

REVISTA

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Universidad Nacional de Lanús

Año 12 N° 19
Diciembre 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° 19
Diciembre 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
Comité Internacional del Lisbon Institut of Mental Health (Portugal)

Paulo Amarante
Fundación Oswaldo Cruz (Brasil)

Ana Cecilia Ausgburger
Universidad Nacional de Rosario

Eugenia Bianchi
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Daniel Fränkel
Universidad Nacional de Lanús

Jorgelina Di Iorio
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Rubén Efron
Universidad Nacional de Lanús

Marcela Inés Freytes Frey
Universidad del Chubut

María Graciela Iglesias

Universidad Nacional de Mar del Plata
Celia Iriart
University of New Mexico (Estados Unidos)
Alfredo Joge Kraut
Corte Suprema de Justicia de la Nación
Emerson Elías Merhy
Universidad Federal de Río de Janeiro (Brasil)
Carla Micele
Universidad Nacional de Lanús
Mariela Nabergoi
Universidad de Buenos Aires
Gustavo Palmieri
Universidad Nacional de Lanús
María Pía Pawlowicz
Universidad de Buenos Aires
Ana Pitta
Universidad de Sao Paulo (Brasil)
Mario Rovere
Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires
Daniel Alejandro Russo
Universidad Nacional de Lanús
Alicia Stolkner
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
Francisco Torres González
Universidad de Granada (España)
Flavia Torricelli
Universidad de Buenos Aires

Graciela Touzé
Intercambios Asociación Civil
Miriam Ruth Wlosko Edelman
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Roxana Cecilia Ynoub
Universidad de Buenos Aires
Graciela Zaldúa
Universidad de Buenos Aires
Tamara Daniela Ferrero
Universidad Nacional de Lanús
Juan Pablo Issel
Universidad Nacional de Mar del Plata
Soraya Giraldez
Universidad de Buenos Aires
Ana Arias
Universidad de Buenos Aires
Rosana Teresa Onocko-Campos
Universidade Estadual de Campinas (Brasil)
María Cristina Chardón
Universidad Nacional de Quilmes
Soledad Cottone
Universidad Nacional de Rosario
Silvia Martin
Universidad Nacional de Tucumán
Jacinta Burijovich
Universidad Nacional de Córdoba

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

10 EDITORIAL

Posgrados de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, la impronta de Emiliano Galende....

Alejandro Wilner, Cecilia Ros y Alejandra Barcala

ARTÍCULOS

14 Propuesta para la construcción de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental a nivel ambulatorio en Argentina: avances de una experiencia inicial

Celeste Lorenzini, Marcelo Cordoba, Sandra Gerlero, Ana Cecilia

Augsburger, Ana Carolina Interlandi y María Jimena Marro

33 Más allá del cierre: reforma psiquiátrica, comunidad y derechos en América Latina. Un análisis comparativo entre Uruguay y Brasil

Paulo Amarante y Andrés Techera

60 “Y... la libertad, qué sé yo...” Análisis hermenéutico, desde la perspectiva de usuarios de salud mental que habitan Casas de Convivencia en la provincia de Santa Fe, Argentina

Mariana Chidichimo y Alberto Velzi-Díaz

83 Salud Mental en las Fronteras: Archivos y Testimonios del Hospital Carrillo en Misiones

Leandro Emmanuel Gómez, Franco Ciganda, Luciana Yael Parayba, Melany Medina Litter, Yenhy Karina Zabel, Eloana Da Silva, Walter Alejandro Journet, Oriana Melany Gorosito, Lucas David Suarez y Rodrigo Sebastián Obregón

105 A más de diez años de la sanción de la Ley de Identidad de Género: obstáculos y facilitadores en la accesibilidad al Servicio de Salud Mental del Hospital Regional identificados por mujeres trans de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba

Santiago Nicolas Cervella

129 Intersecciones emergentes: Trabajo social, crisis subjetivas y riesgo en salud mental en la guardia hospitalaria

Martín Bruni

155 De redes e hilos: memoria y representantes de la lucha antimanicomial en América Latina

Aisllan Assis

RELATOS DE EXPERIENCIAS

178 Alojamiento y producción de subjetividad. Reflexiones sobre las prácticas en un dispositivo de salud mental y consumos problemáticos en la ciudad de Rosario

Mariano Gil y Carla Guirado

190 Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental en Córdoba. Apuntes históricos para nuestro presente

Amancio Sanchez y Enzo Giraudo

203 Colectivizar lo familiar, tratamientos grupales con familias en una institución de Salud Mental

Julieta Zucchelli, Malena Kiss y Agustina Schiavi

214 Características epocales: malestares subjetivos de la población infanto-juvenil en tiempos de inmediatez y rendimiento

Sofía Ortega

227 Salud Mental y Literatura: la Biblioteca Pública Infanto Juvenil como un dispositivo comunitario para la promoción de la salud mental

Ana Maria Jaramillo Velasquez

DEBATES Y PERSPECTIVAS

- 239 Balance público del cumplimiento del Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027**

Julieta Calmels

- 255 La salud mental en Argentina en una encrucijada: retroceso y resistencia**

Alejandra Barcala

- 261 Defender la vida en común: Aportes de Emiliano Galende al posicionamiento del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones**

María Marcela Bottinelli, María Cecilia Bustamante, Viviana Demaría, Verónica Laplace, Tatiana Moreno, Marcela Noriega, Silvia Quevedo y Guadalupe Yuliana

- 268 Emiliano Galende y la salud mental comunitaria**

Victor Aparicio Basauri

- 273 Una conversación que continúa**

Silvia Ines Grande e Iris Delia Valles

RESEÑA DE LIBRO

- 281 Reseña del libro “Epistemología y complejidad en Salud Mental Comunitaria” de Emiliano Galende, publicado en EDUNLA Editorial**

Alejandra Barcala y Tomas Pal

RESEÑA DE TESIS

- 284 Un estudio etnográfico en torno a las representaciones sobre la sexualidad y prácticas de cuidado en salud sexual y (no) reproductiva de personas en situación de calle en contextos urbanos.**

Maria Belén Devoto



Emiliano Galende

Posgrados de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, la impronta de Emiliano Galende....

Alejandro Wilner, Cecilia Ros y Alejandra Barcala

En la primera editorial de esta revista, en 2011, Emiliano Galende formulaba los motivos y propósitos que perseguían los espacios de formación de nuestros posgrados:

El éxito de esta política en salud mental [refiere a Ley Nacional de Salud Mental 26.657] depende en gran parte de que logremos profesionales compenetrados con los principios de la atención comunitaria y la gestión con participación de los usuarios, las familias y organizaciones de la comunidad en los procesos de atención. De nada serviría contar con nuevos servicios comunitarios si no lográramos modificar las prácticas de atención, ya que el objetivo último de la reforma de la atención es construir una nueva relación entre pacientes y profesionales, alejada de los valores en el ejercicio del poder del médico especialista. Las nuevas prácticas deben estar basadas en la participación, la preservación de los derechos humanos y el respeto de la dignidad de las personas bajo tratamiento. (Galende, 2011, p.11)

La perspectiva antimanicomial y fundamentada en la Salud Mental Comunitaria, donde se prioriza al ámbito territorial como escenario de la determinación social del padecimiento así como de la producción de cuidados situados que promuevan el fortalecimiento del lazo social como respuesta al sufrimiento, es la marca original que Emiliano definió para los posgrados y para el Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la Universidad Nacional de Lanús. Esta impronta, necesariamente se expresa desde la interdisciplina y el equipo intersectorial como sujeto de la acción, en el ámbito de la atención primaria de la salud, con fuerte participación de los actores de la Sociedad Civil y con el involucramiento de las usuarias y los usuarios, como protagonistas del proceso de cuidado.

La historia que se desarrolla en la Universidad Nacional de Lanús es rica y forma parte del proceso de transformación del modelo de atención y de gestión en salud mental en nuestro país y en la región. Ya desde 1996, con la implementación de la Maestría en Salud Mental Comunitaria, se inicia un proceso de discusión y producción respecto de la temática y su vinculación con la promoción de los derechos humanos de usuarias y usuarios. Emiliano dirigió un equipo integrado por Alicia Stolkiner, Mario Testa, Raquel Castronuovo, Mirta Clara, Elena de la Aldea, Rubén Efrón y Valentín

Barenblit –entre otros– que promovió la formación de estudiantes de todo el país y de los países vecinos y que problematizó los modos en que se pensó la salud mental a partir de los procesos de reforma que se dieron tanto en nuestro país – y que fueron interrumpidos por la dictadura cívico militar – como a nivel internacional.

Sin embargo, el proceso continuó con la implementación del Doctorado Internacional en Salud Mental Comunitaria, en el año 2004 –apenas tiempo después de la gran crisis que conmovió a la Argentina–. El Doctorado fue concebido en el marco de la internacionalización a partir de una asociación virtuosa entre Europa y América del Sur, ya que, a partir de la gestión de Emiliano junto con la Dra. Ana Jaramillo y Valentín Barenblit, este posgrado contó con el apoyo de la Comunidad Europea a través de un Proyecto Alfa, lo que permitió que participaran docentes de las principales universidades de nuestra región y del viejo continente a la vez que las y los estudiantes de nuestro país así como de diferentes países de América pudieran ser formados y formados para fortalecer procesos de reforma situados en los diferentes ámbitos de sus prácticas.

Luego, una vez más, pensando en apoyar procesos de reforma, Emiliano promovió la Especialización en Salud Mental Comunitaria, en una primera instancia

(2007) apoyando un plan estratégico en salud mental en la Provincia de La Pampa, y luego (2009) en el marco de una transformación del modelo de atención en el Municipio de Lanús. Así, los tres posgrados abordaron y abordan la problemática de las prácticas a través de su problematización, la reflexión situada y el intercambio de las experiencias que desarrollan sus estudiantes para la promoción de la reforma y la sustitución del modelo asilar por el de la salud mental comunitaria.

Es en este contexto que resulta claro que las y los estudiantes son protagonistas de los procesos de debate sobre los modelos de atención y de gestión en salud mental. Muchas y muchos de ellas y ellos ocupan espacios relevantes para la gestión de los sistemas y servicios de salud mental, otras y otros encarnan procesos de reflexión e investigación en el campo, algunas y algunos en el marco de intervenciones comunitarias que promueven los derechos de las personas usuarias, pero todas y todos con un marco que prioriza el abordaje situado del padecimiento psíquico desde el fortalecimiento del lazo social, la intersectorialidad, la interdisciplina y la integralidad de los procesos de cuidado, tal como Emiliano propone en sus diferentes textos.

En ese sentido, Galende lo planteaba claramente, definiendo el sufrimiento humano como complejo y

aclaraba que es imposible que un modelo como el asilar pueda dar cuenta de esa complejidad:

El principio de una comprensión interdisciplinaria de la problemática de lo mental no se agota en la formación de los equipos de atención y sus prácticas, la apertura a la complejidad de lo humano implicado en el trastorno mental requiere de un enfoque amplio de todas aquellas disciplinas implicadas en la comprensión del espíritu humano y la vida en común, el debate y la crítica son esenciales en este proceso que entendemos como de transición. Superar el modelo asilar, con todas sus implicancias prácticas en la vida de las personas que han pasado y pasan por sus tratamientos, consiste en recuperar la dimensión de lo humano, es decir, no solo intentar comprender la mente sino a la vez el misterio de la vida en común. (Galende, 2011, p. 12)

Asimismo, la dimensión de Emiliano no sólo se traduce en términos de producción académica sino también de gestión política: su impronta sobre la Ley Nacional de Salud Mental (26.657/2010), sus escritos que ponen de relieve la importancia fundamental de la política pública en el proceso de reforma y, obviamente, la formación de trabajadoras y trabajadores del campo como así también de gestoras y gestores lo acreditan.

En el ámbito de nuestra Universidad esto se corporiza primariamente en el Área de Salud Mental (2006) y, posteriormente en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” (2013).

Emiliano fue quien “bautizó” el Centro con el nombre de Mauricio, y lo hizo con un sentido compromiso con una iniciativa de reforma que tuvo su localización muy cerca de la UNLa, en el Policlínico de Lanús (actualmente “Eva Perón”) y que fue una experiencia fundamental en la Argentina y en la Región, donde desde un hospital general se podía promover un modelo comunitario de abordaje del padecimiento psicosocial, que proponía trabajar en los barrios como el espacio de la determinación del sufrimiento con una impronta política y de organización social por la que fue duramente perseguida y castigada con desapariciones y exilios por parte de la dictadura cívico militar.

El Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” es la sede de los diferentes proyectos de investigación y de cooperación que se realizan, desde el campo de la salud mental, en la UNLa. Así se producen intervenciones en diferentes espacios apoyando transformaciones de los modelos de atención y de gestión, y se investiga sobre ellos para contribuir a la producción de conocimientos que nos permitan problematizar mo-

dos en que se avanza en el proceso de reforma a partir de la producción de política pública, dispositivos específicos, movimientos de usuarios y familiares, etc.

También en el Centro radica nuestra Revista *Salud Mental y Comunidad*, espacio que Emiliano dirigió desde su creación y cuyos editoriales nos permitieron reflexionar sobre diferentes problemas, situaciones, conceptos y momentos del campo de la salud mental y de las discusiones sociales sobre la temática y la construcción de ciudadanía.

Emiliano condujo el Comité Editorial y delineó la revista en sus diferentes dimensiones, así siempre fue un vehículo de expresión y difusión de investigaciones y producciones académicas pero también de experiencias que se desarrollan en diferentes ámbitos territoriales de nuestro país y de la región, donde trabajadoras y trabajadores sistematizan sus prácticas y las hacen públicas. Por otro lado, también nuestra revista promueve –a través de la sección “Debates”– el abordaje de problemáticas actuales que atraviesan al campo de la salud mental, pero no sólo a este ámbito sino también a la construcción social del diario vivir, a los modos en que interactuamos socialmente y a las condiciones que determinan, en última instancia, el proceso salud–enfermedad–atención–cuidado. Por último, también la

revista es un órgano para la difusión de los trabajos finales y las tesis de las y los estudiantes de nuestros posgrados así como de las publicaciones y los eventos que se desarrollan en nuestra universidad y en los grupos que trabajan en el ámbito de la salud mental comunitaria.

Propuesta para la construcción de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental a nivel ambulatorio en Argentina: avances de una experiencia inicial

LORENZINI, Celeste.

Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara". Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán" Malbrán (ANLIS-Malbrán).

Contacto: clorenzini@anlis.gob.ar

ORCID: 0009-0006-3804-940X

CORDOBA, Marcelo.

Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán" Malbrán (ANLIS-Malbrán).

Contacto: marcelodcordoba@gmail.com

ORCID: 0000-0002-0879-0014

GERLERO, Sandra.

Instituto de la Salud "Juan Lazarte". Universidad Nacional de Rosario (UNR)

Contacto: sandragerlero@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0593-6070

AUGSBURGER, Ana Cecilia.

Instituto de la Salud "Juan Lazarte". Universidad Nacional de Rosario (UNR)

Contacto: augsburgera@yahoo.com.ar

ORCID: 0000-0002-1461-4391

INTERLANDI, Ana Carolina.

Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación

Contacto: carolina.interlandi@gmail.com

ORCID: 0000-0003-1886-5339

MARRO, María Jimena.

Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán" Malbrán (ANLIS-Malbrán)

Contacto: mjmarro@anlis.gob.ar

ORCID: 0000-0002-9483-2304

Recibido: 22/05/2025 - **Aceptado:** 06/10/2025

Cómo citar: Lorenzini, C., Córdoba, M., Gerlero, S., Augsburger, A.C., Interlandi, A.C. y Marro, M.J. (2025). Propuesta para la construcción de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental a nivel ambulatorio en Argentina: avances de una experiencia inicial. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 14-32

Resumen

A pesar del reconocimiento mundial de la importancia de la producción epidemiológica en salud mental, Argentina continúa enfrentando desafíos para generar información sistemática orientada a la toma de decisiones que permitan la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Este artículo profundiza en la intrincada relación entre epidemiología y salud mental, destacando las limitaciones de los abordajes epidemiológicos tradicionales y abogando por un enfoque integral que abarque las dimensiones subjetivas y contextuales del bienestar psicosocial. Con la iniciativa del Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” y la colaboración del Instituto de la Salud Juan Lazarte, en articulación con el área de Epidemiología de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental, se desarrolla la propuesta en curso, presentada formalmente en septiembre de 2024, de configuración de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental a nivel ambulatorio a escala nacional, a partir del establecimiento de unidades centinela. El objetivo es relevar datos que permitan conocer y analizar los procesos de salud mental/padecimiento subjetivo/atención y cuidados a nivel colectivo. Se describen los elementos de la ficha epidemiológica específicamente diseñada y los componentes del sistema informático. Se

presentan los avances de la prueba piloto de la estrategia, a la vez que se problematizan ciertas tensiones epistémicas y metodológicas, identificando potencialidades. Concluimos que el proceso de implementación de una unidad centinela en salud mental representa una experiencia novedosa y, al mismo tiempo, exigente debido a la articulación entre dos campos de práctica y desarrollo heterogéneos. La potencialidad que reúne una visión compleja del objeto salud mental requiere ser acompañada de un enfoque epidemiológico y un desarrollo de la vigilancia que no la reduzca al análisis individual, sino que haga foco en esa trama de dimensiones singulares, jurídicas, familiares, socio comunitarias, que se sintetizan en la expresión del padecimiento subjetivo.

