermedad y la incertidumbre, lo que desbordó muchas defensas psíquicas. Al tambalear las certezas que organizaban lo cotidiano, emergieron angustias más primarias, fragilidades estructurales y duelos múltiples: no solo de personas, sino de proyectos, de modos de vida, de seguridades internas. En este contexto se observó un aumento de crisis de sentido. ¿Cómo proyectar un futuro en un mundo en crisis? ¿Qué deseo sostengo cuando todo se volvió incierto?

Cano (2020) introduce el concepto de "egoliberalismo", donde el yo se constituye como performance neoliberal que niega la interdependencia. Estas producciones de subjetividad se hicieron más visibles en la pandemia: el discurso sanitario posicionaba al otre como "fuente de contagio" que resultaba en una amenaza. Esto construye subjetividades donde la afección proveniente de otros pone en riesgo la integridad del yo. Sobre esto se refuerzan los discursos de la "libertad" asociadas exclusivamente a un supuesto cuidado del yo como autonomía impermeable a les otres y autosuficiente de por sí. La subjetividad producida en la pandemia es una subjetividad del encierro, de la autogestión emocional, de la inmunización frente al otro. Un yo que se ve obligado a sostenerse en soledad, sin recursos simbólicos sólidos ni redes vinculares potentes. Este modelo genera sufrimiento psíquico y profundiza el malestar contemporáneo como el desarraigo, reforzando la precarización emocional, provocando síntomas de ansiedad, angustia y fragmentación subjetiva ¿Qué sostiene el deseo juvenil cuando lo externo cae? La inmunización afectiva, el desapego y el mandato de autosuficiencia devastan la sensibilidad y la potencia de

lo común. Pero este proceso no fue homogéneo. Algunes lograron encontrar en la pausa espacios para la reflexión, la revalorización del cuidado, la apertura a lo común; otres, por el contrario, quedaron atrapados en lógicas de autosuficiencia y retraimiento. Lo cierto es que la pandemia visibilizó y aceleró procesos subjetivos ya presentes en las lógicas neoliberales: el debilitamiento del lazo y el culto al individualismo.

Negacionismo, polarización y la salud mental hoy

La etapa neoliberal actual, representada en la plataforma política electoral de Javier Milei, impulsa un discurso negacionista, expresado en frases como "no fueron 30.000", que opera como una nueva forma de deshumanización. Los discursos negacionistas penetran en miradas desencantadas de "lo político" y encuentran en las redes sociales un nuevo terreno a ser habitado y en el que se ponen en juego disputas de poder. Las interacciones por este medio producen subjetividades aisladas y protegidas por una distancia digital. Así, su uso se puede volver funcional a la lógica individualista neoliberal. Sin embargo, también pueden ser una herramienta muy poderosa para reforzar la memoria colectiva. La violencia simbólica del negacionismo activa antiguos traumas y reproduce el borramiento de la memoria (Viñas, 2020). Para Viñas (2023), los procesos de desubjetivación pretenden anular la capacidad de decir. En el caso del negacionismo se busca negar los hechos de la última dictadura queriendo hacer pasar a las víctimas por victimarios, por "otros peligrosos". La contracara necesaria de este proceso son los mecanismos de subjetivación política (Viñas, 2023). En esa línea podemos ubicar el trabajo con memoria colectiva que realizamos los organismos de DDHH. A la instalación de un olvido sistemático desde el Estado se la combate reforzando la memoria colectiva.

La salud mental para sostenerse necesita de relatos compartidos, de narrativas que habiliten el duelo, el deseo y el sentido. El negacionismo no sólo es una operación política: es un atentado a la salud psíquica colectiva. Por eso la memoria no es únicamente recordar, sino que incluye mostrar la trama de relaciones de poder que llevaron adelante el genocidio: construir la memoria hoy también es denunciar a las personas, poderes e instituciones que hicieron posible la desaparición de les 30.000 (Rozitchner; 1996).

Huxley (1958) advierte sobre el poder del conformismo inducido. En la Argentina contemporánea, estrategias comunicacionales basadas en el simplismo emocional, el ataque a lo colectivo y la polarización configuran escenarios de vulnerabilidad psíquica ge-

neralizada. Pero estas no son simplemente patologías individuales, sino síntomas sociales producidos en contextos que erosionan lo colectivo, desarman las referencias simbólicas y promueven una subjetividad frágil, vigilada y cada vez más solitaria. Se promueven discursos de odio disfrazados de libertad, se estimula el enfrentamiento constante y se ataca cualquier construcción de lo común. Esto produce una subjetividad en tensión constante, reactiva, que oscila entre la apatía, la sobreexposición y el colapso emocional. En este escenario la salud mental se vuelve casi un privilegio o un imposible.

Nietes: nuevas generaciones en la lucha por los DDHH

En tiempos de fragmentación la militancia aparece como un camino para la reconstrucción de los lazos y la proyección de nuevos horizontes. Nuestra propuesta política implica el encuentro entre pares y entre colectivos abonando a la interseccionalidad como punto común para las distintas luchas.

Desde una lectura de Ulloa y su concepción de la salud mental como producción colectiva, podemos pensar que la verdadera derrota es adaptarse pasivamente a un mundo deshumanizante. Ulloa (2011), Moffatt (1999) y Pichon Rivière (1985); entienden que la salud mental no se mide en términos clínicos individuales, sino en la capacidad de sostener vínculos, de organizar proyectos, de integrar el dolor en una trama significativa.

Frente a un sistema que promueve el individualismo como única vía, la militancia se vuelve una forma de contención afectiva, de cuidado mutuo, de sostén psíquico. En muchos casos, es en el grupo, en el espacio político, donde les jóvenes encuentran posibilidad de existencia, de expresión, de sentido. La consigna "lo emocional es político" no es un eslogan: es una respuesta concreta a los efectos de un sistema que privatiza el sufrimiento y que patologiza el malestar estructural.

Insistimos en la potencia de la ternura (Ulloa, 1995), puesto que la misma implica renunciar a la pulsión de apoderamiento de le otre. Se trata de la construcción de identidades colectivas diversas en su interior, en una profunda aceptación de la diferencia, posibilitando la comprensión y recuperando el valor de la palabra y el diálogo que nos transforma en el encuentro con le otre.

Conclusiones

El genocidio argentino fue una maquinaria de destrucción del lazo social, cuyos efectos psíquicos aún persisten. La pandemia reactivó ese dolor histórico

mediante nuevas formas de aislamiento y control. En la actualidad, el neoliberalismo profundiza el egocentrismo, la precariedad afectiva y el vaciamiento simbólico. La salud mental comunitaria debe posicionarse políticamente para restituir la memoria, reconstruir la sensibilidad y habilitar la ternura como resistencia. La dimensión colectiva del cuidado, el duelo compartido y la apuesta por la construcción de lo común son claves para recomponer la subjetividad y el porvenir.

Como NIETES no sólo evocamos a les desaparecides: también buscamos interpelar a los poderes que hoy siguen desapareciendo cuerpos, sentidos, historias y derechos. Nuestra lucha no es sólo reactiva sino creativa: tejer redes de cuidado, reinventar la ternura como política, construir nuevos modos de estar juntes a través de charlas, encuentros, talleres en escuelas y más.

Frente a un mundo que anestesia el deseo y promueve el olvido, sostener el vínculo, el dolor y la memoria es una forma viva de libertad.

Referencias

Arendt, H. (1963). *Eichmann en Jerusalén: Un estudio sobre la banalidad del mal*. Lumen.

Bandura, A. (1991). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personality and Social Psychology Review*, *3*(3), 193–209.

Butler, J. (2009). *Marcos de guerra: Las vidas lloradas*. Paidós.

Cano, V. (2020). *Solx no se nace, se llega a estarlo. Ego-liberalismo y auto-precarización afectiva* en Nijensohn, M. (comp.) "Los feminismos ante el neoliberalismo" La Cebra y Latfem.

Dubet, F. (2006). *El declive de la institución*. Gedisa.

Feierstein, D. (2007). *El genocidio como práctica social: Entre el nazismo y la experiencia argentina*. Fondo de Cultura Económica.

Gamarnik, Cora. "Imágenes de la Dictadura Militar - La fotografía de prensa antes, durante y después del golpe de Estado de 1976 en Argentina" en Pérez Fernández, S. y Gamarnik, C., Artículos de investigación sobre fotografía, Montevideo, Uruguay, Ediciones CMDF, 2011 disponible en

http://www.rehime.com.ar/escritos/documentos/idexalfa/g/gamarnikc/Gamarnik_Perez%20Fernandez%20-%20Articulos%20de%20Investigacion%20sobre%20Fotografia.pdf

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.

Huxley, A. (1958). *Nueva visita a un mundo feliz*. Edhasa.

Martín-Baró, I. (1990). *Psicología de la liberación*. UCA Editores.

Moffatt, A. (1999). *Clínica de la urgencia subjetiva: Hacia una salud mental popular*. Topía.

Pichon-Rivière, E. (1985). *El proceso grupal*. Nueva Visión.

Preciado, P. B. (2020). *Un aprendiz de virus*. Anagrama.

Rozitchner, L. (2015). "Los desfiladeros de la memoria" en *Trelew. Una ardiente memoria*. Ediciones La Llamarada.

Ulloa, E. (2011). *De locuras y de justicias: Clínica del testimonio y salud mental*. Topía.

Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica*. Paidós.

Viñas, S. (2020). *Subjetividad y negacionismo en la Argentina actual*. Tinta Limón.

Viñas, S. (2023). "De sujeto de los derechos humanos a proceso de subjetivación política" en Ferreira M. (coord.) (2023) *Derechos Humanos: sujetos, problemáticas y perspectivas*, Buenos Aires, Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, UBA, en prensa.

Zimbardo, P. (2007). *El efecto Lucifer: El porqué de la maldad*. Paidós.

Reseña del libro "Diálogos en Ciencias Sociales, Salud Mental y Derechos Humanos. Problemáticas, desafíos y oportunidades transeccionales" de Silvia Faraone (Coord.), publicado en TESEO

TORRICELLI, Flavia.
Licenciada y doctora en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Integrante del Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos. Docente de la materia Problemática de la Salud Mental en Argentina (FSOC, UBA) y en diversos posgrados.

Contacto: flvtorri@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2352-5518

VALERO, Ana Silvia.
Antropóloga, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata (FCNYM, UNLP). Doctoranda en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (FSOC, UBA). Integrante del Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos. Docente de la materia Problemática de la Salud Mental en Argentina (FSOC, UBA).

Contacto: anasilviavalero@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7498-4108

Cómo citar: Torricelli, F., Valero, A.S., Bianchi, E. y Oberti, M.L. (2025). Reseña del libro "Diálogos en Ciencias Sociales, Salud Mental y Derechos Humanos. Problemáticas, desafíos y oportunidades transeccionales" de Silvia Faraone (Coord.), publicado en TESEO. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (18), 217-222

BIANCHI, Eugenia.
Licenciada en Sociología, Magíster en Investigación en Ciencias Sociales y Doctora en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA). Estudios post-doctorales en Salud Pública, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ, Brasil). Investigadora Adjunta, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET-IIGG). Coordinadora Grupo de Estudios Sociales sobre Fármacos y Diagnósticos (GESFyD, IIGG-UBA). Docente universitaria de grado y posgrado.

Contacto: eugenia.bianchi@gmail.com
ORCID: orcid.org/0000-0003-2311-7490

OBERTI, Milagros Luján.

Profesora y Licenciada en Ciencias de la Comunicación Social y Maestranda en Comunicación y Cultura, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA). Investigadora en el Grupo de Estudios Sociales sobre Fármacos y Diagnósticos (GESFyD, IIGG-UBA). Integrante de la Biblioteca y Librería Popular Literatura Inclusiva (ByLPLI).

Contacto: milagrosoberti@outlook.com
ORCID: http://orcid.org/0000-0002-9889-0712

En memoria de nuestra querida Silvia Faraone, compañera, amiga y maestra, impulsora y gestora de este libro y de las Jornadas que le dieron origen, entre otras de sus inagotables iniciativas en el campo de los derechos humanos y la salud mental en la lucha por los derechos de las personas con padecimiento en salud mental. Reivindicó los procesos de des/institucionalización en pos de la construcción de una vida digna en y con la comunidad.

En este libro compartimos las exposiciones de las mesas centrales de las Primeras Jornadas que titulamos "Ciencias Sociales, Salud Mental y Derechos Humanos: problemas, desafíos y oportunidades transeccionales", desarrolladas en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires en junio de 2023 y organizadas por el Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos (GESMYDH) del Instituto de Investigaciones Gino Germani y por la cátedra "Problemática de la Salud Mental en Argentina" de la carrera de Trabajo Social, en el marco de un proyecto UBACyT.

Las Jornadas, y este libro que deriva de ellas, buscaron reunir debates en torno a las dos líneas analíticas que abordamos como docentes e investigadoras de la universidad pública. Por un lado, los procesos des/institucionalizadores en salud mental, en relación a la sanción de la Ley Nacional N° 26.657/2010 y en articulación con la producción de cuidados por fuera de las instituciones de encierro. Por otro lado, y en tensión con esto, los procesos de bio/medicalización y farmacologización, pensados desde la emergencia de nuevos espacios de control social. Las dos líneas analíticas planteadas se imbrican y nutren mutuamente, a la vez que comparten la perspectiva de derechos humanos como un basamento insoslayable a partir del cual construir una aproximación al campo de la salud mental desde las ciencias sociales.

En cuanto a su estructura, el libro resulta de un trabajo de compilación que incluyó la reunión y revisión exhaustiva de las producciones presentadas en el marco de las mesas centrales de las jornadas por parte de las y los investigadores referentes del campo de la salud mental.

Lo narrado en el libro, de manera deliberadamente coloquial, propone un diálogo y marca el camino recorrido en un trabajo colectivo desde una apuesta política para pensar la salud mental desde su complejidad y multidimensionalidad, y para poner en escena la necesidad de ahondar desde las ciencias sociales un profundo compromiso en la defensa de los derechos humanos

de las personas con sufrimiento psíquico. Los apartados que componen el cuerpo del libro se organizan de acuerdo a los ejes temáticos de las Jornadas.

Diálogos y prácticas en salud mental y derechos humanos: la construcción de políticas de identidad

Argentina es pionera en el enlace de la salud mental y los derechos humanos en el mundo. Este apartado se centra en esa estrecha articulación dada por el vínculo entre las políticas de reparación, las consignas de Memoria, Verdad y Justicia que históricamente lideraron los organismos de derechos humanos como consecuencia de las violaciones cometidas y los crímenes de lesa humanidad a manos del Estado, y las personas usuarias de salud mental. Esas conquistas y esos reclamos comenzaron a transitar una continuidad de lucha por la recuperación de los derechos de las poblaciones vulnerables y, entre ellas, las personas con sufrimiento psíquico.

El capítulo es una confluencia de diálogos escritos desde miradas y disciplinas diversas (la genética, el derecho y la antropología). Comienza Víctor Penchaszadeh, miembro del Consejo Consultivo del Banco Nacional de Datos Genéticos de Argentina, subrayando, por un lado, la necesidad de búsqueda de la identidad basada en la verdad para poder necesariamente restituir derechos, a la vez que enfatiza la idea de un proceso de construcción de esa identidad a lo largo de toda la vida. Luego –desde otra perspectiva pero en línea con la preservación plena de los derechos de las persona–, Virginia Urquizu, coordinadora de la Unidad de Casos del Equipo Argentino de Antropología Forense, profundiza y detalla las historias singulares de búsqueda e identificación mediante el trabajo que lleva adelante el Equipo, respetando los tiempos y las necesidades de cada familia vulnerada a partir de una vida o más vidas que les fueron arrebatadas.