Palabras clave: epidemiología, vigilancia, sistemas de información, salud mental, Argentina

Challenges in Developing a Mental Health Epidemiological Surveillance System at the Outpatient Level in Argentina: Findings from a Pilot Study

Abstract

Despite global recognition of the importance of epidemiological production in mental health, Argentina

continues to face challenges in generating systematic information aimed at decision-making that would enable the full implementation of National Mental Health Law No. 26,657. This article delves into the complex relationship between epidemiology and mental health, highlighting the limitations of traditional epidemiological approaches and advocating for a comprehensive perspective that encompasses the subjective and contextual dimensions of psychosocial well-being. At the initiative of the Dr. Juan H. Jara National Institute of Epidemiology and in collaboration with the Juan Lazarte Health Institute, in coordination with the Epidemiology Area of the National Directorate for a Comprehensive Approach to Mental Health, we develop the proposal, formally presented in September 2024, for the configuration of a national outpatient epidemiological surveillance system in mental health, based on the establishment of sentinel units. The aim is to collect data that will help identify and analyze mental health processes, subjective distress, and care practices at a collective level. The article describes the elements of the specifically designed epidemiological form and the components of the information system. It also presents the progress of the pilot test of the strategy, while addressing certain epistemological and methodological tensions and identifying its potential strengths.

We conclude that the process of implementing a sentinel unit in mental health represents both an innovative and demanding experience due to the articulation between two heterogeneous fields of practice and development. The potential of a complex view of the mental health field must be accompanied by an epidemiological approach and a surveillance system that does not reduce it to individual analysis, but instead focuses on the network of singular, legal, familial, and socio-community dimensions expressed in subjective suffering.

Keywords: epidemiology, information systems, surveillance, mental health, Argentina

Introducción

La relevancia de los problemas de salud mental, la carga de enfermedad y padecimiento subjetivo asociada a ellos, se encuentran condicionadas por múltiples factores que abarcan, de manera interrelacionada, las desigualdades sociales, diversos conflictos sociales y otras condiciones estructurales de vida. Además, comprende las características singulares ligadas a las dimensiones subjetivas, psicológicas y biológicas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) advierte acerca de la magnitud que poseen las problemáticas ligadas a la

salud mental, los consumos de sustancias y el suicidio, subrayando su asociación con la discapacidad y la mortalidad. En ese marco señalan que los trastornos mentales son la principal causa de años vividos con discapacidad (AVD) y que el suicidio es una de las principales causas de mortalidad en la Región de las Américas y el mundo (OPS, 2023).

A escala global, existe consenso acerca de la importancia que la información epidemiológica posee para la diagramación de las políticas, la gestión de los servicios de salud mental y el desarrollo de investigaciones. No obstante, en Argentina, las fuentes de información en salud mental resultan escasamente articuladas y los registros contemplan principalmente el establecimiento de códigos diagnósticos, reproduciendo una perspectiva que reduce la salud como proceso diacrónico a un enfoque que privilegia el estudio descriptivo sincrónico de enfermedades o trastornos. Se delimita, de esta manera, un área de vacancia en términos de sistemas de información para la acción y la investigación epidemiológica. A quince años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su decreto reglamentario 603/2013, a pesar de diversas iniciativas desplegadas en las jurisdicciones que componen el territorio federal, la intersección entre salud mental y epidemiología implica una serie de desafíos aún pendientes.

El presente trabajo desarrolla la propuesta en curso para la configuración de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental a nivel ambulatorio, a escala nacional, a partir del establecimiento de unidades centinela en efectores del primer nivel de atención o servicios de atención ambulatoria. Este proyecto fue realizado con iniciativa del Instituto Nacional de Epidemiología “Juan H. Jara” dependiente de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán) y la colaboración del Instituto de la Salud Juan Lazarte, en articulación con el área de Epidemiología de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental del Ministerio de Salud. Como consecuencia de un proceso de trabajo iniciado en el año anterior, fue presentado formalmente en septiembre de 2024.

De este modo, a partir de reconocer la relevancia que la producción de información posee en el campo de la salud mental, presentamos una serie de antecedentes que abonan perspectivas críticas para una epidemiología en salud mental. En segundo lugar, problematizamos ciertas tensiones metodológicas y epistémicas identificadas entre un enfoque epidemiológico tradicional y las particularidades del campo de la salud mental, que operan obstaculizando la configuración de un sistema unificado de información a nivel nacional.

Finalmente, se describe el lineamiento diseñado para la puesta en funcionamiento de la estrategia de vigilancia a partir de la instalación de unidades centinela y la compilación de datos por parte de los equipos de salud mental que allí se desempeñan, mediante el llenado de una ficha epidemiológica confeccionada a tal efecto.

Lineamientos conceptuales: pistas para pensar la salud mental en clave epidemiológica

Históricamente la relación entre indicadores de salud, indicadores sociodemográficos y las personas con “enajenación mental” ha sido un campo de interés que impulsó su exploración y análisis. Ya en los primeros censos nacionales de 1869 y 1895, se contemplaban datos referidos a la población “alienada” (Sy et al., 2020). De modo que la información sobre las características sociodemográficas de la población en general y de aquellas personas con cierta condición en particular, despertó interés desde los inicios del incipiente campo de la psiquiatría y los prolegómenos de la epidemiología psiquiátrica a nivel nacional. Es con el Dr. Ramón Carrillo que a mediados del siglo XX se destierra el término “alienado” para nombrar a la “enfermedad mental” (Chiarvetti, 2008) incluyéndose, de este modo, como problemática sanitaria; es decir, como dimensión de la salud en general. Ese gesto implicaba mucho más

que un cambio de denominación. En un contexto internacional conmocionado por la posguerra se abría un nuevo capítulo que Galende (2015) ha denominado “giro a la salud mental”. Es en este momento cuando se comienzan a profundizar los estudios de la intersección entre epidemiología y salud mental.

En este marco, en el año 1973 se emprende desde el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) el programa de investigaciones sobre epidemiología psiquiátrica. El mismo, bajo la dirección del Dr. Fernando Pagés Larraya, avanza en la gestación de distintas iniciativas que abarcan desde investigaciones en psiquiatría transcultural, seminarios en antropología psiquiátrica y la realización del “estudio de prevalencia de patología mental en la República Argentina” llevado a cabo, entre 1980 y 1981 (Pagés Larraya, 1982, p. 183).

Por otro lado, desde el movimiento de la Salud Colectiva, se despliegan diversos desarrollos investigativos y teóricos hacia la consolidación de una epidemiología crítica (Breilh, 2003). Una epidemiología sociocultural fué propuesta por Menéndez (2015), en tanto que, Almeida Filho (2020) sentó las bases de la etnoepidemiología, definida en sus palabras como “una posibilidad única de comprender objetos de conocimiento que son

insubordinados al razonamiento inductivo convencional característico de la epidemiología moderna” (p.16).

Las problemáticas ligadas a la salud mental/ los padecimientos subjetivos/ su atención y sus cuidados, son procesos socioculturales que se hacen lugar en la vida cotidiana, de tal manera que su estudio involucra la comprensión de los sentidos, las significaciones y las prácticas puestas en juego, tanto por los sujetos como por sus grupos sociales de referencia. Retomando las ideas anteriores, en este trabajo se adhiere a la perspectiva propuesta por Almeida Filho (2020) cuando plantea que:

En este sentido, la investigación en salud mental debería implicar el estudio no solo de problemas mentales y afecciones relacionadas, sino también representaciones de la salud mental en las esferas de la vida, el trabajo y el ocio. Esto implica atribuir significado y sentido a las categorías epidemiológicas convencionales como riesgo, grupos de riesgo, factores de riesgo y sus efectos, así como una mejor contextualización de los modelos histórico-culturales de salud mental y sus determinantes. (p. 13)

En diálogo con los desarrollos provenientes del campo de la salud colectiva y los aportes enunciados

por Galende (1997, 2015) con respecto a la configuración del sufrimiento subjetivo, Cecilia Augsburger (2004) sienta las bases para avanzar en la configuración de un nuevo estatuto epistemológico para el proyecto de una epidemiología en salud mental propiamente dicha. En palabras de la autora:

Si se ha ganado en la comprensión de la determinación social y cultural de la enfermedad y el sufrimiento psíquico, si se han acumulado importantes conocimientos sobre las heterogéneas significaciones con que los individuos y las sociedades perciben sus problemas de salud mental, la epidemiología debe desarrollar nuevas lógicas clasificatorias que se apropien de los avances conceptuales sobre la salud mental. (Augsburger, 2001, p. 74)

Las discusiones sobre el estatuto de la salud mental, los padecimientos subjetivos y las modalidades de tratamiento y cuidado se han ampliado y profundizado en la última década, consolidándose con los aportes de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. Estas cuestiones requieren constituirse en objeto de análisis y de reflexión al interior del campo de la salud mental para establecer un debate sobre la relevancia que posee la producción de información epidemiológica, de cara a la reorientación de programas, la adecuación de servi-

cios y la comprensión del proceso salud mental/padecimiento subjetivo anclados en las condiciones de vida que lo permea.

Construir un referencial heurístico que integre o propicie diálogos entre algunos aspectos epidemiológicos y de la salud mental, resulta un proyecto en progreso y que reviste cierta complejidad. Al respecto, Augsburguer y Gerlero (2005), plantean una tensión sustancial entre ambas perspectivas, que parte del reconocimiento de la exclusión de la dimensión subjetividad por parte de los enfoques epidemiológicos clásicos; cuestión que, en primera instancia, pareciera alejar a ambos enfoques.

Resulta adecuado recordar que, si bien la epidemiología ha sido definida como “el abordaje de los fenómenos de la salud-enfermedad por medio de la cuantificación” (Almeida Filho y Rouquayrol, 2011, p. 13), se incorporan, en base a potentes diálogos con las ciencias sociales y del movimiento de la Salud Colectiva, otras herramientas alternativas que permiten la configuración de conocimientos sobre la situación de salud de los grupos humanos con un mayor nivel de análisis y profundidad. En coincidencia con los autores ya citados, se plantea que la epidemiología realiza invaluable aportes “en la consolidación de un saber científico sobre la

salud humana, su determinación y consecuencias, subsidiando ampliamente las prácticas de salud” (Almeida Filho y Rouquayrol, 2011, p. 15). Es decir que, la epidemiología como campo de conocimientos munido de variados recursos metodológicos, aporta o aplica tanto al análisis de los determinantes de salud-enfermedad, de las situaciones de salud, así como a la evaluación de tecnologías y a procesos en el campo de la salud.

La salud mental en tanto constructo teórico complejo, incluye múltiples dimensiones que se corresponden a diversos niveles de análisis (macro, meso y micro) que no pueden reducirse a patologías o enfermedades diagnosticadas, y menos aún a las situaciones que motivan una consulta con los servicios socio sanitarios, ya que los malestares subjetivos suelen estar transversalizados por diversas inequidades sociales. Por otra parte, abonan a la integralidad del campo, las particularidades propias de lo “psi”, que involucran la pluralidad de marcos teóricos profesionales, diversos criterios de evaluación diagnóstica y el desafío clínico de categorizar procesos psicosociales intersubjetivos.

En el contexto de Argentina, las diferencias jurisdiccionales y la heterogeneidad de los dispositivos asistenciales contribuyen a la dispersión de la información. En este sentido, Gerlero et al. (2010) a partir de la realiza-

ción de un estudio multicéntrico que analizó diversas jurisdicciones provinciales advirtieron que:

Los datos obtenidos revelan que la información epidemiológica producida por los organismos sanitarios gubernamentales es escasa y fragmentada, lo cual ocasiona un desconocimiento de la situación de salud mental de la población en el país. Al describir algunas de las características socio-epidemiológicas de la población usuaria de servicios de salud mental, se observa que la información de cada área es dispar, incompleta y se encuentra segmentada por institución, lo que impide componer un cuadro de síntesis del conjunto de las provincias. (p. 28)

En este contexto nos preguntamos ¿de qué manera la visión epidemiológica podría aportar a la construcción de conocimientos sobre la situación de salud mental, desde un enfoque que respete la complejidad del campo y las relaciones entre lo colectivo y lo singular? Asumiendo el desafío de configurar una herramienta que nos permita construir conocimiento epidemiológico acerca del proceso salud mental/padecimiento subjetivo/atención y cuidados a nivel ambulatorio, elaboramos una estrategia de vigilancia epidemiológica que intenta superar la fragmentación y dispersión existente. Su objetivo general es identificar y caracterizar la

demanda de atención ambulatoria por razones ligadas a la salud mental (padecimiento subjetivo), de forma continua, en unidades centinela, a través de una planilla de registro conforme a los procedimientos establecidos para la notificación y el análisis de la información.

Subrayamos que la estrategia intersecta o complementa los sistemas de registro en salud mental utilizados en los diversos niveles jurisdiccionales, añadiendo valor al pretender generar información oportuna, con cobertura en el territorio nacional, que incorpora dimensiones claves involucradas en la emergencia de la problemática de salud mental, contemplando asimismo la palabra de quienes padecen, materializada en el motivo de consulta. Entre estas dimensiones clave, se destacan las condiciones de vida y los escenarios de inclusión socio comunitarios.

A nivel internacional, se registran antecedentes de desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica en salud mental, con algunas variaciones en la definición del evento, en países tales como Canadá (Public Health Agency of Canada, 2015), Nepal (Jha et al.; 2018) o Francia (Motreff et al., 2024).

La realización del primer censo nacional de personas internadas por razones de salud mental en el año 2019,

la incorporación en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SNVS) y el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) de los intentos de suicidio como eventos de notificación obligatoria en el año 2022 y el Registro de personas internadas por motivos de salud mental (RESAM), cuya obligatoriedad se implementó desde el 2023, consolidan un recorrido iniciado hace mucho tiempo. Es un camino rizomático que presenta diversas intensidades, planos y dimensiones, a la vez que algunos puntos de convergencia, espacios interseccionales y bifurcaciones.

Vigilancia Centinela en Salud Mental: una estrategia metodológica

Los/as profesionales que intervienen en los efectos de salud, en este caso especialmente en los servicios de salud mental, registran permanentemente en los sistemas de información institucionales o locales, lo relativo a las consultas y las prestaciones que realizan. No obstante, suelen percibirlo como una tarea más que tienen que hacer, ajena a los procesos de cuidado y sin encontrarle un beneficio sanitario que los/as implique activamente. Diversos son los motivos que contribuyen a esta dificultad de apropiación sobre la producción de información poblacional ligada a los eventos de la subjetividad. Entre estos, pueden mencionarse, la co-

existencia de heterogéneas perspectivas teóricas que sustentan el campo de la salud mental, la imprecisión acerca de cómo se definen los sucesos de malestar y/o bienestar subjetivo, la preeminencia de un enfoque individualizado para la organización de los servicios de sanitarios, sumado a las complicaciones y obstáculos en el diseño de instrumentos adecuados para construir evaluaciones y diagnósticos de la situación de salud mental en las comunidades.

Pese a estas tensiones, la vigilancia epidemiológica permite que las/os integrantes de los equipos se re-apropien de los datos que producen a través de la obtención de información de forma oportuna, fiable y de calidad, cuya finalidad está íntimamente ligada a la acción. Para lograr dichos objetivos, una de las estrategias con las que se cuenta es la creación de distintas unidades centinela, encargadas de compilar datos por largos períodos de tiempo, con calidad constante y comparable.

En el campo de la salud pública, la vigilancia epidemiológica se refiere a la recolección, análisis, interpretación, diseminación continua y sistemática de datos sobre la salud (OPS, 2002). En tal sentido, implica un conjunto de actividades que permiten reunir información indispensable sobre el comportamiento de eventos

de salud-enfermedad de la población y los factores que los condicionan, detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir con el fin de orientar oportunamente el proceso de toma de decisiones sobre las medidas dirigidas a la prevención y el control de la enfermedad y a mejorar la calidad de la salud de la población (MSAL, 2013).

Resulta adecuado explicitar que la vigilancia centinela surge a efectos de sortear ciertas dificultades que presentan los sistemas de información en salud, siendo una metodología sencilla, ágil, económica, específica y oportuna. Esta estrategia permite además la identificación de un mayor número de variables de los eventos bajo vigilancia, lo cual favorece el mejor análisis de sus características. En este sentido, las unidades centinela proporcionan una alternativa a la vigilancia de base poblacional dado que permiten caracterizar los eventos en estudio y monitorear las problemáticas en términos de su tendencia, así como la efectividad de las acciones de prevención, siendo un sistema más flexible, de menor costo y complejidad que las estrategias de base poblacional (OPS, 2002). Además, posee las ventajas y potencialidades de enfatizar el monitoreo de las condiciones de vida, identificar los contextos en que se desarrollan los procesos reproductivos de la vida social, así como, brindar información relativa a los cambios y transfor-

maciones que se producen en los grupos poblacionales (Samaja, 1996).

En este escenario se enmarca la diagramación de la estrategia de vigilancia epidemiológica en salud mental a nivel ambulatorio que aquí presentamos, y que se despliega a partir del establecimiento de unidades centinela en servicios que presten atención ambulatoria por cuestiones ligadas al padecimiento subjetivo. A los fines de su implementación, se llevó a cabo una prueba piloto durante el último trimestre de 2024 y el primer trimestre de 2025, en diferentes jurisdicciones de Argentina.

Tal como hemos mencionado, partimos de la necesidad de comenzar a conocer sistemáticamente las características de la demanda/motivos de consulta y sus dimensiones condicionantes, atendiendo a los fines de generar información epidemiológica en salud mental, como aporte al despliegue de estrategias territoriales en el campo, por parte, tanto de los integrantes de los equipos y servicios como de los decisores políticos.

Concebir los sistemas de información en salud mental y sus productos derivados como un insumo estratégico para los equipos que lo producen, implica un compromiso con la democratización de la información.

Se pretende, asimismo, en el largo plazo colaborar en la consolidación de un sistema unificado de información y vigilancia epidemiológica en salud mental a nivel nacional, dado el interés que ha despertado la propuesta en las instituciones participantes.

La información generada por estos sistemas posibilita, en el marco de una tarea interdisciplinaria e intersectorial, la elaboración de acciones de prevención, atención y rehabilitación acorde con las variaciones socioculturales de cada lugar.

El funcionamiento de la unidad centinela contempla tres componentes cuyas tareas diferenciadas posibilitan la construcción de la información epidemiológica. En primer lugar, el componente clínico involucra las acciones referidas a la atención en salud mental, en que se detecta el evento, se realiza la entrevista de primera vez o de admisión y se completa la ficha de vigilancia epidemiológica. En segundo, el componente estadístico implica las actividades de control de calidad del llenado de las fichas, la recuperación de datos faltantes y la carga al sistema informático, realizando asimismo análisis preliminares de la información. Finalmente, el componente epidemiológico comprende la generación de reportes epidemiológicos y la configuración de alertas, lo cual garantiza la intervención del área de salud mental

en los eventos notificados que lo requieran según los contextos sociales y territoriales de emergencia.

Estas partes se articulan de manera dinámica y flexible, requiriendo del compromiso y corresponsabilidad de cada una de las dimensiones del sistema.

El sistema informático para almacenar y procesar los datos de la unidad centinela

Para la concreción de este proyecto, se desarrolló una herramienta informática que da soporte al sistema de vigilancia epidemiológica, actualmente funcionando en un servidor de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos G. Malbrán” (ANLIS-Malbrán). Es un sistema web cuyas herramientas de desarrollo son Python y MySQL como motor de base de datos. El mismo posee un sistema de seguridad de los datos y se han creado distintos perfiles de usuarios para el acceso y gestión diferenciada de funcionalidades: usuario centinela; usuario jurisdicción-referente de epidemiología; usuario instituciones organizadoras y usuario INE como responsables generales de la ejecución del proyecto.

El sistema informático, además de permitir el registro digitalizado de los eventos, posibilita la generación de un reporte epidemiológico mediante el es-

tablecimiento de cruces de variables definidos por los distintos equipos, incluidos los integrantes del efector de salud unidad centinela, facilitando así una exploración flexible y orientada a las necesidades locales. Tal como se ha señalado, cada unidad centinela cuenta con un acceso personalizado al sistema, lo que le permitirá consultar su base de datos completa garantizando de ese modo una gestión autónoma o gobernanza sobre la información producida por el propio efector. Además, la visualización de la información estará disponible en formatos tabulares y gráficos, lo que favorece la interpretación rápida y la toma de decisiones sustentadas a partir de la generación de reportes epidemiológicos.

La ficha epidemiológica: sus dimensiones principales

La unidad centinela opera básicamente sobre la articulación de los componentes clínico, estadístico y epidemiológico antes detallados, y se pone en funcionamiento a partir que un profesional realiza una entrevista de primera vez o admisión en salud mental y compila (al finalizar o durante la prestación) la ficha epidemiológica construida a tal efecto, la cual se detalla a continuación. Todo sistema de vigilancia epidemiológica involucra una definición de caso. En esta propuesta, el evento a vigilar fue establecido como

“toda asistencia/atención, derivada o espontánea, de primera vez con el servicio de salud mental”. En base a esa definición, la ficha contempla cinco dimensiones a explorar, que, en su integralidad, configuran lo que denominamos consulta en salud mental.

Luego de la definición del evento, la ficha epidemiológica inicia con la primera dimensión referida a la identificación de la institución centinela a partir de su número en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), para pasar luego a la segunda dimensión a explorar y que remite a la identificación de la persona consultante. Al respecto contemplamos fecha y lugar de nacimiento, sexo, género y etnia. La variable étnica fue tomada de la propuesta del Tejido de Profesionales Indígenas (Aspiroz Cleñán, 2020).

La tercera dimensión que se registra pretende dar cuenta de las condiciones de vida. Al respecto, se incluyeron diversas categorías referidas a la situación laboral, educación, hacinamiento, seguridad social y tipo de cobertura de salud. Las preguntas fueron tomadas de cuestionarios validados y provienen de las cédulas censales, la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, y la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (INDEC, 2019).

Las condiciones de vida son un constructo conceptual compuesto por la combinación de un conjunto de indicadores que nos permiten describir y caracterizar, en términos de acceso a bienes y servicios, la situación social de la persona y su grupo de pertenencia (INDEC, 2019). El acceso a esas dimensiones, o su déficit, expresa el cumplimiento o no de derechos básicos imprescindibles para la protección y promoción de la salud mental. De ese modo, las carencias o déficits que estas puedan presentar se expresan como inequidades en salud y comprometen los cuidados de la salud en general y de la salud mental en particular (Ministerio de Salud de Santa Fe, 2019).

En cuarto lugar, exploramos la dimensión inclusión socio comunitaria, partiendo de considerar que las redes socio afectivas en las que se insertan las personas pueden constituirse como factores protectores de la salud mental.

La quinta dimensión a completar se denomina información clínica. Ésta ha sido elaborada conceptualmente sobre la base de diálogos con integrantes de equipos de salud mental que se desempeñan en servicios ambulatorios, tanto del primer nivel de atención como de servicios en hospitales generales. Asimismo, incorporamos como antecedentes relevantes investiga-

ciones, estudios y experiencias que desarrollan a nivel nacional en tanto prácticas novedosas en el campo. Entre estos recuperamos las categorías de análisis desarrolladas a partir de una experiencia de sistematización para una epidemiología del sufrimiento en el primer nivel de atención desplegada por un equipo de salud en un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la ciudad de Buenos Aires (Wagner, 2022).

Con base en esas referencias, la dimensión de información clínica se construye a partir de aquello que la persona consultante expresa como origen de la demanda de atención o intervención y que, a posteriori, mediante la intervención técnico profesional, se configura como motivo de consulta. En otras palabras, partimos de recuperar lo más textualmente posible lo que el/la consultante manifiesta, acotando al mínimo la interpretación profesional. Visibilizando de ese modo el proceso implícito en la codificación de salud mental, mediante el cual un profesional traduce las manifestaciones de sufrimiento subjetivo expresado en términos de signos y síntomas hasta arribar a un diagnóstico, de manera que se pueda recuperar esa dimensión subjetiva que permite singularizar el sufrimiento y las condiciones socioculturales que lo permean y coadyuvan a su producción.

La dimensión clínica en la ficha epidemiológica comienza caracterizando si la consulta parte de una demanda espontánea o de una derivación. Si fuera una consulta por derivación, se explora la institución que la realizó aclarando el área/campo de actuación al que pertenece. Con posterioridad a la definición de la consulta, se encuentra el campo abierto “motivo de consulta” para especificar, desde el punto de vista de la persona consultante, aquello que la motivó a solicitar un turno con salud mental para realizar la entrevista de admisión o primera vez. Como fue mencionado, quien completa la ficha deberá escribir textualmente lo que la persona consultante expresa como aquello que la motivó. Luego, para avanzar en el proceso de codificación de los profesionales intervinientes, se categorizan los motivos de consulta desde la perspectiva técnico asistencial en diez tópicos, que son aquellos que se presentan con mayor frecuencia en los servicios ambulatorios, más un campo abierto donde especificar otras situaciones no contempladas.

Las situaciones que motivan el contacto con el servicio de salud mental y pueden condicionar la generación de padecimiento subjetivo son: consumos problemáticos, ansiedad y depresión, las violencias y sus diversos tipos (incluimos violencia familiar, de género, entre pares, violencia institucional y aquellas ligadas a la des-

protección estatal). Otras cuestiones que pueden llevar a la consulta son las referidas al maltrato infantil y el abuso sexual infantil presente o previo, los intentos de suicidio y las autolesiones, la discapacidad, la separación/divorcio y la separación de la pareja parental. Se incluyeron también, como puntos que pueden estar vinculados con la generación del sufrimiento, la muerte de un referente afectivo y la pérdida del trabajo o el desempleo.

Se arriba de ese modo al último ítem que compone la información clínica, donde incorporamos los códigos F (trastornos mentales y del comportamiento) y Z (factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud) del sistema de codificación de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) (OMS y OPS, 2008), vigente a nivel nacional para el registro en el subsistema público de salud y salud mental. Lo/as profesionales que completan la ficha epidemiológica pueden colocar hasta tres códigos diagnósticos, que serán correlativos/homólogos a lo escrito en la historia clínica y/o el sistema de registro que utilicen en cada jurisdicción.

Dado que la estrategia se encuentra en etapa de pilotaje, la ficha epidemiológica está a prueba, por lo cual

el instrumento cuenta con un gran campo de observaciones favoreciendo que los/las integrantes de las unidades centinelas puedan allí desplegar las sugerencias o comentarios que consideren necesarios.

Cabe señalar que, con el objetivo de mejorar la validez interna del instrumento de registro de datos, se diseñó un instructivo para acompañar el llenado de la ficha epidemiológica, que incorpora definiciones conceptuales y operacionales de las variables a las que refieren los campos del formulario. Asimismo, dicho documento apunta a sostener la conformación y el desempeño de las unidades centinela, al incluir la caracterización de los componentes claves que hacen al funcionamiento de la estrategia de vigilancia.

Avances en la implementación

Configurar una propuesta como la que estamos desplegando ha implicado incontables reuniones, debates y la puesta en común de disensos, diversos criterios e ideas hasta llegar a puntos de acuerdos o consensos. Proceso al que se suman articulaciones interinstitucionales y diálogos con integrantes de equipos de salud mental pertenecientes a distintos niveles de gestión sanitaria y de diversas jurisdicciones. De esta manera, se pone en valor el rol de estas estrategias en la toma de

decisiones y el diseño de las políticas públicas en este campo, fomentando a su vez la adherencia a las mismas.

Luego de varios meses de trabajo colaborativo con diversos actores sociales del campo de la salud mental, el lineamiento de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental Ambulatoria se presentó formalmente el 30 de septiembre del año 2024. En ese momento se consolidó la configuración de la primera unidad centinela denominada “Lic. Laura Bonaparte” que corresponde al Hospital SAMIC El Calafate, donde dimos inicio a la vigilancia. A partir de la presentación de la propuesta y la puesta en funcionamiento de esta primera unidad centinela, pionera en la vigilancia en salud mental en servicios ambulatorios, las jurisdicciones comenzaron a realizar consultas solicitando información acerca de los requisitos para incorporarse al proyecto.

Las unidades centinela en salud mental son una respuesta posible a un amplio abanico de interrogantes vinculados a la epidemiología y la salud mental. Es por tal motivo que esta estrategia nace de una necesidad sentida por parte de diversos actores del campo de la salud mental. Al respecto, resulta significativo destacar la potencia producida en los encuentros con los equipos de salud mental y de epidemiología de cada jurisdicción. Estas instancias de trabajo conjunto propician

el debate y la articulación entre ambas áreas sanitarias, posibilitando la puesta en común de las diversas aristas implicadas en el registro de las problemáticas ligadas a las consultas en salud mental y su convergencia en análisis locales acerca de los puntos críticos sobre la producción y gestión de la información en el campo.

La puesta en marcha de las unidades centinela implica la realización de un taller de capacitación virtual, con encuentros sincrónicos, para la adecuada compilación de la ficha epidemiológica, acompañamiento y supervisión del funcionamiento de la unidad centinela. Asimismo, el llenado de otro instrumento, la ficha operativa, le permite a cada unidad centinela describir desde su inclusión institucional hasta las características de la población bajo cobertura y el circuito atencional. Esta cuestión permite explicitar a modo de flujograma, las dinámicas involucradas en el proceso de vigilancia.

Desde el segundo semestre de 2024 nos encontramos fortaleciendo el proceso de vigilancia en cinco unidades centinela distribuidas en cada una de las regiones del país. El funcionamiento de estas unidades centinela se enmarca en el desarrollo de la prueba piloto, de seis meses, luego de lo cual se llevará a cabo el análisis de los datos exportados del sistema, utilizando el lenguaje R versión 4.2.2 (R Core Team, 2022) y el análisis de con-

tenido para los campos abiertos o cualitativos. A largo plazo, se pretende extender la implementación de unidades centinela a todo el territorio nacional, buscando generar información sistematizada representativa de los diferentes contextos socio-sanitarios de Argentina, con el fin de propiciar una gestión en salud mental basada en el conocimiento situado y fiable.

Conclusiones

El proceso de implementación de una unidad centinela en Salud Mental, representa una experiencia novedosa y al mismo tiempo exigente, debido a la articulación entre dos campos de práctica y desarrollo heterogéneos. La herramienta propuesta, usualmente reservada para episodios agudos o problemas de salud transmisibles, es reformulada y aplicada para identificar eventos en problemáticas de salud mental en la comunidad. La taxonomía elaborada para el registro de las consultas genera una delimitación de caso propicia para la heterogeneidad teórica vigente en el campo de la salud mental en el ámbito nacional. Esto señala la diversidad con las propuestas estandarizadas de las clasificaciones de uso internacional extendido. Pese a ello se reconoce la importancia de establecer eventos conforme a los marcos particulares y locales de las poblaciones en estudio. La iniciativa se adecua a relevar

las problemáticas emergentes en el sistema nacional de salud mental.

El contexto de postpandemia, caracterizado por una acentuación de las problemáticas de salud mental a escala global moviliza la búsqueda de información que permita trazar patrones y tendencias de los problemas epidemiológicos en la población. Esta inquietud y preocupación, que lleva ya más de 40 años, asume a escala nacional particular interés por el proceso paulatino y sostenido de transformación de las prácticas, y de las instituciones destinadas al cuidado de la salud mental, proceso que se institucionalizó a través de normas jurídicas. De allí que la potencialidad que reúne una visión compleja del objeto salud mental requiere ser acompañada de un enfoque epidemiológico y un desarrollo de la vigilancia que no la reduzca al análisis individual, sino que haga foco en esa trama de dimensiones singulares, jurídicas, familiares, socio comunitarias, que se sintetizan en la expresión del padecimiento subjetivo.

A pesar de las limitaciones que reconocemos en la información generada mediante la estrategia de unidades centinela en el campo de la salud mental, así como las dificultades propias de la implementación y sostenimiento en el tiempo, el compromiso de profesionales y servicios junto a la magnitud de los problemas del

campo conducen a condiciones de necesidad para el desarrollo de la propuesta en el territorio nacional.