Dado que aún hoy en día siguen existiendo derechos que son sistemáticamente violados y persiste la angustia de las personas vulneradas, María Graciela Iglesias, secretaria ejecutiva del Órgano de Revisión Nacional de la Ley 26.657, visibiliza y aborda el problema actual de identidades de usuarixs –en instituciones de Salud Mental– que permanecen borradas, desconocidas, viéndose así privadxs de sus derechos esenciales. Este hecho nos insta a seguir reclamando y exigiendo políticas en línea con la defensa y cumplimiento de derechos para seguir transformando esta realidad.

Des/institucionalización en Salud Mental. Debates y perspectivas actuales

En este apartado se abordan algunos de los procesos transformadores en salud mental que se fueron generando en los países de la región, con avances y retrocesos, desde la complejidad de sus contextos históricos, sociales y políticos. Entendemos la des/institucionalización, siguiendo la propuesta de Silvia Faraone (2013, 2015), como perspectiva ideológica dentro del campo de la salud mental, en la cual los abordajes, por fuera de las instituciones de secuestro, son pensados, construidos, instituidos y legitimados. En este sentido, la barra invertida supone la necesidad de sustitución de viejas instituciones, pero, necesariamente, la creación de nuevas institucionalidades (sanitarias, culturales, habitaciones, educativas, laborales). Así, los márgenes de estos procesos no se agotan en la temática del manicomio sino que la trascienden hacia otros dispositivos que reproducen lógicas manicomiales. Quienes acompañan el diálogo acerca de esta problemática son Paulo Amarante, presidente de honor de la Asociación Brasileña de Salud Mental, que presenta "Desinstitucionalización en salud mental: despatologizar, desmedicalizar, desdiagnosticar, decolonizar. Perspectiva desde el sur de América Latina"; Macarena Sabin Paz, coordinadora del Equipo de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales, que aborda las "Vivencias de usuarias en el proceso de desinstitucionalización. Reflexiones en torno a la transformación manicomial", y Silvia Faraone, coordinadora del Grupo de Estudios Sobre Salud Mental y Derechos Humanos, del Instituto de Investigaciones "Gino Germani" (FSOC, UBA), quien introduce los "Procesos de des/institucionalización en Argentina. Avances, desafíos y oportunidades".

Saberes y praxis comunitaria en salud mental y derechos humanos: la producción del cuidado

Este tercer apartado retoma la complejidad de los procesos transformadores en el campo de la salud mental. Aquí se reflejan tanto alianzas como resistencias, tensiones y acuerdos entre la diversidad de actores que conforman el campo. En sus prácticas cotidianas buscan reducir los estigmas, terminar con las exclusiones y los encierros, transformar las realidades de las personas con derechos históricamente vulnerados. El horizonte que comparten estas experiencias transformadoras es la de generar condiciones para existencias más libres y menos sufrientes.

Como posibilidad para ello, se enfatiza el cuidado en salud mental como aquella teoría y práctica, decir y hacer, que implica abordajes situados y singulares, con-

textuales y afectivos, que no replican modelos universales sino una participación activa y política.

El cuidado y sus prácticas requiere de equipos que se reinventan continuamente, se abren a otros saberes, rompen con las lógicas establecidas. En ellas, el saber no pertenece a dispositivos y disciplinas, sino que se construye de modo colectivo y permanente, atravesado por la creatividad, la implicación de las emociones y la creatividad. Su eje es el encuentro de disciplinas, lo que comprendemos como inter o transciplinariedad, en el encuentro de la producción conjunta de saberes. Asimismo, promueve las redes y cuestiona la burocratización del cuidado, destacando la importancia de aquel aprendizaje que nos dejó la pandemia: cuidar a quienes cuidan.

Desde esta mirada crítica y dinámica, les autores invitados plantean nuevas y otras formas del decir, el hacer, el sentir y el pensar la salud mental colectiva e intersectorial. Esta sección del libro se conforma con los aportes de Jorgelina Di Iorio, quien escribe sobre "Cuidados en escenarios de vulnerabilización social"; Agustín Barúa Caffarena, que aborda "'Vyropama la vida, vyropama el estudio'. Intervenciones desde la perspectiva de salud mental en instituciones educativas de Paraguay", y Belén Maruelli, a partir de su exposición titulada "Procesos transformadores en salud mental. Praxis y políticas públicas en el hospital Alejandro Korn (provincia de Buenos Aires)".

Fármacos, diagnósticos y teoría social: hacia una agenda regional

La sección del libro titulada "Fármacos, diagnósticos y teoría social: hacia una agenda regional", que incluye la presentación de Esteban Grippaldi, y una versión de las exposiciones que Sandra Caponi, Andrea Bielli y Eugenia Bianchi realizaron durante las Jornadas, resulta de un enfoque que el equipo fue afinando desde hace muchos años en torno a las modalidades de ejercicio del control social que acontecen en relación al campo de la salud mental.

Por una parte, los históricos procesos de institucionalización y su contracara, la des/institucionalización; y por otro lado, los actuales procesos de medicalización y bio/medicalización. Uno de los postulados que el equipo sostuvo se vincula, por una parte, con la utilidad de pensar a ambos vectores en forma articulada y no como una sustitución simple de modalidades de ejercicio del control social; tampoco como un juego de suma cero. Otro de los postulados se asoció a la valoración distintiva de las ciencias sociales como arena válida para

reflexionar acerca, tanto de los procesos transformadores del espacio manicomial, como de la posibilidad de producir aportes y reflexiones teóricas, metodológicas y prácticas que permitan interpretar el sentido social de estas experiencias. Teniendo presente el contexto en el que los mecanismos de control social duro, histórica y paradigmáticamente asentados en el manicomio, se integran en tensión con innovadores procesos de bio/medicalización que también acontecen por fuera de los muros institucionales. En estos procesos, los diagnósticos y los fármacos son dos elementos centrales para el análisis. Y precisamente, los enfoques de la sociología del diagnóstico y los estudios sociales del fármacos conforman el plafón común desde el que los distintos capítulos de la sección van desgranando panoramas novedosos y dinámicos. Esteban Grippaldi caracteriza estos enfoques y sitúa su pertinencia en América Latina, región en la que van tomando creciente relevancia. Sandra Caponi identifica la depresión infantil como diagnóstico testigo para analizar la construcción de evidencias y la prescripción de psicofármacos en la infancia. Andrea Bielli analiza distintas investigaciones realizadas en lo que va del siglo XXI, en torno a la existencia de las así denominadas epidemias de ansiedad y depresión, y más recientemente, de insomnio en Uruguay. Por último, Eugenia Bianchi expone distintas estrategias e implicancias metodológicas que conlleva estudiar a los diagnósticos y fármacos utilizados en tratamientos de salud mental desde las ciencias sociales.

A modo de cierre, retomamos las palabras sintetizadoras de Emerson Merhy, quien postula a este libro como una herramienta que realiza un análisis crítico de la realidad para poder enfrentarla, siendo su horizonte producir más vida en las vidas vividas. En el campo de la salud mental siempre hubo y hay movimientos pendulares con avances y con retrocesos, con prácticas que patologizan, que manicomializan, que deshumanizan con necropolíticas y generan impotencias ante las situaciones críticas. Frente a esto, Emerson enuncia la desobediencia radical frente a lo instituido neoliberal, apelando al trabajo vivo en acto como salida, como búsqueda de nuevas coordenadas para producir de nuevo espacios democráticos, inclusivos, deseantes en donde prime la ciudadanía, donde el eje no sea la enfermedad, donde el pilar sea la pluralidad y la construcción conjunta de más vida. De este modo, condensa en este mensaje el diálogo y la transmisión intergeneracional que se han propuesto los autores a lo largo de los diversos artículos del libro.