Como conclusión provisoria de la experiencia iniciada que se transmite en este trabajo, se debe destacar la tarea coordinada de instituciones que, con distinta finalidad y localización, comparten el esfuerzo de pensar conceptual y operativamente una estrategia epidemiológica orientada a avanzar y mejorar la salud mental de los diversos grupos sociales.

Bibliografía

Almeida Filho, N., y Rouquayrol, M. Z. (2011). *Introducción a la epidemiología*. Lugar Editorial.

Almeida-Filho, N. (2020). Ethnoepidemiology and mental health: Insights from Latin America. *Salud Colectiva*, 16, e2786. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2786>

Azpiroz Cleñan, V. (2020). Tejido de profesionales indígenas en Argentina. Salud intercultural. Incorporación de la variable étnica en el sistema de información de salud pública en tiempos de COVID-19. En G. Prado y P. Torres (Comp.), *INTEGRADO. Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina*. 215-241. MT Editores.

Augsburger, C. (2001). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: El sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, (81), 61–75.

Augsburger, A. C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedade*, 16(2), 71-80. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822004000200009>

Augsburger, A. C., y Gerlero, S. S. (2005). La construcción interdisciplinaria: Potencialidades para la epidemiología en salud mental. *KAIRÓS, Revista de Temas Sociales*, 9(15).

Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.

Chiarvetti, 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 Psicológica*, XVII(2), 167-171.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Paidós.

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Lugar Editorial.

Gerlero, S. S., Augsburger, A. C., Duarte, M. P., Escalante, M. A., Ianowski, M. V., Mutazzi, E. C., y Yanco, D. I. (2010). Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(2), 24–29.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). *4ta Encuesta Nacional de Factores de riesgo. Resultados definitivos*. INDEC y Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. <https://biolinkit.com/6b0xeyu>

Jha, A. K., Ojha, S. P., Dahal, S., BC, R. K., Jha, B. K., Pradhan, A., Labh, S., y Dhimal, M. (2018). *A report on pilot study of national mental health survey, Nepal*. Kathmandu: Nepal Health Research Council. <https://bit.ly/4nE0klV>

Menéndez, E. L. (2015). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.

Ministerio de Salud de la Nación. (2013, marzo). *Guía para el fortalecimiento de la vigilancia de la salud en el nivel local*. <https://bit.ly/4qHSuKK>

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y Municipalidad de Rosario. (2019). *Propuesta de registro*

de consulta ambulatoria de salud mental en la red de servicios de salud. <https://bit.ly/4opcH6B>

Motreff, Y., Marillier, M., Saoudi, A., Verdot, C., Seconda, L., Pognon, D., Khireddine-Medouni, I., Richard, J.-B., Kovess-Masfety, V., Delorme, R., Decio, V., Perrine, A.-L., El Haddad, M., Gallay, A., Monnier-Besnard, S., Regnault, N., y Enabee Study Group. (2024). Implementation of a novel epidemiological surveillance system for children's mental health and well-being in France: Protocol for the national "Enabee" cross-sectional study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 10, e57584. <https://doi.org/10.2196/57584>

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades*. OPS. <https://bit.ly/4ogmb3S>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275327715>

Pages Larraya, F. (1982). Bases para un estudio de prevalencia de los trastornos mentales en la Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 28, 183-193.

Public Health Agency of Canada. (2015, mayo). *Report from the Canadian chronic disease surveillance system: Mental illness in Canada, 2015*. <https://bit.ly/47V7bCO>

R Core Team. (2022). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>

Samaja, J. (1996). Muestras y representatividad en vigilancia epidemiológica mediante sitios centinela. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(3), 309-319.

Sy, A., Naszewski, M., Pierri, C., y Barrio, A. L. (2020). *Historias locas. Internaciones psiquiátricas durante el siglo XX*. Editorial Teseo.

Wagner, G. (2022). Aportes para pensar una epidemiología del sufrimiento y sus condiciones de producción. Una experiencia en el primer nivel de atención. En A. Michalewicz (Autor y comp.), *En abordajes del sufrimiento psicosocial en las infancias y adolescencias. Integralidad, cuidado y subjetivación*. 107-128. Noveduc.

Más allá del cierre: reforma psiquiátrica, comunidad y derechos en América Latina. Un análisis comparativo entre Uruguay y Brasil.

AMARANTE, Paulo.

Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) de Brasil

Contacto: pauloamarante@gmail.com }

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6778-2834>

TECHERA, Andrés.

Programa APEX de la Universidad de la República de Uruguay

Contacto: andres.techera@apex.edu.uy

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0514-4535>

Recibido: 27/07/2025; **Aceptado:** 11/10/2025

Cómo citar: Amarante, P. y Techera, A. (2025). Más allá del cierre: reforma psiquiátrica, comunidad y derechos en América Latina. Un análisis comparativo entre Uruguay y Brasil. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 33-59

Resumen

Este artículo analiza críticamente las tensiones, avances y contradicciones de los procesos de reforma psiquiátrica en América Latina, a partir de la comparación entre el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto, en Montevideo (Uruguay) y la transformación de la Colonia Juliano Moreira, en Río de Janeiro (Brasil). Ambos casos permiten reflexionar sobre los alcances y límites de la desinstitucionalización cuando esta no se acompaña de políticas públicas sostenidas, recursos adecuados y participación social activa. El objetivo del trabajo es examinar comparativamente las experiencias de cierre y transformación de estas dos instituciones psiquiátricas, en el marco de los procesos de reforma desarrollados en ambos países.

El estudio se organiza en torno a siete ejes transversales: la desinstitucionalización y sus formas de implementación; el cuidado en libertad como horizonte

ético-político; la relación entre comunidad y territorio; la construcción de memoria frente a los silenciamientos institucionales; las experiencias de sustitución del manicomio; la centralidad de los derechos humanos; y la sostenibilidad de las políticas públicas en contextos de desigualdad social.

El análisis comparativo muestra que el cierre de los hospitales psiquiátricos, aunque necesario, no garantiza por sí mismo una transformación real. Esta sólo es posible cuando se articula con redes comunitarias estables, marcos normativos coherentes, memoria colectiva y el protagonismo de personas usuarias, ex usuarias/os, sobrevivientes, familiares y colectivos sociales. La superación del modelo manicomial exige transformar no sólo las instituciones, sino también las prácticas de cuidado, las condiciones materiales de vida y los imaginarios culturales que sostienen la exclusión.

En este sentido, la reforma se configura como una plataforma para promover nuevos diálogos con la sociedad, orientados a reconocer y restituir derechos, habilitar formas diversas de identidad y construir territorios de cuidado inclusivos. De este modo, las conclusiones reafirman que el cierre y la transformación institucional sólo alcanzan su sentido pleno cuando se traducen en políticas de salud mental basadas en la dig-

nidad, la autonomía y la justicia social, desafío aún pendiente para las democracias latinoamericanas.

Palabras Claves: desinstitucionalización psiquiátrica, salud mental comunitaria, participación social, política de salud mental, derechos humanos

Beyond the Closure: Psychiatric reform, community, and rights in Latin America. A comparative analysis between Uruguay and Brazil

Abstract

This article critically examines the tensions, progress, and contradictions of psychiatric reform processes in Latin America, based on a comparison between the closure of the Musto Psychiatric Hospital in Montevideo (Uruguay) and the transformation of the Colônia Juliano Moreira in Rio de Janeiro (Brazil). Both cases invite reflection on the scope and limits of deinstitutionalization when it is not accompanied by sustained public policies, adequate resources, and active social participation. The objective of this study is to comparatively examine the experiences of closure and transformation of these two psychiatric institutions within the framework of the reform processes developed in Brazil and Uruguay.

The study is organized around seven cross-cutting themes: deinstitutionalization and its forms of implementation; care in freedom as an ethical and political horizon; the relationship between community and territory; the construction of memory in the face of institutional silences; experiences of asylum substitution; the centrality of human rights; and the sustainability of public policies in contexts of social inequality.

The comparative analysis shows that the closure of psychiatric hospitals, although necessary, does not by itself guarantee real transformation. Such transformation is possible only when articulated with stable community networks, coherent regulatory frameworks, collective memory, and the active participation of service users, former users, survivors, families, and social collectives. Overcoming the asylum model requires transforming not only institutions but also care practices, material living conditions, and the cultural imaginaries that sustain exclusion.

In this sense, the reform is conceived as a platform to promote new dialogues with society, aimed at recognizing and restoring rights, enabling diverse forms of identity, and building inclusive territories of care. In conclusion, the findings reaffirm that institutional closure and transformation only achieve their full

meaning when translated into mental health policies grounded in dignity, autonomy, and social justice—a challenge that remains pending for Latin American democracies.

Keywords: psychiatric deinstitutionalization, community mental health, social participation, mental health policy, human rights

En memoria del profesor Emiliano Galende

Al cerrar este trabajo, reconocemos la relevancia del pensamiento de Emiliano Galende, figura clave en la construcción de una perspectiva crítica sobre la salud mental comunitaria en América Latina. Su trayectoria dejó enseñanzas fundamentales sobre la necesidad de vincular la salud mental con la vida social y los derechos, evitando las simplificaciones técnicas o institucionales (Galende, 2015).

Galende insistió en que transformar la salud mental no implica sólo cerrar manicomios o crear dispositivos sustitutivos. Lo central, sostenía, es modificar las condiciones que producen sufrimiento, reconstruir lazos sociales, garantizar derechos y apostar por formas de cuidado basadas en la dignidad y la participación. Esta perspectiva resulta especialmente pertinente frente a los procesos analizados en este artículo: tanto en el cie-

rre del Hospital Musto como en la transformación de la Colonia Juliano Moreira, se expresan las tensiones entre la sustitución institucional y el cambio real de las prácticas, cuestión que Galende advertía desde sus primeros escritos.

Desde su mirada, las reformas corren el riesgo de quedar atrapadas en cambios formales si no logran transformar las prácticas reales de atención y los vínculos cotidianos. Advirtió que los discursos de derechos humanos pueden vaciarse si no se concretan en la vida diaria de las personas, y alertó sobre cómo las lógicas de encierro pueden reaparecer bajo nuevas formas si no se modifican las estructuras sociales (Galende, 1997). Su lectura crítica de la modernización psiquiátrica y de las políticas de riesgo son fundamentales para pensar los desafíos de la desinstitucionalización en América Latina.

Este artículo retoma algunos de esos planteos: la necesidad de pensar el cuidado en libertad como práctica concreta, el valor de la memoria para evitar la repetición del encierro, y la comunidad como espacio activo donde las personas recuperen autonomía y ciudadanía. Su legado invita a mantener una perspectiva crítica, donde cada transformación sea medida no sólo por cambios normativos, sino por el impacto real en la vida

de las personas, especialmente de quienes han sido históricamente marginadas.

Introducción

Cerrar no es transformar. Esta afirmación sintetiza una tensión estructural presente en los procesos de reforma psiquiátrica en América Latina. Desde la Declaración de Caracas (OPS, 1990) se promueve el cierre de hospitales monovalentes, pero la clausura física no garantiza cambios reales en las prácticas ni en el paradigma asilar.

Esta tensión no se limita a un debate terminológico, sino que expresa disputas históricas sobre la función social asignada a la locura, el rol del Estado en la garantía de derechos y las condiciones necesarias para la inclusión de las personas. La clausura de los grandes asilos puede representar un avance, pero, si no es acompañada por la consolidación de redes comunitarias sólidas, transformaciones culturales y prácticas centradas en la autonomía y la ciudadanía, persiste el riesgo de sustituir muros físicos por nuevas formas de exclusión invisibilizada (Amarante, 2023; Techera, 2025).

Este artículo se sitúa en ese debate a partir del análisis crítico de dos experiencias emblemáticas de la región: el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto

en Uruguay, en 1996, y el proceso de transformación institucional de la Colonia Juliano Moreira en Río de Janeiro, en Brasil, en el marco de la reforma psiquiátrica brasileña. La elección de estos casos responde a que representan trayectorias contrastantes dentro del campo de la salud mental en América Latina: mientras el caso uruguayo evidencia una clausura abrupta sin red sustitutiva consolidada, el brasileño muestra un proceso sostenido de transformación programática articulada con políticas públicas y participación social. Ambas situaciones permiten interrogar los sentidos políticos, sociales y éticos de la desinstitucionalización, poniendo en diálogo modelos paradigmáticos diferentes pero atravesados por desafíos comunes.

En Uruguay, el cierre del Musto se produjo en un contexto de crisis institucional y sanitaria, sin consolidar un sistema sustitutivo de atención. Tal como plantearon De León y Fernández (1996), se trató de una “desmanicomialización forzada”, aplicada sin garantías para las personas internadas de larga estadía y sin una red comunitaria efectiva, lo que derivó en múltiples situaciones de vulneración de derechos y abandono.

La experiencia brasileña presenta un recorrido distinto. La transformación de la Colonia Juliano Moreira se inició en la década de 1970 con el impulso sostenido

de los movimientos sociales, y se profundizó en los años 1980 con la creación de nuevos dispositivos de atención. Fue un proceso más prolongado, que posteriormente se vio respaldado por marcos normativos como la Ley Federal 10.216/2001, orientada a consolidar el paradigma del cuidado en libertad y en el territorio. Aunque atravesada por avances y retrocesos, la reforma psiquiátrica brasileña logró fortalecer una red comunitaria de atención y sentar las bases de un modelo sustitutivo al encierro (Caponi y Vásquez, 2015).

Desde estas dos referencias nacionales, el artículo propone una reflexión sobre las tensiones, contradicciones y aprendizajes que atraviesan los procesos de desinstitucionalización. No se busca una comparación lineal ni homogénea, sino un análisis transversal que permita reconocer tanto las diferencias como los núcleos comunes de debate: ¿qué implica sustituir el manicomio y bajo qué condiciones puede el cierre traducirse en una transformación real?

Este trabajo, basado en las experiencias uruguaya y brasileña, recupera trayectorias históricas y desafíos actuales para aportar a la actualización del debate regional sobre la reforma psiquiátrica. Se asume un enfoque de derechos, entendiendo que el cierre del manicomio sólo es legítimo cuando se vincula con la restitución de

derechos, la construcción comunitaria, la perspectiva territorial y la ampliación de autonomía para quienes atraviesan sufrimiento psíquico.

Este artículo adopta una perspectiva comparativa y documental, basada en la revisión crítica de fuentes bibliográficas, normativas y testimoniales sobre las reformas psiquiátricas en Uruguay y Brasil. La comparación busca identificar convergencias y divergencias entre ambos procesos, considerando sus condiciones históricas, institucionales y políticas. Se analizan documentos oficiales, leyes, informes de organismos internacionales, trabajos académicos y producciones de colectivos sociales. Más que un estudio empírico, se propone un ensayo analítico que articula reflexión teórica y análisis histórico-político, situando la desinstitucionalización en un marco latinoamericano de derechos y ciudadanía.

1. Cierre del Musto y transformación del Juliano Moreira: entre clausuras y disputas históricas

A continuación se comparan ambos casos considerando sus condiciones históricas, institucionales y políticas, para examinar cómo cada proceso configuró distintas estrategias de sustitución del modelo manicomial. Los cierres o transformaciones de hospitales psiquiátricos en América Latina expresan no sólo deci-

siones sanitarias, sino disputas históricas sobre el lugar social de la locura y las formas de producir cuidado. El análisis del cierre del Hospital Musto y de la transformación de la Colonia Juliano Moreira permite interrogar el alcance real de la desinstitucionalización y su capacidad para reorientar las políticas de salud mental.

1.1. El cierre del Hospital Musto: clausura sin memoria colectiva

Inaugurado en 1981, el Hospital Musto fue concebido como un hospital modelo para la atención de pacientes agudos, con el propósito de aliviar la sobrepoblación del Hospital Vilardebó y de las colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi. Llegó a tener 300 personas internadas. No obstante, su funcionamiento pronto evidenció una reproducción de las mismas condiciones de exclusión y abandono que buscaba superar: hacinamiento, precariedad edilicia, medicación excesiva y cronificación de los internamientos. Las denuncias reiteradas por violaciones a los derechos humanos minaron progresivamente su legitimidad institucional, hasta convertirlo en un símbolo de las limitaciones de las políticas psiquiátricas de la época (Massonnier, 1997; Rudolf, 1996; Baroni, 2016). La clausura del Hospital Musto en 1996 se llevó a cabo en un contexto marcado por crisis política, sanitaria y presupuestal. De León

y Fernández (1996) caracterizaron este proceso como un cierre reactivo y sin la planificación gubernamental necesaria para garantizar la continuidad de los cuidados. Como documentan los informes parlamentarios de la Cámara de Representantes de Uruguay (1996) y los estudios posteriores (Massonnier, 1997; Turnes, 2019), la medida se ejecutó sin un plan integral de sustitución ni una red consolidada de dispositivos comunitarios. Las personas internadas fueron derivadas de forma fragmentaria: trasladadas al Hospital Vilardebó y a las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, ya desbordadas; otras enviadas a instituciones geriátricas no especializadas o reintegradas a entornos familiares sin apoyos adecuados. Esta redistribución, reconstruida a partir de documentos oficiales y entrevistas recogidas en la investigación, evidencia la ausencia de protocolos de seguimiento y la precariedad estructural del sistema. Un número significativo de ex internas/os terminó en el circuito de exclusión social, transitando entre la calle, las emergencias psiquiátricas y, en no pocos casos, la institucionalización penal.

Un rasgo distintivo del caso uruguayo es la ausencia de una memoria institucional sobre el cierre del Hospital Musto. Los registros oficiales son escasos y el hecho quedó prácticamente omitido de las políticas públicas posteriores. Como señalan Apud, Borges y Techera

(2010), el Musto fue “clausurado sin relato”, sin un proceso de elaboración colectiva que permitiera comprender sus causas ni reconstruir las condiciones de vida de quienes allí estuvieron internados. En la misma línea, Baroni (2016) advierte que esta falta de memoria crítica favoreció la invisibilización de la violencia manicomial y consolidó un vacío discursivo que obstaculizó la creación de políticas reparadoras y de dispositivos comunitarios sólidos. La omisión, por tanto, no sólo borró huellas institucionales, sino que también limitó la posibilidad de construir aprendizajes para orientar transformaciones futuras.

1.2. La transformación del Juliano Moreira: entre cambio institucional y disputa política

Fundada en 1924 en el barrio de Jacarepaguá (Río de Janeiro), la Colonia Juliano Moreira se consolidó como una de las mayores instituciones psiquiátricas del país, llegando a albergar aproximadamente 5.300 personas internadas en su momento de mayor afluencia. A lo largo del siglo XX, funcionó bajo las lógicas clásicas del encierro, centradas en la cronificación, la estigmatización y la pérdida del lazo comunitario (Caponi y Vásquez, 2015). A partir de la década de 1990, el complejo inició un proceso de transformación institucional en el marco de las políticas de municipalización

y reforma psiquiátrica impulsadas por el Ministerio de Salud de Brasil, que culminaron con la transferencia administrativa al municipio de Río de Janeiro en 1996. Este proceso significó el cierre progresivo de los pabellones asilares y la creación de nuevos dispositivos territoriales de atención psicosocial, en consonancia con los principios de la reforma psiquiátrica brasileña y la futura Ley 10.216/2001.

A partir del impulso del movimiento antimanicomial brasileño y del marco proporcionado por la Declaración de Caracas (1990), el Juliano Moreira transitó un proceso progresivo de desinstitucionalización. La transformación no se limitó al cierre de pabellones, sino que implicó una reconversión funcional del hospital, promoviendo internaciones breves y una progresiva disminución de camas asilares. Bajo la coordinación del Ministerio de Salud y de la Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro, este proceso fue acompañado por políticas públicas específicas orientadas a la consolidación de una red de atención comunitaria. Los dispositivos creados se organizaron en tres grandes ejes: de atención, comunitario y de reintegración social. El primero incluyó los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y las unidades integradas a la atención primaria; el segundo abarcó los Centros de Convivencia y espacios culturales; y el tercero comprendió las resi-

dencias terapéuticas, talleres, cooperativas y programas de inserción laboral. En su conjunto, estas estrategias buscaron sustituir el modelo manicomial por un sistema territorial de cuidados, sustentado en la restitución de derechos y en la participación social (Magalhães y Silva, 2014). Sin embargo, la experiencia brasileña también evidenció límites y contradicciones. Se identificaron tensiones institucionales, resistencias por parte de algunos sectores profesionales —especialmente entre equipos médicos formados en el modelo hospitalocéntrico que cuestionaban la efectividad de los dispositivos comunitarios—, y marcadas desigualdades territoriales entre los municipios del Sudeste, donde se concentró la red de CAPS y residencias terapéuticas, y regiones del Norte y Nordeste con escasa cobertura de servicios (Yasui, 2010). A pesar de la existencia y expansión de dispositivos sustitutivos, persistieron situaciones de exclusión y prácticas conservadoras, lo que demuestra que el cambio normativo y estructural no garantiza, por sí sólo, una transformación cultural profunda.

1.3. Clausuras y transformaciones: diferencias estructurales, problemas comunes

La comparación entre ambas experiencias permite identificar diferencias sustantivas: Uruguay evidenció un cierre abrupto, carente de dispositivos sustitutivos

suficientes; Brasil desplegó una transformación planificada, apoyada en legislación y políticas públicas sostenidas. Sin embargo, ambas muestran un punto común: el cierre físico de los manicomios no asegura, por sí sólo, la superación de las prácticas manicomiales.

La ausencia de dispositivos comunitarios robustos, la fragilidad de las políticas de salud mental, y las tensiones culturales en torno a la locura son desafíos persistentes tanto en Uruguay como en Brasil. La transformación real requiere no sólo cerrar edificios, sino reconstruir redes de cuidado, promover memorias colectivas, y garantizar inclusión y ciudadanía plena para las personas usuarias.

Estas experiencias nos interpelan sobre las condiciones estructurales necesarias para que el cierre del manicomio sea un acto reparador y no una nueva forma de desplazamiento social.

2. Desinstitucionalización: entre principios compartidos y recorridos divergentes

La desinstitucionalización se ha consolidado como principio rector de las reformas psiquiátricas en América Latina. Siguiendo a Rotelli, De Leonardis y Mauri (1987), puede entenderse como un proceso que “libera de la necesidad del internamiento construyendo servi-

cios completamente sustitutivos”, y que “transforma las necesidades de los enfermos, de los profesionales y de la comunidad a las que se respondía con el internamiento, construyendo respuestas completamente sustitutivas” (p. 176).

Desde esta perspectiva, desinstitucionalizar implica transformar las relaciones sociales y los dispositivos de poder que sustentan el manicomio, y no sólo modificar su estructura física. Definida de este modo —no sólo como el cierre de los manicomios, sino como un proceso integral orientado a la construcción de redes de atención comunitaria—, su incorporación en los marcos normativos regionales fue consagrada por la Declaración de Caracas (OPS, 1990). Sin embargo, las experiencias de Uruguay y Brasil demuestran que, bajo un mismo principio, pueden coexistir trayectorias profundamente divergentes.

En Uruguay, el retorno a la democracia trajo consigo la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental en 1986, todavía hoy una referencia central para comprender el horizonte reformista. Sin embargo, la falta de recursos y de voluntad política impidió su desarrollo efectivo. Una década más tarde, el cierre del Hospital Musto en 1996 marcó un punto de inflexión. Lejos de consolidar un modelo alternativo, evidenció

la fragilidad de la transición desde el paradigma asilar: la clausura, sin una red comunitaria que la sostuviera, no interrumpió la lógica manicomial y expuso la falta de planificación integral. Más que producir cambios estructurales, el proceso generó desplazamientos sociales y asistenciales, revelando la distancia entre los postulados de la reforma y sus condiciones materiales de implementación (Techera, 2025).

En Brasil, la desinstitucionalización avanzó de forma sostenida desde los años setenta, impulsada por el movimiento antimanicomial y luego respaldada por marcos legales como la Ley 10.216/2001. Este proceso consolidó políticas de desmanicomialización progresiva y la expansión de dispositivos comunitarios. En este marco se desarrolló la transformación de la Colonia Juliano Moreira, donde la reducción gradual de internaciones prolongadas se articuló con la creación de una red de servicios psicosociales orientados al territorio, la autonomía y la reintegración social (Magalhães y Silva, 2014).

La reforma brasileña, no se limitó al ámbito sanitario. Junto con la transformación institucional, emergieron experiencias artístico-culturales y comunitarias que abrieron nuevos diálogos con la sociedad y resignificaron el lugar de las personas usuarias. Iniciativas

como el Atelier Gaia, las cooperativas de trabajo, las viviendas asistidas vinculadas al territorio, el Museo Bispo do Rosário —que recupera y resignifica las memorias de quienes habitaron la institución— y expresiones culturales como el Bloco Imperio Colonial, constituyeron dispositivos de participación, creación colectiva y restitución simbólica. Estas experiencias configuran una forma de *desinstitucionalización cultural*, donde el arte y la vida cotidiana se convierten en espacios de cuidado y ciudadanía para las personas históricamente excluidas.

No obstante, ambos casos revelan tensiones y desafíos persistentes. En Uruguay, el cierre del Hospital Musto implicó un quiebre institucional sin consolidar de inmediato un modelo comunitario. Aunque la desinstitucionalización quedó en gran medida asociada a ese episodio, el país avanzó posteriormente en un marco normativo y político para sostener la reforma. La Ley N.º 19.529 (2017) y el Plan Nacional de Salud Mental 2020–2027 establecieron el cierre progresivo de las instituciones asilares antes de 2025 y promovieron el desarrollo de dispositivos sustitutivos de base comunitaria.

Sin embargo, como advierte la investigación reciente (Silva y De León, 2021), persisten tensiones vinculadas a la falta de recursos suficientes, a la fragmentación

interinstitucional y a la convivencia de nuevas normativas con marcos jurídicos heredados que aún responden a paradigmas manicomiales.

En Brasil, aunque el proceso fue más sostenido y acompañado de un robusto movimiento social, se han evidenciado fenómenos de “remaniconialización”, donde dispositivos de puertas abiertas reproducen prácticas de control o formas de lo asilar simbólico, especialmente en territorios con menor inversión estatal.

La diferencia entre ambos procesos no radica sólo en su ritmo, sino en la capacidad de garantizar continuidad en los cuidados. Una desinstitucionalización efectiva exige más que trasladar personas: implica consolidar un modelo comunitario articulado con otras políticas sociales y capaz de asegurar derechos, vínculos significativos y apoyos personalizados. Esto requiere inversión sostenida, marcos normativos claros, formación crítica de los equipos y participación activa de las personas usuarias. Sin estos elementos, la desinstitucionalización corre el riesgo de reducirse a un cambio formal sin impacto real en las condiciones de vida.

Tal como señalan informes internacionales (OPS, 2015; OMS, 2021; ONU, 2022), la desinstitucionalización es un proceso continuo que exige transformacio-

nes estructurales, inversión sostenida y redes comunitarias consolidadas. La experiencia brasileña muestra los avances posibles cuando existe un horizonte político consistente, mientras que el caso uruguayo evidencia los riesgos de clausuras sin alternativas comunitarias ni continuidad institucional. En conjunto, ambos procesos muestran que la desinstitucionalización requiere planificación y compromiso estatal a largo plazo, más allá de la voluntad reformista.

La desinstitucionalización no puede reducirse al cierre administrativo de hospitales, sino que exige una transformación sistémica: dispositivos territoriales sólidos, articulación intersectorial, participación protagónica de las personas usuarias y garantías efectivas de ciudadanía. Sólo así es posible evitar que el cierre derive en nuevas formas de exclusión y consolidar cuidados en libertad basados en dignidad, autonomía e inclusión social. Estas experiencias ofrecen claves para repensar las políticas regionales de salud mental desde una perspectiva de derechos y ciudadanía.

3. Cuidado en libertad: condiciones, alcances y contradicciones

Inspirado en la psiquiatría democrática italiana y en los aportes de Basaglia (1970, 2013), el cuidado en

libertad se ha consolidado como un pilar ético-político de las reformas psiquiátricas. No implica sólo reemplazar el encierro por dispositivos menores, sino promover modelos de atención basados en autonomía, acompañamiento comunitario y garantía de derechos. Este enfoque concibe el cuidado como un proceso relacional orientado a reconstruir vínculos y reconocer la libertad como valor terapéutico y social, cuestionando las formas históricas de segregación que legitimaron el manicomio.

En Uruguay, el Plan Nacional de Salud Mental de 1986 formuló por primera vez lineamientos explícitos hacia la integración de la salud mental en el sistema general, promoviendo hospitalizaciones breves y atención ambulatoria. Sin embargo, la falta de asignaciones presupuestales específicas, la escasa creación de dispositivos comunitarios y la discontinuidad de los programas interinstitucionales impidieron su consolidación. El cierre del Hospital Musto puso en evidencia los límites estructurales de la reforma: sin una red comunitaria fortalecida, muchas personas quedaron expuestas a procesos de desprotección y exclusión.

Como se analizó en el apartado anterior, esta clausura se caracterizó por la ausencia de un relato institucional capaz de resignificar la experiencia y generar me-

moria colectiva. En este sentido, Baroni (2016) advierte que los procesos de desinstitucionalización uruguayos se desarrollaron sin políticas sostenidas de acompañamiento, lo que contrasta con el caso brasileño, donde la continuidad estatal y la expansión de dispositivos comunitarios permitieron sostener el proceso de transformación más allá del cierre físico de los hospitales.

En Brasil, el principio de cuidar en libertad se volvió una consigna central del movimiento antimanicomial y tuvo en la Colonia Juliano Moreira un escenario emblemático. Allí, la reducción de internaciones se acompañó de un debate sobre la democratización del cuidado, que —como señala Andrade (1992)— implicó no sólo cambios técnicos, sino la creación de un nuevo imaginario institucional capaz de transformar las relaciones entre usuarias/os, profesionales y comunidad. Este horizonte se materializó en cooperativas de trabajo, talleres artísticos, espacios culturales y residencias terapéuticas que ampliaron la participación y la ciudadanía. Sin embargo, dificultades presupuestarias, desigualdades territoriales y fragilidades intersectoriales tensionaron la continuidad de estos avances.

Las experiencias comparadas muestran que la reforma no puede reducirse a sustituir dispositivos ni al cierre de hospitales, sino que implica generar nue-

vas formas de ciudadanía y sociabilidad. Esto requiere políticas públicas sostenidas, memorias críticas y la resignificación de marcos jurídicos y culturales que legitimaron el encierro. En esta dirección, leyes como la 10.216/2001 en Brasil, la 26.657/2010 en Argentina y la 19.529/2017 en Uruguay, junto con debates que vinculan salud mental y derechos humanos, representan hitos de este proceso. Sin este trabajo político y comunitario, las reformas corren el riesgo de quedar en cambios administrativos sin impacto real en la vida de las personas.

Una dimensión clave, a menudo omitida en las políticas de salud mental, es la interdependencia entre el cuidado sanitario y los derechos sociales más amplios. El acceso a vivienda, trabajo, cultura y redes comunitarias activas es decisivo para evitar procesos de cronificación y exclusión. Informes internacionales recientes —ya citados más arriba— coinciden en que sin soporte social las reformas reproducen viejas lógicas manicomiales bajo formas descentralizadas.

Estos organismos recuerdan, además, que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) establece un marco vinculante para orientar las políticas públicas hacia la inclusión, la autonomía y el respeto de la diversidad psíquica. En

este sentido, se plantea la necesidad de avanzar hacia modelos de atención guiados por la justicia social y el apoyo mutuo, que prioricen el bienestar colectivo, la dignidad humana y la autonomía, más allá de los enfoques biomédicos centrados en el diagnóstico individual.

La desinstitucionalización no se limita a la ausencia de encierro, sino que exige construir entornos comunitarios habitables, inclusivos y capaces de brindar reconocimiento, sostén y participación. Esto demanda un compromiso sostenido que articule salud, educación, vivienda, cultura y trabajo, y que contemple la diversidad de trayectorias de vida. Más que un acto administrativo, la reforma es un proceso colectivo orientado a una sociedad más justa, donde el cuidado sea un derecho. En esta perspectiva, el cuidado en libertad y la continuidad de los apoyos se vuelven principios transversales cuya eficacia depende de la capacidad social y estatal de sostenerlos en el tiempo.

4. Comunidad: territorios de cuidado o nuevos escenarios de exclusión

En los procesos de reforma en salud mental de América Latina, la noción de comunidad se convirtió en un punto de referencia ineludible, asociada a la construcción de alternativas al encierro y a la restitución

ción de derechos. Más que un horizonte homogéneo, la comunidad debe entenderse como un campo en disputa, atravesado por tensiones entre inclusión y control social (Castel, 1995). Puede funcionar como espacio de hospitalidad en sentido ético, donde se promueven políticas de acogida y vínculos solidarios, pero también como escenario de precarización y nuevas formas de exclusión.