Caracterización del Dispositivo de Grupos Terapéuticos de Niñxs entre 6 a 12 años expuestxs a alguna situación de violencia, en el marco de la Dirección de Niñez del Municipio de Lanús durante los años 2017 a 2020

LAVAGETTO, Gisela Romina.
Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magister en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Investigadora y docente universitaria.

lavagettogisela@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0009-0006-7051-6151

Presentación de tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad de Lanús

Año de defensa: 2024

Cómo citar: Lavagetto, G.R. (2025). Caracterización del Dispositivo de Grupos Terapéuticos de Niñxs entre 6 a 12 años expuestxs a alguna situación de violencia, en el marco de la Dirección de Niñez del Municipio de Lanús durante los años 2017 a 2020. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (18), 223-229

Palabras clave: dispositivo de grupos terapéuticos de niñxs - violencia - salud mental comunitaria - procesos de exigibilidad de derechos y cuidado.

El presente escrito expone los principales resultados de una Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria defendida en el año 2024. El objetivo general de la misma fue caracterizar el Dispositivo de Grupos Terapéuticos de Niñxs (GTN) entre 6 a 12 años expuestxs a alguna situación de violencia, en el marco de la Dirección de Niñez del Municipio de Lanús durante los años 2017 y 2020. El origen del dispositivo estuvo en relación a la demanda de atención en salud mental de los servicios locales. Estos encontraban obstáculos en la articulación con el sector salud, ya que los abordajes no se encuadraban en la corresponsabilidad e intersectorialidad, presentando los profesionales diversos pre-

juicios que obstaculizaban las estrategias de restitución de derechos.

Estado del arte

Un antecedente significativo de esta investigación es la publicación en 1968 del libro "Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes" de Pavlovsky, donde hace referencia a la eficacia de la terapia de grupo en niñxs remitidos por padres punitivos o algún organismo autoritario, la riqueza del uso de técnicas psicodramáticas para evitar la prevalencia de pasajes al acto, y de la interpretación analitica y el juego, para abordar los conflictos latentes.

Del relevamiento de los abordajes actuales de la problemática de la violencia, se observó que lo hacían desde la promoción entendida como capacitación sobre lo relacional (UNICEF, 2018), se centraban en el individuo, siendo las categorías para la intervención todas intrapsíquicas (Taborda y Toranzo, 2002; Fontao y Riganti, 2008; Slapak et al., 2020) y ninguno hacía un tratamiento específico de la problemática.

Marco teórico

El dispositivo de GTN toma su diseño del campo de la Salud Mental Comunitaria y realiza un abordaje específico de la problemática de la violencia de forma grupal/comunitaria. Entiende a la violencia como una problemática social que tiene su origen en un debilitamiento del lazo social o la ruptura del mismo (De la Aldea, 2009), ante el retiro del Estado en tanto regulador que instala igualdad ante el derecho y el avance de discursos hegemónicos como los del mercado, el consumo y la imagen, que generan desigualdades en la relación social, desencadenando la violencia.

Por otro lado, los GTN buscan la inclusión social y el tratamiento de la problemática, entendiendo a la promoción de la salud como construcción de cuidados colectivos. La salud se conceptualiza desde una visión procesual, y la situación de consulta es entendida como una oportunidad para el cuidado. La relación profesional que busca entablar es horizontal (Ardila y Stolkiner, 2012), en pos de una construcción participativa de cuidados con el usuario en su vida cotidiana. A lxs niñxs se los concibe como sujetos políticos (Magistris y Morales, 2019) participantes en la estrategia de restitución de derechos.

Al respecto del psicoanálisis, el dispositivo toma la intervención analítica, a partir del juego y el diálogo (Bleichmar, 2011). A la violencia se la entiende como desestructurante del aparato psíquico (Janin, 2009), ya

que limita la posibilidad de imaginar y fantasear, rompiendo el lazo y promoviendo el desconocimiento del otro y de sí.

Finalmente, de la teoría de lo grupal se toma al grupo como un escenario constructor potencial de subjetividad (Fernández y Fernández, 1985), reflejo de lo social (Freud, 1930). De la psicología social comunitaria adopta el concepto de poder como aquello que circula entre los participantes (Montero, 2006), al modo del capital simbólico de Bourdieu. La teoría del juego (Winnicott, 1971), la dialógica (Freire, 1970) y la psicodramática (Pavlovsky, 1974) son herramientas que nutren la intervención.

La problemática de investigación y los objetivos

Las preguntas problema que guiaron la investigación fueron: ¿El GTN promueve cuidados en salud mental? ¿Es un dispositivo subjetivante? ¿Resulta significativo para los participantes? Y si lo fuera: ¿de qué maneras? De este modo, el objetivo general fue caracterizar el dispositivo incluyendo las valoraciones de lxs niñxs y cuidadores. En cuanto a los objetivos específicos, se enumeran los siguientes:

Identificar los sentidos que lxs niñxs y cuidadorxs otorgan al dispositivo GTN

Analizar la condición subjetivante del dispositivo GTN desde la perspectiva de lxs niñxs y cuidadorxs, tomando en cuenta las categorías de identificación, sostén de identidad y cuidados en salud mental

Caracterizar la problemática de violencia por la cual se demandó la inclusión al GTN, y los cambios acaecidos respecto al sí mismo de lxs niñxs y en sus relaciones de simetría/asimetría con otras personas.

Diseño y metodología de la investigación

El diseño fue cualitativo, con aportes de la etnografía, ya que se analizaron materiales de la vida cotidiana del grupo. A la vez, se produjo información a partir de entrevistas semi-estructuradas y semi-dirigida a 6 niñas, 6 niños, 8 cuidadoras y 1 cuidador, participantes del período 2017-2020, por un tiempo prolongado (mínimo 5 meses) e incluidos antes del 2019. El plan de análisis de la información fue cualitativo, utilizando la técnica de análisis de contenido (Minayo, 2013).

Conclusiones

Respecto de los sentidos adjudicados por lxs niñxs a los grupos, podemos concluir lo siguiente. En primer lugar, es un espacio social de pertenencia significativo en relación a la participación y lo afectivo; en segundo

término, permiten generar condiciones para construir una zona de juego, donde desplegar sus fantasías y elaborar situaciones traumáticas; y, finalmente, es un espacio de juego cuidado entre niñx/adultx, en igualdad de relación de poder sin desdibujar la asimetría protectora (límite adultx a la violencia y sexualidad).

Por parte de lxs cuidadores, se concluye que el dispositivo de GTN significa un espacio de contención y confianza en relación a la crianza con lxs niñxs y el poder hacer frente a situaciones problemáticas, y que el diálogo allí representa un andamiaje para el encuentro con el otro y consigo mismo. También resulta que el grupo de cuidadorxs facilita el establecimiento de relaciones sociales de cuidado y reconocimiento.

En relación al GTN, en tanto dispositivo subjetivante, pudimos concluir que logra regular la relación social, transformar la problemática de la violencia; promover la nominación a partir de la participación en lo grupal, siendo un territorio dador de identidad; construir un yo flexible, creativo, capaz de transformarse; reconstruir la alteridad y la asimetría simbólica en la relación niñx/adultx; instalar el juego y el diálogo como andamiajes para un encuentro cuidado con otrxs; promover al niñx como sujeto, ordenar su lugar en lo familiar y generacional; poner en valor el protagonismo de lxs participantes en la cura; mediatizar la relación social al otrx a través del amor y el cuidado; transformar el sufrimiento psíquico en posibilidades creativas; romper con la indiferencia y el aislamiento que provoca la violencia; y promover la participación e inclusión social.