Las experiencias de Uruguay y Brasil muestran que el alcance del proyecto comunitario depende tanto de las condiciones materiales y políticas como de la capacidad de generar redes de cuidado efectivas y sostenibles. Allí donde el trabajo territorial se fortalece con recursos, participación social y articulación intersectorial, la comunidad puede constituirse en un verdadero territorio de cuidado. Por el contrario, cuando se la invoca sólo de manera discursiva o se la deja librada a la autogestión sin apoyos, tiende a reproducir desigualdades y desprotección.

Para comprender estas ambivalencias, resulta clave diferenciar la noción de comunidad de la de territorio. Mientras la comunidad remite al conjunto de vínculos y actores sociales implicados en las prácticas de cuidado, el territorio introduce una dimensión socioespacial más compleja, marcada por desigualdades estructu-

rales, relaciones de poder, memorias históricas y disputas simbólicas. Como advierten Furtado, Campos, y Cunha (2016), el territorio no puede reducirse a un área de cobertura técnica, sino que debe ser comprendido como espacio vivido, atravesado por trayectorias de exclusión y apropiaciones sociales múltiples. En esa línea, las prácticas de cuidado sólo adquieren densidad territorial cuando se inscriben en los vínculos reales entre sujetos y espacios concretos, más allá de las lógicas institucionales. Silva y Pinho (2015) coinciden en señalar que una comunidad no se transforma automáticamente en un territorio de cuidado si no se reconocen sus condiciones materiales y sociales. Sin esa mirada crítica, advierten, lo comunitario corre el riesgo de ser instrumentalizado como nuevo formato de control, reproduciendo dinámicas de vigilancia y marginalidad bajo formas descentralizadas.

En Uruguay, la construcción de una red comunitaria ha enfrentado obstáculos persistentes que limitaron su alcance. Aunque el Plan Nacional de Salud Mental de 1986 introdujo la idea de descentralizar la atención, la ausencia de políticas sostenidas, inversión adecuada y articulación intersectorial impidió su consolidación. Durante las décadas siguientes se desarrollaron experiencias diversas —policlínicas con atención en salud mental, equipos de salud mental comunitarios, centros

diurnos y casas asistidas— que constituyeron avances significativos, pero insuficientes para transformar el territorio en un verdadero espacio de cuidado.

En numerosos contextos, la apelación a la comunidad se tradujo en dispositivos con recursos escasos e inestables, incapaces de garantizar inclusión o sostén real. La falta de programas habitacionales robustos, las limitaciones en la inserción laboral y la débil articulación con otras áreas sociales profundizaron la marginación (Rudolf, 1996), mostrando que el desafío no era sólo crear nuevos servicios, sino articularlos dentro de un proyecto territorial coherente, sostenido y con participación social efectiva.

En Brasil, por el contrario, la comunidad fue concebida como un territorio activo de producción de ciudadanía. El proceso de transformación de la Colonia Juliano Moreira mostró que desinstitucionalizar no implica simplemente cerrar pabellones, sino generar nuevas formas de habitar el espacio social. La experiencia del *Condomínio Estela do Patrocinio*, como modalidad de vivienda colectiva autogestionada, reveló la potencia del protagonismo de las personas usuarias cuando se crean condiciones materiales, simbólicas y políticas que lo sostienen (Magalhães y Silva, 2014). En esta misma línea, Andrade (1992) ya advertía que la democra-

tización del hospital psiquiátrico no podía limitarse a reformas técnicas, sino que exigía una reconstrucción profunda de las relaciones sociales basada en el reconocimiento, la igualdad y la inclusión.

No obstante, estas experiencias también enfrentaron obstáculos significativos. A lo largo del proceso brasileño, se observaron resistencias institucionales, desigualdades regionales persistentes y etapas de desfinanciamiento asociadas a crisis políticas y giros conservadores en la orientación del Estado —particularmente durante los períodos de recorte del gasto público en salud y de recentralización de políticas federales entre 2016 y 2019 (Amarante y Nunes, 2018)—.

Incluso en dispositivos de puertas abiertas, como los CAPS o las residencias terapéuticas, se identificaron prácticas que reproducían lógicas manicomiales bajo formatos renovados, un proceso que diversos autores han denominado “remaniconialización” o “manicomialización difusa” (Yasui, 2010). Esto refuerza la idea de que la comunidad, por sí sola, no constituye garantía de inclusión o emancipación. Su capacidad transformadora depende de la continuidad política, la sostenibilidad económica, la formación crítica de los equipos y la existencia de marcos institucionales participativos.

En efecto, lejos de tratarse de una categoría neutra, la comunidad debe entenderse como un espacio en disputa. En ella pueden coexistir prácticas emancipadoras, basadas en la solidaridad y la autonomía, junto con dispositivos de control, vigilancia o exclusión simbólica. El verdadero desafío radica en sostener políticas públicas que fortalezcan las redes de cuidado territorial desde una lógica de derechos, asegurando que la desinstitucionalización no derive en nuevas formas de abandono, sino en alternativas vitales de convivencia, inclusión y reconocimiento mutuo.

La construcción de comunidades como verdaderos territorios de cuidado depende en gran medida de la participación activa de las personas usuarias y de sus colectivos. En Uruguay, experiencias como *Radio Vilardevoz*, *Bibliobarrio* o la *Cooperativa Dodici* han mostrado cómo la organización comunitaria permite recuperar la palabra y disputar espacios públicos de reconocimiento. En Brasil, las cooperativas de trabajo, las expresiones artísticas vinculadas al carnaval y los proyectos de comunicación popular —desde radios hasta iniciativas televisivas— evidencian que, cuando quienes transitaron la institucionalización asumen un rol protagónico, la comunidad adquiere densidad ética, política y simbólica.

No se trata sólo de producir actividades, sino de generar nuevos sentidos de ciudadanía y de transformar las representaciones sociales de la locura. En contraste, allí donde las reformas se reducen a dispositivos técnicos sin participación social efectiva, la comunidad tiende a convertirse en un escenario de control informal y de reproducción de exclusiones bajo nuevos formatos.

Desde una perspectiva comparativa, las experiencias uruguaya y brasileña muestran que el desafío no consiste en trasladar la atención desde el hospital hacia el territorio, sino en transformar ese territorio en un verdadero espacio de derechos. Ello exige recursos adecuados, voluntad política sostenida y la articulación de dispositivos intersectoriales capaces de integrar salud, educación, vivienda, trabajo y cultura. Al mismo tiempo, requiere el protagonismo activo de las usuarias/os y de las comunidades organizadas, para disputar sentidos y evitar que lo comunitario sea funcionalizado como simple mecanismo de control.

5. Memoria: entre el olvido y la reparación

La memoria histórica es una dimensión central de las reformas psiquiátricas, no sólo como reconstrucción del pasado, sino como herramienta para transformar el presente y evitar la repetición de violencias

institucionales. Recuperar las lógicas que estructuraron el régimen manicomial permite identificar sus huellas en el orden jurídico, sanitario y cultural contemporáneo. Sin un trabajo sostenido de memoria, el cierre de instituciones puede generar una ilusión de superación, mientras persisten formas renovadas de exclusión.

En Uruguay, el cierre del Hospital Musto no estuvo acompañado por una política pública de memoria ni por un reconocimiento institucional de su significado. La clausura se realizó en un clima de silenciamiento, sin registros sistematizados ni medidas de reparación. Esta falta de relato produjo una “desaparición simbólica” que invisibilizó a quienes habitaron la institución y dificultó procesos posteriores de restitución de derechos, elaboración crítica y producción de saberes situados.

Frente a este vacío institucional, diversos actores sociales impulsaron iniciativas orientadas a disputar el olvido y resignificar el cierre del Hospital Musto. Familiares, ex usuarias/os, antiguas trabajadoras y trabajadores, colectivos vinculados a la salud mental y organizaciones de derechos humanos protagonizaron acciones destinadas a recuperar la memoria colectiva y restituir la dimensión política de aquel acontecimiento. Entre estas experiencias destaca la creación, en 2016, del Espacio de Recuperación Patrimonial del Hospital

Vilardebó, impulsado por docentes y estudiantes de la Universidad de la República, junto con funcionarios, familiares y personas usuarias. Este espacio alberga una sala dedicada al cuidado del acervo documental y a otros registros históricos vinculados al Hospital Musto, contribuyendo a preservar la memoria institucional y a proyectar una mirada crítica sobre los procesos de desinstitucionalización en Uruguay.

Estas iniciativas configuran una “memoria desde abajo”, construida por quienes vivieron la institucionalización y el cierre, en contraste con los silencios de la memoria oficial. No se limitaron a recordar, sino a visibilizar lo ocurrido, cuestionar su naturalización administrativa y problematizar sus consecuencias sociales. En este sentido, la memoria se vuelve una práctica de resistencia frente al silenciamiento institucional, que habilita nuevas formas de narrar, reparar y reivindicar. Más que evocación del pasado, constituye una interpeelación ética y política en defensa del derecho a la verdad, la justicia y la dignidad de quienes fueron institucionalizados.

En Brasil, la reforma incorporó la memoria como parte de su agenda política y cultural. Activistas, equipos de salud, usuarias/os, artistas y académicos construyeron colectivamente una narrativa que recupera

los hitos y tensiones del movimiento antimanicomial. Lejos de ser conmemorativa, esta memoria funciona como estrategia para sostener conquistas, transmitir valores y consolidar una identidad colectiva comprometida con la transformación del modelo de atención (Amarante, 2019).

Las políticas de reforma en Brasil también promovieron la restitución de memorias individuales mediante la reconstrucción de historias de vida, la identificación de personas institucionalizadas, la reanudación de vínculos familiares y el rescate de nombres propios. Esta perspectiva humanizadora fortaleció los procesos de egreso y afirmó la singularidad de cada persona, desplazando el diagnóstico como relato exclusivo y abriendo espacio a biografías que reconfiguran identidades y derechos.

Una diferencia central entre Uruguay y Brasil en este campo reside en el grado de institucionalización de las políticas públicas de memoria en salud mental. En Brasil, estas políticas incluyeron museos, centros de documentación, archivos públicos, memoriales y dispositivos artísticos comunitarios que recuperan las voces de los excluidos. Ejemplos emblemáticos son el *Museu de Imagens do Inconsciente*, fundado por Nise da Silveira en Río de Janeiro en 1952, y el *Museu Bispo do*

Rosário Arte Contemporânea, creado en 2002 en el antiguo predio de la Colonia Juliano Moreira. En estos espacios, la memoria se integra como política cultural y como forma de reparación simbólica, promoviendo la visibilización de las subjetividades históricamente silenciadas.

En Uruguay, las prácticas de memoria han dependido casi exclusivamente de colectivos sociales y universitarios, sin una política estatal integral de memoria, verdad y reparación. Esta ausencia dificulta la elaboración colectiva, favorece el ocultamiento de violencias pasadas y reproduce prácticas institucionales sin reflexión crítica sobre su genealogía. Mientras en Brasil la memoria se institucionaliza como parte de la reforma y de las políticas culturales, en Uruguay persiste como una iniciativa social y académica que aún busca reconocimiento estatal. Estas experiencias nacionales deben situarse en el marco más amplio de las luchas contra las violencias institucionales en América Latina. Desde una perspectiva de derechos humanos, el trabajo sobre el pasado se configura como una práctica política de reparación, fundamental para consolidar procesos democráticos y prevenir regresiones autoritarias. En el campo de la salud mental, esto implica no sólo recordar los crímenes y abusos cometidos, sino también visibilizar las injusticias actuales que reproducen aquellas

lógicas, promoviendo nuevas narrativas y sentidos colectivos emancipadores. Desde este enfoque, recuperar las experiencias de las personas institucionalizadas se vuelve una herramienta indispensable para visibilizar trayectorias históricas silenciadas, interpelar a la sociedad sobre las condiciones actuales de exclusión y desnaturalizar prácticas clínicas y sociales que perpetúan la estigmatización. Cuando este trabajo sobre el pasado es activo y sostenido, deja de ser un gesto meramente conmemorativo para convertirse en una condición política de transformación.

6. Sustitución del manicomio: del cierre físico a la construcción de alternativas

Como prolongación del cuidado en libertad y del enfoque comunitario, la sustitución del manicomio constituye la dimensión operativa de estos principios y uno de los desafíos centrales de la reforma psiquiátrica. Superar el modelo asilar exige más que cerrar un edificio: requiere desarrollar de forma sostenida dispositivos comunitarios que garanticen acompañamiento integral, inclusión social y restitución de derechos. Sin estos procesos, las lógicas de exclusión pueden reaparecer bajo nuevos formatos institucionales. En Uruguay, el cierre del Hospital Musto no estuvo acompañado por una estrategia integral que fortaleciera dispositivos co-

munitarios capaces de absorber la demanda asistencial. No obstante, desde 1994 el Ministerio de Salud Pública había comenzado a implementar equipos comunitarios de salud mental orientados a la descentralización y al trabajo en el primer nivel de atención. Estos equipos multidisciplinarios, con once dispositivos en Montevideo y veintitrés en el interior, brindaban atención ambulatoria y apoyo a otros servicios de salud (Techera, 2025).

A pesar de su importancia, estas iniciativas, junto con otras experiencias previas impulsadas en los años ochenta —como las casas de medio camino, las cooperativas sociales y los centros diurnos— resultaron insuficientes para sostener el cierre del Musto. La falta de una inversión adecuada y sostenida, así como la escasa articulación intersectorial, derivaron en una fragmentación del sistema, dejando a numerosas personas en situación de desprotección o reubicadas en instituciones sin relación con el campo de la salud mental ni con una perspectiva de cuidado comunitario (Ginés *et al.*, 2005).

En Brasil, el proceso asociado a la Colonia Juliano Moreira avanzó mediante una red más amplia de dispositivos sustitutivos integrados al sistema de salud. Sin embargo, diversos estudios señalan que su presencia no garantiza por sí sola una sustitución efectiva: sin trans-

formaciones culturales ni recursos suficientes, persisten prácticas institucionalizantes en varios territorios, evidenciando los límites de una sustitución incompleta o meramente formal.

Una clave común en ambas experiencias ha sido la dimensión de sostenibilidad financiera y voluntad política. La sustitución efectiva exige políticas públicas estables, asignación presupuestaria adecuada y presencia estatal sostenida en los territorios. Las fluctuaciones políticas, las crisis económicas y las tendencias de mercantilización de los servicios impactan negativamente en la consolidación de redes comunitarias. Tanto en Uruguay como en Brasil, los avances han sido vulnerables a cambios de ciclo político y a recortes presupuestales que debilitan la continuidad de los procesos.

Otro elemento crítico es la intersectorialidad, entendida como la capacidad de articular el campo de la salud mental con otras políticas públicas. Las alternativas comunitarias no pueden limitarse a un dispositivo sanitario: requieren convenios y acciones coordinadas con programas de vivienda, inclusión laboral, educación y cultura, que garanticen condiciones materiales y simbólicas de integración social. En Brasil, esta articulación se expresó en iniciativas como el Programa *De Volta para Casa* (2003), orientado al apoyo económico

y social de personas externadas de hospitales psiquiátricos, y en acuerdos entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de las Ciudades para el desarrollo de residencias terapéuticas vinculadas a políticas habitacionales (Amarante y Nunes, 2018).

También se impulsaron proyectos de inserción laboral y talleres productivos en los CAPS, con resultados heterogéneos según el territorio. En Uruguay, en cambio, la débil integración intersectorial —particularmente con las áreas de vivienda y trabajo— ha sido una de las limitaciones más señaladas para la consolidación del modelo comunitario.

El legado de Basaglia sigue siendo clave para pensar la sustitución del manicomio: no basta con cerrar hospitales psiquiátricos, es necesario transformar las relaciones sociales, desestigmatizar la locura y reconstruir los vínculos comunitarios desde la perspectiva de ciudadanía (2013). La experiencia italiana demostró que el cierre físico es sólo un primer paso en un proceso más complejo de desinstitucionalización cultural y social.

7. Derechos humanos: entre reconocimientos normativos y desafíos persistentes

La perspectiva de derechos humanos constituye el marco normativo y ético que orienta las reformas psi-

quiátricas contemporáneas en América Latina. Más que un marco jurídico, esta perspectiva opera como una ética del cuidado que interpela las prácticas institucionales cotidianas, redefiniendo las relaciones entre profesionales, personas usuarias y comunidad. Desde este enfoque, los derechos no se reducen a declaraciones legales, sino que se expresan en modos concretos de atención, en la participación efectiva de las personas usuarias y en la construcción de entornos inclusivos.

Diversas normativas nacionales, consagran estos principios al reconocer la salud mental como un derecho humano y promover la sustitución del modelo manicomial por redes comunitarias de atención y cuidado. Sin embargo, las experiencias uruguaya y brasileña muestran que el reconocimiento formal de derechos, aunque necesario, es insuficiente para garantizar transformaciones efectivas en las condiciones de vida y en la organización de los servicios. En Uruguay, las denuncias sobre violaciones de derechos humanos fueron un componente importante para visibilizar las condiciones inhumanas de los manicomios y legitimar el cierre del Hospital Musto. No obstante, la clausura se produjo sin un marco jurídico de protección y sin mecanismos de garantía explícitos para las personas afectadas. Fue recién en 2017, dos décadas después, que el país promulgó su Ley Nacional de Salud Mental N° 19.529 con

enfoque de derechos, incorporando principios fundamentales como el consentimiento informado, la atención comunitaria y la autonomía. Este desfase temporal expuso a las personas usuarias a un largo período de transiciones asistenciales sin garantías explícitas.

En Brasil, la referencia a derechos humanos estuvo presente desde los orígenes del movimiento antimanicomial, con una crítica explícita a las condiciones violatorias existentes en los manicomios. La Ley 10.216/2001 estableció un piso normativo para la protección de derechos, mientras la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) introdujo compromisos adicionales sobre inclusión, no discriminación y accesibilidad. No obstante, subsisten importantes brechas entre las normas y la realidad: prácticas de privación de libertad injustificadas, internaciones prolongadas, mecanismos insuficientes de supervisión y debilidades en el acceso efectivo a derechos básicos.

Una dimensión crítica identificada en ambas experiencias es la persistente distancia entre los avances normativos y su aplicación efectiva, especialmente en contextos de vulnerabilidad social y desigualdad territorial. Allí donde los recursos públicos son escasos y las políticas sociales fragmentarias, la garantía de derechos

tiende a diluirse en prácticas asistenciales mínimas o mecanismos de control institucional. Este fenómeno afecta particularmente a los sectores más pobres, con menor acceso a información, recursos jurídicos y redes comunitarias de apoyo (Remersaro y Zubillaga, 2021).

Asimismo, la participación de las personas usuarias en la formulación de políticas públicas continúa siendo un desafío. Más que una herramienta de gestión, la participación constituye en sí misma un derecho y un principio democrático del cuidado, que garantiza el reconocimiento de las personas usuarias como sujetos políticos y no sólo como beneficiarios de servicios. Aunque tanto la legislación uruguaya (Ley 19.529/2017) como la brasileña (Ley 10.216/2001) reconocen la importancia de la participación, la implementación efectiva de espacios de deliberación y co-gestión ha sido limitada y desigual. En Brasil, experiencias como los *Conselhos de Saúde* y las *Conferências Nacionais de Saúde Mental* —instancias de representación paritaria entre personas usuarias, trabajadoras/es y gestores— han permitido debatir políticas y evaluar su cumplimiento (Brasil, Ministério da Saúde, 2022). En Uruguay, iniciativas como la Radio Vilardevoz y cooperativas sociales vinculadas a procesos de inclusión laboral constituyen ejemplos significativos de participación autogestionada y co-producción de cuidado.

La literatura especializada advierte que los derechos humanos no pueden limitarse a una dimensión normativa o simbólica. Para que tengan eficacia transformadora, deben traducirse en políticas públicas con recursos suficientes, dispositivos accesibles y mecanismos efectivos de exigibilidad y control. La existencia de legislación avanzada sin mecanismos de cumplimiento puede producir una *ficción de derechos*, concepto que alude a la brecha entre el reconocimiento formal y la garantía material de los derechos (Silva y De León, 2021).

Esta ficción se perpetúa cuando las instituciones carecen de memoria crítica sobre sus propias prácticas: sin memoria institucional, no hay posibilidad real de exigibilidad ni de reparación. En este sentido, la consolidación de una política pública de memoria en salud mental constituye una condición necesaria para transformar los marcos jurídicos en garantías efectivas y para sostener procesos de cuidado basados en derechos.

Desde una perspectiva comparativa, las reformas psiquiátricas deben ser evaluadas no sólo por sus marcos normativos, sino por su capacidad para generar prácticas concretas respetuosas de los derechos, especialmente en los eslabones más débiles del sistema: los territorios empobrecidos, los servicios de base y los

dispositivos residenciales. La clave es avanzar desde derechos declarados hacia derechos ejercidos, volviendo efectiva la promesa de ciudadanía para las personas con padecimiento psíquico.

8. Conclusiones finales: cierre, transformación y desafíos de las reformas psiquiátricas

Las experiencias del cierre del Hospital Musto y de la transformación de la Colonia Juliano Moreira ofrecen lecciones complementarias sobre las posibilidades y límites de las reformas psiquiátricas en América Latina. Ambas muestran que el cierre de los manicomios no es un punto de llegada, sino el inicio de un proceso institucional, epistemológico y ético que redefine el cuidado, la ciudadanía y las relaciones entre saber y poder. Su alcance transformador depende de las condiciones políticas, sociales y comunitarias que los sostienen y de la capacidad colectiva de mantener en el tiempo los principios de libertad, participación y dignidad que fundamentan las reformas.

Un primer aprendizaje clave es que la desinstitucionalización no garantiza, por sí misma, la superación de las lógicas manicomiales. La clausura abrupta del Musto en un contexto de crisis, sin red comunitaria suficiente, generó desplazamientos asistenciales y zo-

nas de desprotección. La transformación programada del Juliano Moreira permitió avances más sostenidos, pero evidenció que incluso con dispositivos comunitarios expandidos, persisten resistencias institucionales, estigmas sociales y brechas territoriales.

Las reformas psiquiátricas se muestran especialmente frágiles en contextos de desigualdad estructural, alternancia de proyectos políticos y fragmentación de las políticas sociales. Esto reafirma la necesidad de que los procesos de transformación en salud mental estén anclados en políticas públicas intersectoriales, sostenibles en el tiempo y capaces de garantizar el acceso universal a dispositivos comunitarios de calidad. Sólo la articulación intersectorial —entre salud, vivienda, educación y protección social— puede garantizar que la salud mental sea tratada como un derecho y no como un servicio residual.

Otro eje central en los procesos de reforma psiquiátrica es la participación activa de las personas usuarias, sus familias y los diversos liderazgos surgidos de múltiples luchas por la conquista de derechos. La transformación del sistema de salud mental no puede desligarse de las trayectorias organizativas de colectivos históricamente vulnerados, cuyas experiencias han sido fundamentales para visibilizar violencias, disputar sentidos

y proponer nuevas formas de cuidado. Radios comunitarias, cooperativas sociales, colectivos de personas usuarias, ex usuarias y sobrevivientes de la psiquiatría, así como movimientos por los derechos humanos, por los derechos de las personas en situación de calle, por la igualdad de género y contra el racismo y la discriminación, han demostrado que la democratización del cuidado es posible cuando las personas directamente afectadas asumen un rol protagónico en la definición, gestión y control social de los servicios. Esta participación no sólo implica ser escuchados, sino incidir efectivamente en las decisiones que los involucran. Allí donde predominan dispositivos burocráticos o prácticas clínicas autoritarias, las lógicas de exclusión tienden a reproducirse, incluso bajo discursos reformistas o institucionalmente modernizados. Por eso, una reforma auténtica exige que la voz y la experiencia de quienes han vivido la institucionalización, la medicalización o el abandono se constituyan en pilares legítimos para redefinir las políticas públicas desde una perspectiva de derechos, dignidad y justicia social.

La memoria aparece como condición transversal para cualquier transformación genuina. Allí donde se negaron las memorias del manicomio, se dificultaron los procesos de reparación y continuidad transformadora. Donde las memorias colectivas se fortalecieron,

los procesos de reforma lograron sostener horizontes críticos, proteger conquistas y consolidar espacios comunitarios de resistencia. En perspectiva regional, las reformas psiquiátricas enfrentan un dilema recurrente: el riesgo de transitar hacia cierres administrativos sin cambio cultural o hacia dispositivos comunitarios desfinanciados, carentes de potencia transformadora. La alternativa real es compleja y estructural: requiere modificar el sistema sanitario, los marcos normativos, los vínculos sociales y las representaciones culturales sobre el sufrimiento psíquico. El legado de Basaglia, las enseñanzas de la Declaración de Caracas, los aprendizajes brasileños y las advertencias del caso uruguayo coinciden en un punto esencial: el manicomio no es sólo un edificio, sino una lógica de exclusión que puede migrar a otras instituciones y prácticas si no es desafiada de manera integral. Superarlo requiere cambios sustantivos en las condiciones materiales de existencia, los circuitos de cuidado y las culturas institucionales.

La transformación auténtica se refleja en la expansión de derechos efectivos, en la consolidación de redes territoriales dinámicas y en la creación de formas de convivencia comunitaria donde la diferencia no se traduzca en segregación. Derribar muros institucionales constituye apenas un umbral: el verdadero desafío es construir sociedades capaces de acompañar el sufri-

miento psíquico desde la dignidad, la autonomía y la justicia social. Ello implica sostener políticas públicas integrales, promover memorias críticas y fortalecer la participación activa de quienes han sido históricamente marginados, para que la salud mental se afirme como un derecho colectivo y no como un privilegio parcial.

Referencias bibliográficas

Amarante, P. (2023). *Locura y transformación social*. Universidad Nacional de Lanús.

Amarante, P. (2019). *Superar el manicomio: Salud mental y atención psicosocial*. Topía.

Amarante, P., y Nunes, M. O. (2018). *A reforma psiquiátrica brasileira e os desafios do desmonte das políticas de saúde mental*. Cadernos de Saúde Pública, 34(2), e00136717. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136717>

Andrade, M. S. de. (1992). *Democratização no hospital psiquiátrico: Um estudo da Colônia Juliano Moreira nos anos oitenta* [Tesis de maestría, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. UERJ. <http://www.bdt.uerj.br/handle/1/3957>

Apud, I., Borges, C., y Techera, A. (2010). *La sociedad del olvido: Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: CSIC, Universidad de la República.

Baroni, C. (2016, julio 4). *Un movimiento contra el olvido... Aportes para pensar el proceso de desmanicomialización en el Uruguay de 1985 en adelante*. Hemisferio Izquierdo. <https://goo.su/3zjSx>

Basaglia, F. (1970). *La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico*. Barral Editores.

Basaglia, F. (2013). *La condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio* (F. Ongaro Basaglia & M. G. Giannichedda, Eds.; F. Molina y Vedia, Trad.). Topía.

Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Saúde mental no SUS: Avanços e desafios da rede de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. <https://goo.su/N6ii>

Cámara de Representantes de Uruguay. (1996). *Versión taquigráfica. Interpelación al Ministro de Salud Pública sobre el Hospital Psiquiátrico Musto*. Montevideo: Parlamento del Uruguay.

Caponi, S., y Vásquez, M. F. (2015). *O asilo e a cidade: Histórias da Colônia Juliano Moreira* [Reseña]. Revista Brasileira de História da Ciência, 8(2), 391–393.

<https://rbhciencia.emnuvens.com.br/revista/article/view/187>

Castel, R. (1995). *Las metamorfosis de la cuestión social: Una crónica del salariado*. Paidós.

De León, N., y Fernández, J. (1996). *La locura y sus instituciones*. En Terceras Jornadas de Psicología Universitaria: Historia, violencia y subjetividad. Montevideo: Multiplicidades.

Furtado, J. P., Campos, G. W. S., y Cunha, G. T. (2016). *Território e cuidado em saúde mental: Entre a técnica e a política*. Cadernos de Saúde Pública, 32(9), e00059116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ginés, Á., Porciúncula, H., y Arduino, M. (2005). *El plan de salud mental: Veinte años después*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 69(2), 129–150.

Magalhães, T. dos A., y Silva, A. G. (2014). *Condo-*

mínio Estela do Patrocínio e o processo de desinstitucionalização da Colônia Juliano Moreira. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 6(13), 158–172.

Massonnier, I. (1997). *Historia del Hospital Musto: Apuntes para una memoria crítica* [Trabajo final de posgrado no publicado]. Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York: ONU.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Servicios de salud mental comunitarios: Orientaciones para promover enfoques centrados en la persona y basados en los derechos humanos*. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas: Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*. Caracas: OPS. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf

Remersaro, M., y Zubillaga, V. (2021). *Entre la norma y la práctica: Obstáculos para la garantía de derechos en salud mental*. En C. Silva & N. De León (Coords.), *Modificaciones normativas y política asistencial para el*

campo de la salud mental del Uruguay en el siglo XXI: Tensiones y énfasis en la gestión sociosanitaria (pp. 133–156). Montevideo: Universidad de la República, CSIC.

Rotelli, F., De Leonardis, O., y Mauri, M. (1987). *Desinstitucionalización: Otra vía*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7(21), 11–27.

Rudolf, S. (1996). *A diez años del Plan Nacional de Salud Mental*. En *Historia, violencia y subjetividad*. Montevideo: Multiplicidades.

Silva, C., y De León, N. (Coords.). (2021). *Modificaciones normativas y política asistencial para el campo de la salud mental del Uruguay en el siglo XXI: Tensiones y énfasis en la gestión sociosanitaria*. Montevideo: Universidad de la República, CSIC.

Silva, L. C. da, y Pinho, L. B. de. (2015). *O cuidado em liberdade no território: Desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(6), 771–776. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/10091>

Techera, A. (2025). *Proceso de reforma de la salud mental en Uruguay: Análisis del cierre del Hospital Psiquiátrico Musto (1983–1996)* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Lanús].

Turnes, G. (2019). *Pablo Puerriel (1905-1975). Medicina y Pasión*. Montevideo. Ed. Granada

Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413623>

“Y... la libertad, qué sé yo...” Análisis hermenéutico, desde la perspectiva de usuarias/os de salud mental que habitan Casas de Convivencia en la provincia de Santa Fe, Argentina

CHIDICHIMO, Mariana.

Psicóloga, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Trabajadora de planta permanente, Colonia Psiquiátrica Dr. Abelardo Irigoyen Freire- Oliveros (Ministerio de Salud, Santa Fe). Docente, Facultad de Psicología (UNR).

Contacto: marianachidichimo@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6167-9032>

VELZI-DIAZ, Alberto.

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

Contacto: algiova@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6304-2150>

Recibido: 27/07/2025; **Aceptado:** 10/10/2025

Cómo citar: Chidichimo, M. y Velzi-Díaz, A. (2025). “Y... la libertad, qué sé yo...” Análisis hermenéutico, desde la perspectiva de usuarias/os de salud mental que habitan Casas de Convivencia en la provincia de Santa Fe, Argentina. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 60-82

Resumen

Este artículo presenta avances de una investigación de Tesis Doctoral en curso, que tiene como objetivo general analizar el proceso de institucionalización de las Casas de Convivencia para usuarios/as de servicios de salud mental en la provincia de Santa Fe, con relación al aporte a la sustitución y cierre de los hospitales psiquiátricos. Se aborda uno de los objetivos específicos que es relevar la experiencia de usuarios/as, la valoración que hacen de la casa que habitan y de su cotidianeidad.

Se trata de un estudio cualitativo que, desde la perspectiva de la hermenéutica gadameriana y a partir de entrevistas con habitantes de nueve Casas de Convivencia, analiza cómo es habitar una casa para personas que vivieron gran parte de sus vidas en instituciones psiquiátricas, describiendo procesos de apropiación del

hogar y de construcción de una nueva cotidianidad, con énfasis en el ejercicio de derechos civiles y políticos.

Los resultados dan cuenta que la inclusión en una Casa de Convivencia constituye una modalidad estable y con buenos resultados para articular los apoyos necesarios para la vida autónoma, la recuperación de identidad, intimidad, vínculos, costumbres y hábitos. Se registran escasos avances en torno a la inclusión comunitaria y la participación en la vida social y política, motivo por el cual se considera necesario priorizar el principio ético-político y sanitario de ciudadanía en la gestión de las políticas y en el diseño de las prácticas, para construir nuevas estrategias de cuestionamiento y sustitución del modelo manicomial, profundizando la construcción de servicios comunitarios.