En relación a la problemática, concluimos que la violencia para lxs cuidadorxs afecta a todo su mundo relacional, tiene una causa común en el uso abusivo del poder, la desigualdad en la relación, y adopta diversas formas incluyendo a varias generaciones. De parte de lxs niñxs concluimos que para ellxs la problemática eran situaciones de su vida cotidiana donde había violencia explícita e implícita en su aislamiento, el sentimiento de miedo, soledad y tristeza. Es relevante resaltar la caracterización de la problemática que lxs niñxs hacen desde lo que les faltaba (no poder jugar, hablar, tener amigos) porque es un signo de alarma para poder intervenir antes del relato explícito de violencia.

Los cambios acontecidos en lxs participantes fueron integrales, ya que se dieron en diversas áreas del individuo (autonomía, socialización, comunicación, afectiva), relaciones (con sí mismo, pares y adultxs) y ámbitos (familia, escuela, barrio, grupo). Hubo una categoría emergente y recurrente en lxs participantes: la de los sentimientos y, en particular, el amor. El grupo

permitiría poner en acto el amor, el que hace de límite y cuida. Tal como plantea Galende (2015), toda relación social consta de tres rasgos: el amor, la dependencia del otro y el ejercicio del poder. Es al objetalizarse la relación al modo del consumo, que el ejercicio del poder (no mediatizado por el amor) vira al objetivo del dominio del otro (violencia). La recurrencia discursiva de la categoría del amor permitió poner en valor el efecto de la intervención por el investimento afectivo de la transferencia (Hornstein, 1991) y el amor como parte de la cura (Freud, 1937). Nuestra especie se basa en el amor como forma de subsistencia (De La Aldea, 2019). El fundamento mismo del diálogo es el amor, no existe posibilidad de ayuda con el otro si existe una relación de dominación (Freire, 1970).

Se concluye, entonces, que los grupos son un espacio social que permiten, por un lado, relacionarse poniendo en valor el amor y la dependencia del otro como rasgos centrales de la vida en común (Galende, 2015), y por el otro, construir comunidad, amalgamar sin perder la riqueza de las diferencias. Y finalmente, poner en acto los gestos del cuidar, la solidaridad (De La Aldea, 2019).

Respecto a la relevancia del dispositivo, para el campo de la salud mental comunitaria, se concluye que: promueve el ejercicio del derecho a la salud, la transformación y el cuidado de una población socialmente empobrecida; posibilita la transformación de una problemática nacional prevalente como es la violencia, abordando casos de urgencia subjetiva y de violencia instalada; genera acciones que hace la promoción y protección de derechos; y promueve en sus articulaciones un abordaje intersectorial de la violencia.

Por último, se señala la importancia de promover, en la formación académica de los profesionales, la capacitación en salud mental comunitaria y en el sistema de promoción y protección de derechos, en pos de prácticas más integrales.

Referencias

Ardila S. y Stolkiner A. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *VERTEX, Vol. XXIII,* 57 – 67.

De La Aldea, E. (2009). *La violencia, las violencias.* Sangría Editores.

De La Aldea, E. (2019). *Cuidados en tiempos de descuidos.* (1ª ed.). LOM Ediciones.

Fontao, B. y Riganti, C. (2008, 6 de octubre). "Dispositivo grupal". [Conferencia]. Recuperado en: https://www.colpsibhi.org.ar/publicaciones/dispositivo-grupal

Freire, P. (1970). *Pedagogía del Oprimido* (2ª ed.). Siglo XXI Editores.

Freud, S. (1929-1930). El malestar en la cultura. En *Obras Completas* (2da ed. 3ra reimp., Vol. XXI, pp. 57-140). Amorrortu Editores.

Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas* (2da ed. 2da reimp., Vol. XXIII, pp. 211-254). Amorrortu Editores.

Galende, E. (2015). *El conocimiento y prácticas de salud mental.* (1a ed). Lugar Editorial.

Janin, B. (2009). La violencia en la estructuración subjetiva. *Cuestiones de infancia, 13,* 15-33.

Hornstein, L. (1991). Piera Aulagnier: sus cuestiones fundamentales. En Cuerpo, historia, interpretación: PieraAulagnier: de lo originario al proyecto identificatorio (1ra ed., pp. 11-116). Paidós.

Magistris, G. y Morales, S. (2019). Hacia un paradigma otro: niñxs como sujetxspoliticxsco-protagonistas de la transformación social. En *Niñez en movimiento: del adultocentrismo a la emancipación* (1ra ed., pp. 23-52). Ternura Revelde.

Minayo, M. C. S. (2013). *La artesanía de la investigación cualitativa.* Lugar Editorial.

Montero, M. (2006). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad.* Paidós.

Pavlovsky, E. (1974). Las Técnicas Psicodramáticas en grupos de niños y adolescentes. En *Psicoterapia de Grupo en niños y adolescentes.* Biblioteca General, Grupo Editor América Latina.

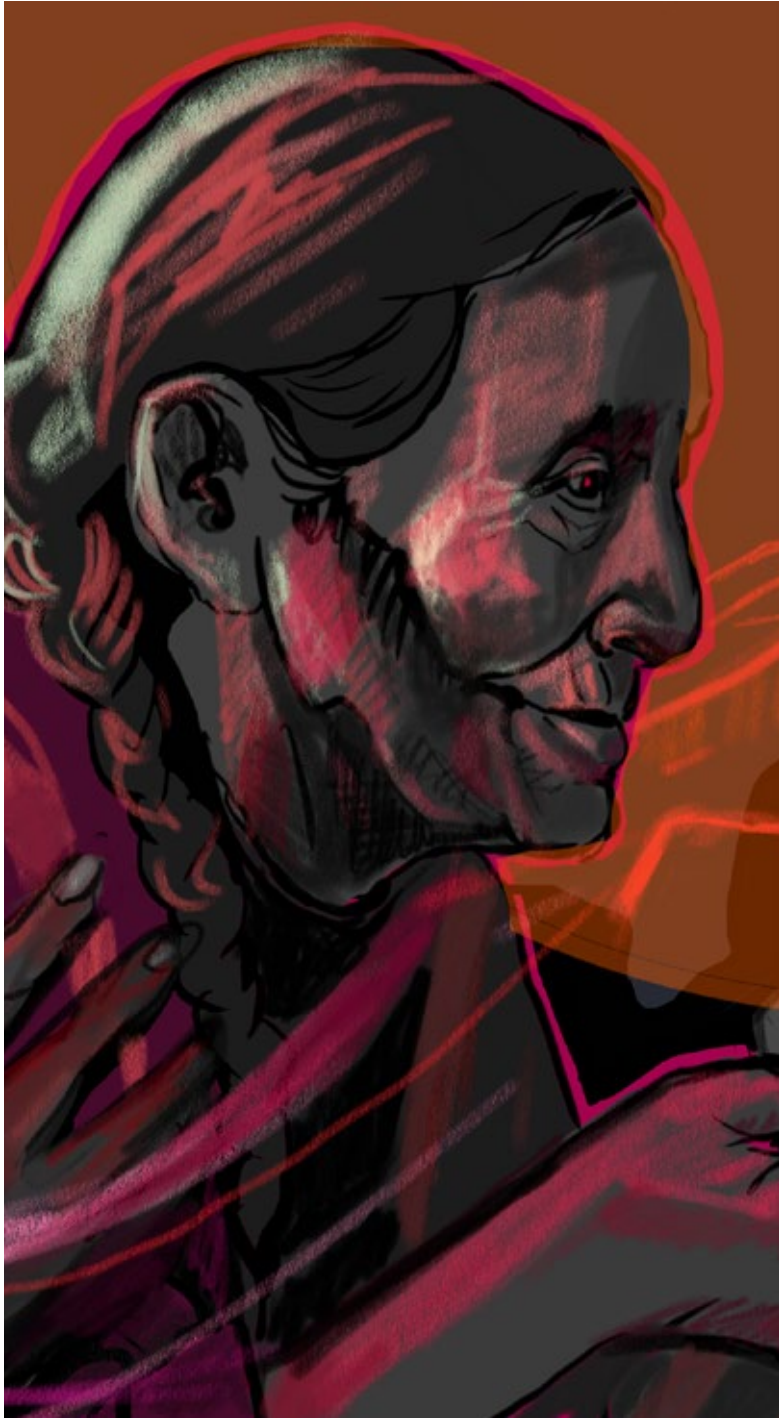
Slapak, S., Cervone, N., Luzzi A. M., Passalacqua A., Menestrina N., Simonotto T., Padawer M., Ramos L., Rodríguez Núñez M. V. y Núñez A. M. (2000). Estrategias asistenciales e investigación sobre conductas violentas en niños entre 6 y 12 años. *Revista de Psicología de la PUCP. Vol. XVIII,* 5-33.

Taborda, A. y Toranzo, E. (2002). Del diagnóstico individual al tratamiento grupal de grupos paralelos de hijos y de padres.*Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia*

del niño y del adolescente, 33-34, p. 219-238.

UNICEF. (2018). Programa Crianza Sin Violencia. Recuperado en:https://www.unicef.org/argentina/crianza-sin-violencia

Winnicott, D.W. (1971). *Realidad y Juego.* Editorial Gedisa.



La cámara enfoca donde se desorganiza la vida; narrativas juveniles matanceras en disputa

ELSESSER, Martín Daniel.
Magister en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Operador Psicosocial (IDEPER). Coordinador Práctica de Cine Comunitario y Productora "Bardo del Bueno" (Subsecretaría Salud Mental de la prov. de Bs. As.). Docente posgrado (UNLa, UNSAM). Integrante del colectivo Cine en Movimiento.

Contacto: martindelsesser@gmail.com; martinelsesser@hotmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0001-9044-5112

Presentación de Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria

Año de defensa: 2023

Palabras clave: cine comunitario – juventudes – abordajes psicosociales – salud mental comunitaria

Existe una falta de acceso al sistema de salud por parte de los jóvenes y adolescentes.
Esto no se produce solo por falta de información sino porque sus dinámicas son excluyentes.
No nos tratan como personas, no nos tienen paciencia, nos sentimos estigmatizados y discriminados por ser una determinada localidad,
por ser menores de edad, por concurrir sin DNI, por pertenecer a comunidades extranjeras,
se nos limita el acceso a los servicios de emergencia, lugares en donde las ambulancias no ingresan por ser considerados peligrosos.

Texto del Parlamento Juvenil de La Matanza
1 de noviembre de 2019[1]

Cómo citar: Elsesser, M. D. (2025). La cámara enfoca donde se desorganiza la vida; narrativas juveniles matanceras en disputa. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (18), 230-240

Hacer cine comunitario es mostrar la parte que no se muestra.

Joven entrevistado en la tesis

El presente trabajo expone los principales resultados elaborados en una Tesis de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad de Lanús defendida en diciembre 2023. El estudio señala el "estar-siendo" como una práctica que tuvo su inicios en el año 2012 y continúa en la actualidad desarrollándose como una estrategia de abordaje en salud mental y consumo problemático. Esta política pública es llevada adelante por la Subsecretaría de Salud Mental y Consumo Problemático de la provincia de Buenos Aires y las Secretarías de Desarrollo Social y de Salud del municipio de La Matanza (Argentina)

La investigación hizo foco en estudiar las potencialidades del cine comunitario en prácticas de promoción y prevención del campo de la salud mental comunitaria en Atención Primaria de Salud (APS) Integral. El objetivo general fue describir y analizar las prácticas de cine comunitario implementadas por profesionales de la Red de Servicios Integrados de Salud Mental y Adicciones Municipal y Provincial del partido de La Matanza (LA RED), en el período 2012-2018.

Se buscó aportar a la generación de conocimiento relevante para la implementación de políticas o programas que incluyan la comunicación audiovisual comunitaria como componente fundamental en la APS integral con enfoque en salud/salud mental, en la dirección que lo plantea la Declaración de Lima (OPS, 2009). Asimismo, se tuvo la intención de poner en valor los discursos de los/as jóvenes y los/as profesionales tomando como eje de análisis los procesos creativos colectivos como formas de restituir la palabra, la dignidad y los derechos ciudadanos y humanos en general (Galende, 2015), en contraposición con el discurso médico hegemónico.

Hipótesis de trabajo

Se elaboraron tres hipótesis. En primer lugar, el cine comunitario se instala como una estrategia de intervención que promueve procesos de subjetivación para la generación de proyectos de vida. En segundo, por medio de los procesos creativos colectivos, los/as jóvenes y los/as profesionales logran desnaturalizar sus problemáticas y construyen una mirada crítica de estas. Se asumen como protagonistas del cambio (Pichon-Rivière, 1987) para sí y para otros/as, y producen cambios significativos en sus trayectorias de vida al modificar positivamente los vínculos con pares, familia, el entorno y sus prácticas. Finalmente, los cortos cinematográ-

ficos aparecen como narrativas colectivas que aportan insumos para repensar las miradas en relación con los saberes y las prácticas de salud/salud mental dentro de la APS integral.

Planteo del problema

Los/as profesionales entrevistados/as plantearon que las problemáticas de los/as jóvenes que asistieron a los talleres de cine comunitario daban cuenta de temas referidos a autolesiones, intentos de suicidio, consumo problemático de sustancias psicoactivas, VIH, conflictos con la ley penal juvenil, falta de escolaridad, noviazgos violentos, problemas en el ámbito familiar, bullying escolar y abuso policial, entre otras.

Los discursos de los/as profesionales planteaban la importancia de pensar otros abordajes:

> (…) estábamos un poco saturadas con el trabajo, medio detonadas y nos parecía que era un oxígeno para nosotras y para el grupo. La verdad estábamos muy movilizadas, era una temática muy fuerte, estábamos todo el tiempo trabajando con la muerte, con adolescentes y padres en esa situación… (psicóloga entrevistada)

> (…) salir del modelo de psicopatologización (…) generar un espacio de referencia vinculado a la salud. (psicólogo entrevistado)

Analizar el contexto actual de intervención implica entender que el escenario social es cada vez más complejo y difícil de descifrar desde una mirada única. La sociedad se presenta con una fuerte fragmentación, considerando el impacto de las políticas neoliberales en las personas, las familias y las comunidades. La sensación imperante es la de estar separados del "todo" social, de pérdida de la totalidad, donde el mundo permanece dividido, escindido y carente de sentido (Carballeda, 2008).

Por otro lado, se reconoce que la implementación de una APS Integral convive con un avance de la biomedicina, cuyas características principales son la hegemonización del discurso médico centrado en lo biológico, la ahistoricidad, el aculturalismo, el individualismo, la eficacia pragmática y la orientación curativa (Stolkiner, Bang y Corin, 2016). En este sentido, Emiliano Galende (1997) afirmó hace tiempo que resulta imprescindible la participación activa de la comunidad en prácticas y políticas de salud que afectan a los primeros niveles de atención y, específicamente, en lo referente a prevención en salud mental.

La cámara que despatologiza

Durante el año 2012 se realizó un espacio de taller de cine comunitario en el barrio José Obrero de la localidad de Laferrere (Buenos Aires, Argentina). Se conformó un equipo interdisciplinario e intersectorial territorial integrado por el Centro de Atención de las Adicciones (CPA), el Programa Envión-Podés, la Sala de salud del barrio y la Asociación Civil El Kiosco. El grupo, conformado por jóvenes que cargaban con la mochila de estigmatización del barrio -eran los adictos, los chorros-, proponía ideas para la construcción del guión. En un momento, uno de los jóvenes dice: "parece que hay que salir de caño (robar) para que los vecinos te abracen". Así fue como surgió el cortometraje *La intención de transmitir*, donde un grupo de jóvenes planifica salir a robar "abrazos" por el barrio. A partir de la presentación del film, en instituciones del barrio se generó una movilización que impulsó la organización de actividades culturales y deportivas para los jóvenes, y que, de esta manera, fueran al encuentro de esos abrazos que necesitaban.

Organización del escrito

La investigación contiene una organización creativa que acompaña el tránsito por el proceso de la práctica de cine comunitario. Se presenta cada capítulo como Escenas y los subtítulos como Planos, adoptando el lenguaje cinematográfico. También se incorpora en cada inicio de las Escenas la visualización de los cortometrajes con el objetivo de reforzar cada momento de la investigación con producciones realizadas por los/as jóvenes.

Las escenas están vinculadas entre sí por una narrativa que va construyendo un relato colectivo que permite comprender cómo se fue tejiendo a través de la pedagogía de la ternura y las dignidades, un aprehender nuevo, sostenido por la vinculación entre personas e instituciones.

Diseño metodológico

El estudio se enmarcó en la propuesta de investigación social en salud (Souza Minayo, 2013), cuyo objetivo es estudiar el fenómeno de salud/enfermedad y sus representaciones por medio de los diferentes actores que interactúan en el campo. Se trata de una estrategia de enfoque epistémicamente cualitativo en términos de la relación sujeto-objeto de conocimiento y teoría-contrastación empírica (Valles, 2000).

Asimismo, es un estudio de caso de tipo exploratorio-descriptivo, con una metodología cualitativa para

el relevamiento y análisis de la información, trabajado con ejes conceptuales de las intervenciones psicosociales ligados estratégicamente con el arte como una posible herramienta para la transformación social desde una perspectiva de cuidado en salud/salud mental. Tienen protagonismo las voces y las miradas de los/as jóvenes y profesionales que tuvieron un rol activo en el desarrollo de los talleres de cine comunitario.

Las fuentes primarias fueron entrevistas semiestructuradas (Bardin, 1979; Souza Minayo, 2013; Orlandi, 1987) a 4 jóvenes y 7 profesionales que participaron de la PCC, y también, técnica de Grupo Focal combinada con la técnica de entrevistas proyectivas (Souza Minayo, 2017) para el análisis de los cortometrajes integrado por Alberto Sava, Jorgelina Di Iorio, Laura Lago y Ramiro García. Como fuentes secundarias se contó con las 8 producciones audiovisuales generadas por los/as jóvenes. También se contó con registros propios de observación participante.

El trabajo de campo se realizó durante el período de la pandemia del Covid-19. En este contexto resultó compleja la implementación de manera presencial de las entrevistas porque se declaró la emergencia sanitaria y la respectiva disposición del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), por lo cual se utilizó la plataforma virtual *Zoom* o videollamada. La instancia de entrevistas se llevó a cabo entre los meses de agosto de 2020 y junio de 2021.

Principales referencias conceptuales o teóricas

Para la investigación se construyó una trama conceptual a partir de desplegar un conjunto de conceptos, saberes y prácticas latinoamericanos desde un posicionamiento situado en nuestros territorios, a sabiendas de que los/as autores/as elegidos/as incorporan en sus desarrollos autores/as de otros continentes. Para ello nos dimos una organización interna con la siguiente estructura: a) Prevención y promoción en salud mental comunitaria; b) Intervenciones psicosociales promotoras de salud/salud mental; c) Desde un cine comunitario situado, y; d) las Juventudes.

El estudio fue encuadrado en la línea de trabajo que rescata la dimensión sociohistórica de los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidados (Almeida Filho y Paim, 1999; Menéndez, 2009) y subraya el enfoque de derechos en el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Dicha dimensión se observa en los principios de la Declaración de Alma-Ata sobre el abordaje integral en la APS, la cual recupera la concepción de la salud como derecho humano esencial, la acción inter-

sectorial como elemento clave para la universalidad e integralidad del cuidado de la salud y la participación de la comunidad como actor central. En tal sentido lo expresa Emiliano Galende (1997), quien considera imprescindible la participación activa de la comunidad en prácticas y políticas de salud que afectan a los primeros niveles de atención y, específicamente, en lo referente a la prevención en salud mental. Se procuró registrar el proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, poniendo el "ojo de la cámara" en la idea de restituir silenciosamente la fórmula del estar-siendo y ganar en salud (Kusch, 2008).

Por consiguiente, nos propusimos una trama conceptual construida por nociones que provienen del campo de la salud mental comunitaria (E. Galende, A. Stolkiner, C. Bang, A. Barcala, L. Luciani Conde, C. Wajnerman, A. Carballeda, otros), de la comunicación audiovisual comunitaria (A. García, R. Kusch, A. Colombres, S. Cusicanqui, C. Wainsztock, S. Benavente, N. Nasep, otros) y de la psicología social comprendida en las intervenciones psicosociales (E.P. Rivière, A. Quiroga, F. Fabris, H. Kesselman, P. Freire, A. Sava y otros). Se buscó de manera rigurosa hacer dialogar distintas concepciones teóricas para investigar el proceso de creación colectiva a través de un abordaje comunitario, como promotor del protagonismo y de la promoción de derecho de las juventudes matanceras.

Resultados

En la investigación presentamos los hallazgos en cuatro Planos.

Plano 1: Práctica de cine comunitario matancera

La PCC se instaló como un dispositivo de abordaje comunitario en salud mental y consumo problemático que respondió a los objetivos propuestos, tanto por la Subsecretaría de salud mental y consumo problemático de la provincia de Buenos Aires, así también a LA RED en el municipio de La Matanza.

Se generó un dispositivo en salud desde una perspectiva integral, que instaló espacios de referencia para los jóvenes de restitución de la palabra, apuntalando la dignidad de las personas con padecimiento y promoviendo derechos dentro de las instituciones de salud del partido.

El dispositivo logró instalarse como agenda de política pública en el municipio de La Matanza, debido a la movilización de jóvenes y profesionales que participaron, como también las producciones cinematográfi-

cas realizadas y la cantidad de localidades del territorio donde se llevó a cabo. Tal impacto fue el impulso de una iniciativa novedosa que tuvo que ver con el hecho fundante de crear en 2021 la Productora Audiovisual Juvenil Matancera en Salud "Bardo del bueno". También fue actor clave en el armado de la Red de Arte y Salud Matancera "La Cordonada" en 2022.

Plano 2: La cámara que despatologiza

La herramienta audiovisual utilizada, desde un encuadre del cine comunitario, contiene potencialidades promotoras de la salud que aportan a los procesos de atención y cuidado de salud mental en APS integral. En esta dirección, Laura Lago, integrante del Grupo Focal, sostiene que "ellos lograron trabajar corporalmente, cómo cada uno de sus cuerpos estaba atravesado por las preguntas (…) en estas cuestiones de los derechos y del desajuste que hay de los derechos y la posibilidad de ejercerlos".

Plano 3: Prácticas subjetivantes, contraplano de las soledades

Se evidenciaron cambios en las distintas trayectorias de los/as jóvenes y profesionales que participaron de la PCC. Así lo expresan los/as jóvenes en las entrevistas:

"Aprendí a ser más compañero, a ser más sociable, a usar la cámara, a respetar la opinión de los demás (…), aprendí a hacer muchas cosas en el taller de cine".

"Aprendí el juego de cámaras, a usar la claqueta y esas cosas; y que no era yo sola, sino que había un grupo".

Plano 4: Usinas narrativas que alfabetizan las miradas, implicancias en los procesos de SMC

En los procesos de creación colectiva, las producciones audiovisuales se constituyeron en insumos para el campo de la SMC. Así lo expresa Jorgelina Di Iorio, integrante del Grupo Focal:

> "(…) pero pasan otras cosas en los barrios, que tienen que ver con la alegría, el encuentro, el disfrute, el placer, se puede inferir que rescatan la posibilidad del encuentro con otros, pero prevalece un relato de sufrimiento, de mostrar lo que padecen, lo que sufren, obviamente que entiendo que es la intencionalidad de transformar ese sufrimiento en algo de poder ser dicho, (…) creo que hay una intención de no exotización de la vida cotidiana porque hay mucho cine que muestra lo barrial, lo territorial, o la identidad del conurbano y la exotiza, (…) entonces en ese sentido hay una intencionalidad de no patologización".

Conclusiones y reflexiones

Entendemos que la PCC cooperó con instrumentos desde el arte para nutrir la necesidad de conformar una red de APS de la salud mental en la Argentina. La PCC aportó una forma distinta de transitar y elaborar los padecimientos desde una mirada situada, soberana, política y humanizada, desde las ternuras: contribuyó a la generación de sentido a las personas para vivir en una sociedad que promueva sus capacidades y su libertad. Esta forma promovió cambios en las trayectorias singulares, grupales, institucionales, barriales. Instaló una praxis territorial posible con abordaje en el campo de la SMC desde un enfoque interdisciplinario e intersectorial. A su vez, dejó asentado un antecedente para pensar la PCC como posible política y/o programa estatal a nivel provincial y/o nacional que pudiera trascender las fronteras matanceras.

Para finalizar, diremos que nos resulta relevante incorporar a la PCC como una estrategia para el campo de la Salud Mental Comunitaria, por considerar que promueve una mirada crítica, decolonial y transformadora, desde una práctica concreta, que impulsa al ejercicio de la soberanía de voces y miradas en la producción de conocimiento de los padecimientos. De igual modo, vemos la necesidad de multiplicar la experiencia de la PCC en diferentes territorios para fortalecer los procesos comunitarios de la salud mental con el objetivo de aportar al proceso de transformación que se viene gestando en la Argentina y en Latinoamérica.

Referencias

Almeida-Filho, N. y Paim, J.S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico-Sociales,* (75), 5-30.

Bang, C., Stolkiner, A. y Corín, M. (2016). Cuando la alegría entra al centro de salud: una experiencia de promoción de salud en Buenos Aires, Argentina. *Interface. Comunicação Saúde Educação, 20*(57), 463-473.

Bardin, L. (1979). *Analise de conteúdo.* Edições 70.

Carballeda, J.M.A. (2008). Drogadicción, problemáticas sociales complejas y políticas públicas: una mirada desde la intervención en lo social. *Margen: Revista de Trabajo Social.* Disponible en www.margen.org.

Galende, E. (1997). Situación actual de la salud mental en Argentina. R*evista Salud Problemas y Debates,* (17).

Galende, E. (2015). *El conocimiento y prácticas de salud mental.* Lugar Editorial.

Kusch, R. (2008). *La negación en el pensamiento popular.* Editorial Las cuarenta.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva.* Lugar Editorial.

Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Declaración de Lima sobre arte, salud y desarrollo.* Primer Foro Internacional: Arte, Puente para la Salud y el Desarrollo. Perú, 17 al 20 de Agosto, 2009.

Organización Mundial de la Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata,* URSS. Extraído en marzo de 2012 de www.paho.org/spanish/dd/alma-ata declaracion.htm

Orlandi, E.P. (1987). *A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso.* Pontes.

Pichon-Rivière, E. (1987). *El proceso creador: el psicoanálisis a la psicología social (III).* Ediciones Nueva Visión.

Souza Minayo, M.C. (Org.). (2017). *Investigación social: teoría, método y creatividad.* (2.a ed.). Lugar Editorial.

Souza Minayo, M.C. (2013). *La artesanía de la investigación cualitativa.* Lugar Editorial.

Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social.* Síntesis.

Canal YouTube para ver las producciones:
www.youtube.com/@bardodelbueno.productora

Foto 1. Jornada de filmación cortometraje “Depende”, 2017.

Fuente: Área de Comunicación Práctica de Cine Comunitario de La Matanza (2017)

Foto 2. Jornada de filmación cortometraje “¿Indiferentes?”, 2018.

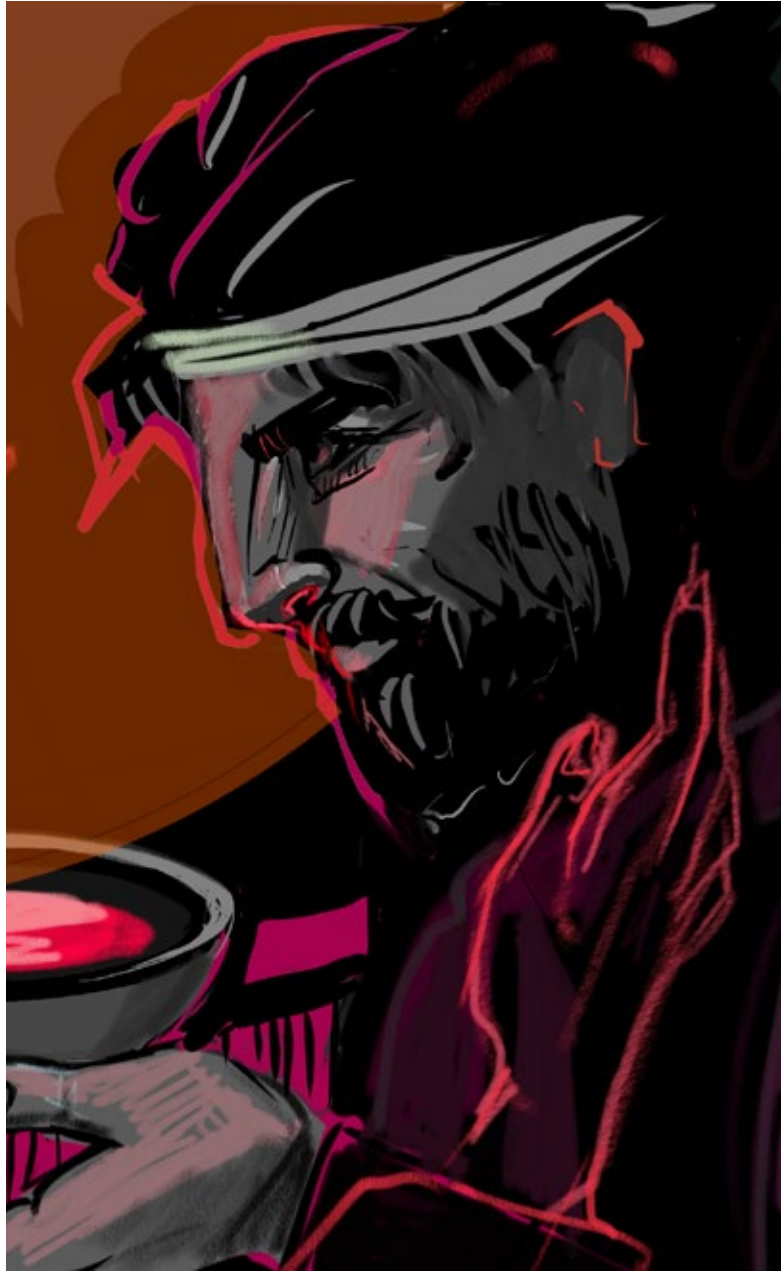
Fuente: Área de Comunicación Práctica de Cine Comunitario de La Matanza (2018)

Foto 3. Flyer cortometraje "Historias cruzadas", 2016

Fuente: Área de Comunicación Práctica de Cine Comunitario de La Matanza (2016)

Notas

1. Recuperado https://desarrollolamatanza.gob.ar/web/primer-congreso-juvenil-de-ciudadania/



Instagram: @inti_oeste
Correo: intimurales@gmail.com
Título: "Las mujeres indias y la ética del cuidado en el Martin Fierro"
Tamaño: 2.40 x 7 metros
Técnica: Pintura digital
Nombre: Inti Paula Escobar

Diseño de publicación
Dirección de Diseño y Comunicación Visual | UNLa
Edición de este número - Germán Falke
Correspondencia
saludmentalycomunidad@unla.edu.ar