Palabras clave: Casa de convivencia, Servicios Comunitarios de Salud Mental, Integración a la Comunidad, Perspectiva de los Usuarios, Argentina

"Freedom, what do I know...". A Hermeneutic Analysis of the Lived Experience of Mental Health Users in Communal Houses in Santa Fe province, Argentina

Abstract

This article presents the initial findings of an ongoing doctoral thesis. The main objective of the thesis is to analyze the institutionalization process of Communal Living Houses (Casas de Convivencia) for mental health service users in Santa Fe province, Argentina, and their contribution to the substitution and closure of psychiatric hospitals. The article focuses on one specific objective: to explore the experiences of users and their perceptions of the house they inhabit and their daily lives.

This is a qualitative study that, from a gadamerian hermeneutic perspective and based on interviews with residents of nine Communal Living Houses, analyzes what it means to inhabit a home for people who have spent a large part of their lives in psychiatric institutions. The study describes the processes of appropriation of the home and the construction of a new daily routine, with an emphasis on the exercise of civil and political rights.

The results indicate that inclusion in a Communal Living House is a stable and effective way to articulate the necessary supports for an autonomous life, the recovery of identity, intimacy, relationships, customs,

and habits. However, the findings reveal limited progress regarding community inclusion and participation in social and political life. For this reason, it is considered necessary to prioritize the ethical-political and health principle of citizenship in policy management and practice design. This approach aims to build new strategies for challenging and replacing the asylum model, thereby deepening the construction of community-based services.

Keywords: Cohousing, Community Mental Health Services, Community Integration, User's Perspective, Argentina

Introducción

Desde mediados del siglo pasado se han construido estrategias de cuestionamiento y propuestas de transformación del modelo manicomial con diversos resultados y balances. Tal como plantea Galende (2008), el desafío es diseñar simultáneamente alternativas para pacientes psiquiatrizados, políticas sustitutivas para no psiquiatrizar más y programas que lleven al cierre de los manicomios.

En el año 2010, producto de la lucha generada desde diversas experiencias organizativas que visibilizaron la segregación y el maltrato al que son sometidas las per-

sonas en las instituciones manicomiales (CELS, 2008), se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657 (LNSMyA) en 2010, reglamentada en 2013. Primera vez que se cuenta con una legislación nacional que, además, propone la sustitución y cierre definitivo de los hospitales psiquiátricos. La misma, plantea la construcción de un modelo de atención en salud mental con el doble propósito de lograr accesibilidad a la población que no recibe atención y diseñar una red de dispositivos que sustituyan a las instituciones psiquiátricas y se ocupen de la población allí alojada.

En la primera etapa se dieron avances en la construcción de proyectos de adecuación y/o sustitución de los hospitales psiquiátricos. También se impulsaron debates acerca del diseño e implementación de un modelo de atención respetuoso de los derechos humanos (DDHH) y se explicitaron resistencias a la implementación real de la legislación y la diferencia de poder de los distintos actores involucrados en este proceso de reformulación.

La particularidad regional de la provincia de Santa Fe radica en ser de las primeras del país en contar con legislación en materia de salud mental -Ley N° 10.772 (1991-2007)- aunque, al mismo tiempo, con una lógica e historia hospitalocéntricas representada por la exis-

tencia de grandes instituciones monovalentes. En el año 2019 se publican los resultados del *Primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental*, herramienta fundamental para la elaboración y evaluación de la política pública en el área. En la provincia de Santa Fe, 295 personas se encontraban internadas en tres instituciones del sector público.

Entre los servicios alternativos al manicomio, los residenciales responden al problema generado por las internaciones prolongadas que obstaculizan las posibilidades de vivir en comunidad. Interesa destacar la experiencia pionera de la provincia de Río Negro, en la cual se realizó una profunda transformación que incluyó el desarrollo de nuevas prácticas y servicios, entre ellos estructuras intermedias como casas de medio camino y casas de convivencia, el cierre del hospital psiquiátrico provincial (1988) y el planteo de una nueva cultura en la atención conocida como desmanicomización (Cohen y Natella, 2013). Otro programa pionero fue el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), creado en el año 2000, el cual en el año 2019 llegó a alojar a 64 personas en 20 viviendas (Riva Roure *et al*, 2019). En la provincia de Santa Fe la existencia de casas de convivencia, en tanto política pública dependiente de la Dirección Provincial de Salud Mental, con algún grado de continuidad, se remon-

ta al año 2006.¹ En el 2019 la propuesta habitacional se componía de doce casas ubicadas en las localidades de Santa Fe, Oliveros, San Lorenzo y Rosario, habitadas por 37 usuarios/as, en las que trabajan 35 personas con distintas formaciones disciplinares. En el año 2022 nuestro país contaba con 285 dispositivos habitacionales distribuidos en las distintas regiones (Ministerio de Salud, 2023).

A continuación, presentamos avances de una investigación de Tesis Doctoral en curso, que tiene como objetivo general analizar el proceso de institucionalización de las Casas de Convivencia para usuarios/as de servicios de salud mental en las políticas públicas en la provincia de Santa Fe. Para dar cuenta de ello se destacan diversas aristas del problema: la historización del surgimiento, la identificación de los principios políticos y sanitarios a partir de los cuales se diseñaron, y las características de conformación y funcionamiento. Las mismas se abordan desde las perspectivas de gestoras/es, trabajadores/as y usuarios/as con la intención de analizar el aporte de los espacios residenciales a la sustitución y cierre de los hospitales psiquiátricos. En este artículo se aborda uno de los objetivos específicos que es relevar la experiencia de las personas que habitan casas de convivencia, la valoración que hacen de las mismas y de su cotidianidad. En los últimos años se

ha construido un consenso sobre la importancia de la participación real de los/as usuarios/as y de su valoración en torno a la oferta de servicios y a la modalidad de abordaje. Destacar la voz de usuarios/as es una deuda histórica y uno de los ejes indispensables de toda reforma en salud mental.

Materiales y método de trabajo

El estudio es de carácter cualitativo con un enfoque basado en la hermenéutica, camino del pensamiento no separado de la praxis. La interpretación hermenéutica se pregunta por el comprender atento a las limitaciones producto de los prejuicios inherentes al hecho de pertenecer a determinado grupo social, tiempo histórico y formación, y al reconocimiento de la autoridad, que posibilita la inclusión del conocimiento de los otros. Para Gadamer (1996) son el presente y sus intereses los que interpelan la tradición; por lo cual se realiza un reconocimiento crítico de las tradiciones del área con el fin de comprender la institucionalización, organización y funcionamiento de las casas de convivencia en el ámbito local.

Los desarrollos de Rosana Onocko Campos (2003), resultan un aporte valioso a las características del objeto abordado. La autora plantea la importancia de la

historicidad a la hora de *destacar* el objeto de estudio, ya que destacar es siempre una relación recíproca. Algo que se destaca, torna simultáneamente visible aquello de lo que se destaca. Este abordaje se contrapone al clásico recorte del objeto, operación que muchas veces termina amputando al objeto de sus relaciones de producción, de su historicidad y de su sentido. En este caso, destacar es reflexionar desde la historia y las prácticas que se sostienen en las casas de convivencia, sobre las condiciones, potencialidades y obstáculos para la sustitución efectiva del manicomio.

Se analiza el periodo comprendido entre el año 1994, momento de creación de la primera casa, y agosto del año 2019 momento de finalización del trabajo de campo. En primer término, se realiza un rastreo y revisión de documentos y escritos ministeriales (Dirección de Salud Mental, 2005a, 2005b, 2007a, 2007b, 2010, 2011, 2015; Ministerio de Salud, 2013) y se toman en consideración dos documentales (Ministerio de Salud, 2013a, 2013b). El estudio abarca 15 experiencias de las cuales tres no se encontraban en funcionamiento al momento del trabajo de campo. Las casas se codificaron del C1 al C15 en función de la fecha de creación.

Se visitaron nueve de las doce casas y allí se realizaron - previa cita - entrevistas grupales con los/as

usuarios/as en siete de ellas y una entrevista individual. En todos los casos, el equipo terapéutico transmitió la invitación y compartió el consentimiento informado con los/as usuarios/as con el propósito de disponer del tiempo necesario para tomar la decisión de participar. En todas las ocasiones se dialogó en torno a la mesa y, como sucede en toda vivienda, sonó el timbre, llegó gente, entraron los perros sin permiso, se hizo el horario estipulado para algún quehacer.

La inclusión de la perspectiva de los/as usuarios/as de servicios de salud mental

Los movimientos de usuarios/as son un importante actor en las políticas sociales en tanto exigen la participación en la gestión de la salud mental. Hay una amplia historia (Desviat, 2011) desde aquellos encuentros de ex pacientes de hospitales psiquiátricos en las escalinatas de la Biblioteca Pública de Nueva York, en la década del '40 del siglo pasado, de su conversión en verdaderos movimientos de expsiquiatrizados, en los años 60', coincidiendo con el auge de la antipsiquiatría, o en movimientos institucionalizados de incidencia mundial o de gran implantación popular y peso político como el que se viene dando en Brasil. Los movimientos de pacientes, familiares y ciudadanos han sido esenciales en los procesos de reforma psiquiátrica, han pasado de ser

marginales a participar en la política de los servicios, sobre todo en su lucha por la defensa y conquista de derechos civiles y ciudadanía plena, que constituyen parte esencial de las barreras y la discriminación.

La inclusión de la perspectiva de usuarios/as en las investigaciones del campo reviste un interés particular en tanto permite comprender la vida real de los servicios, los efectos de las prácticas y aportar a fortalecer su participación directa en los mismos, en las estrategias de cuidado y en la gestión de políticas. En particular, interesa el reconocimiento de su palabra en tanto sobre ellos/as han recaído los efectos de los distintos modelos de atención, motivo por el cual es imprescindible su perspectiva en los debates sobre los procesos de reforma. Los aportes de los/as usuarios/as son esenciales en tanto posibilitan tener una comprensión del desempeño *real* de los servicios, a diferencia de otras fuentes de información que van más en la línea del desempeño *esperado o ideal* (Ardila, 2012).

La historia no ha sido solamente que los servicios y profesionales han reconocido la necesidad de la inclusión, sino que las agrupaciones de usuarios/as han luchado para que sea una realidad concreta y porque nada de lo que se decida sobre su tratamiento y sus vidas los excluya (Agrest, 2011). La participación aparece así

como una necesidad y como punto de articulación de una nueva relación política. En este sentido, Stolkiner y Ardila (2012) afirman que estos nuevos protagonistas son indispensables para modificar la tendencia fuertemente corporativa de los actores tradicionales del campo y modificar su resistencia a las transformaciones.

En la provincia de Santa Fe desde mediados de la década del 90 se han sostenido experiencias de participación de usuarios/as, propuestos y acompañados por trabajadores/as. Si bien es cierto que han incidido en el cuestionamiento y democratización de diversos aspectos de las instituciones manicomiales, la participación real no logró trascender los límites de la toma de decisiones intrainstitucionales. Más allá de lo valioso de estas experiencias, el reconocimiento de la palabra de los/as usuarios/as de los servicios de salud mental continúa siendo una deuda en la mayoría de las prácticas del sector.

Un hito importante fue la constitución de un movimiento de usuarias/os a nivel local, a partir de una iniciativa surgida, por primera vez, fuera de los ámbitos asistenciales y con autonomía de las instituciones manicomiales. La *Asamblea de Usuarixs de Salud Mental por Nuestros Derechos* (Rosario, Santa Fe) nace en junio de 2013, como proyecto de Extensión Universitaria, de la

Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. Es un espacio conformado por usuarias/os, familiares y activistas que se reúnen en asamblea quincenalmente para informarse, debatir y hacer valer sus derechos. La misma está abierta a la participación de los que, según sus palabras: “quieran organizarse con otros, para ser protagonistas en la pelea cotidiana por los derechos a la salud mental, para que nada acerca de nosotros sea discutido y llevado adelante sin tener en cuenta nuestra opinión y nuestro deseo” (Augsburger, Gerlero y Taboada, 2016, p. 32). En una conferencia en el año 2015 plantean que su objetivo principal es luchar por la defensa y el respeto de sus derechos, a partir de intervenir en todos los acontecimientos que tengan que ver con la salud mental, ya que las instituciones y los que están a cargo no los respetan. Exigen que se implemente la LNSMyA y una política en salud mental, no como *alternativa*, sino que sustituya a los manicomios. Afirman que los mismos y la lógica manicomial destruyen al usuario, su dignidad y su personalidad, insisten en que no hay salud mental posible en el encierro y el aislamiento. Resaltan la importancia de garantizar su participación en toda discusión que se lleve a cabo sobre ellos. “Es por eso que la palabra debe ser nuestra. Por eso, creemos que es necesario cambiar la mirada que la sociedad tiene sobre nosotros” (Augsburger, Gerlero y Taboada, 2016, p. 32).

Si bien el desarrollo de investigaciones y evaluaciones que incluyan la perspectiva de los/as usuarios/as viene creciendo en el último tiempo en Argentina, los antecedentes muestran que su perspectiva ha tenido escaso desarrollo en las investigaciones del campo en la provincia. Privilegiar su voz constituye una decisión metodológica, ética y política; aporta al empoderamiento del sector al visibilizar su experiencia, a reflexionar sobre las lógicas de trabajo actuales e incentivar la inclusión de su valoración sobre las prácticas alternativas al manicomio en el diseño de las políticas del sector.

Del manicomio a la comunidad

Las casas de convivencia dan respuesta a dos problemas: *las internaciones prolongadas* con el consecuente desarraigo y ruptura de vínculos familiares y sociales; y la *cronificación institucional* que tiene por efecto la objetivación de los sujetos, la pérdida de identidad y un progresivo deterioro subjetivo para la vida autónoma.

En un primer acercamiento a los desafíos que se deben transitar, resalta la diferencia entre el cotidiano instituido en los hospitales psiquiátricos donde impera la rutina, la dependencia y la sumisión, y las exigencias cotidianas de vivir en una casa, donde la rutina exige iniciativa y acciones concretas, cuidados de sí y de las/

os otras/os, organizar y sostener el funcionamiento doméstico. Entonces ¿Cómo es habitar una casa para aquellas personas que vivieron parte de sus vidas en instituciones psiquiátricas?

Desde las experiencias transitadas, las narrativas muestran las dificultades existentes para reconstruir la vida luego de una internación. Gran parte de estas se relacionan, intrínsecamente, con los efectos subjetivos que produce la institución total, con el encierro y la exclusión padecida durante años. También, se enlazan con los desafíos que implicó volver a vivir en comunidad, los apoyos que se necesitan y las posibilidades que se movilizan. La mayoría de los relatos se construyen a partir de un contrapunto entre el manicomio y la comunidad. En el documental *Residencia Compartida para usuarios de salud mental* (2013b), una de las usuarias afirma sin dudar: “Hay un abismo de diferencia, me cambió la vida, en el hospital no sos persona, me cambió la vida la casita asistida, la derivación acá, yo me dedico a las plantas”, visibilizando así la pérdida de derechos y la magnitud del cambio que implica volver a tener un hogar. Los relatos muestran la importancia de reconstruir la cotidianidad y recuperar el sentido de las acciones de todos los días, reapropiarse de saberes y costumbres que se perdieron o se vieron imposibilitados durante los años de internación.

Me gusta bañarme a la mañana temprano que estoy sola... me lleva una hora y media, dos horas estar en el baño. Que las cremas, que secarse. Con las internaciones yo perdí la costumbre de todo eso y del maquillaje porque de joven, de casada, no salía de la casa si no salía con maquillaje. Hasta para hacer los mandados. Perdí esa costumbre. (Usuaría C 12)

Por otra parte, entre los múltiples desafíos que se ponen en juego se encuentra la necesidad de lidiar con los estigmas existentes en la sociedad. Un usuario enfatiza la indiferencia que percibe en el trato: *Algunos ni miran. No, yo creo que hacen diferencia en no vernos. No le doy valor yo, son los menos* (Usuario C 8). En este sentido resultan significativas las palabras de Jorge: *no se olviden de nosotros, que nosotros no somos pájaro de otro nido* (Ministerio de Salud, 2013a). Las narrativas de usuarios/as le dedican un espacio importante a la historización de la propuesta y a la posterior decisión de vivir en esa casa de convivencia. Se observa que esa propuesta no siempre es aceptada rápidamente o considerada la mejor opción, a pesar de que la mayoría de las veces no existen muchas opciones alternativas. Una usuaria recupera el proceso que transitó previamente a tomar la decisión debido a que se ponía en juego resignar el deseo de retornar a la vivienda familiar:

Era tiempo de que yo fuera a otro lugar. Me dieron el alta. Cada vez que venía les decía que no porque yo quería volver a mi casa. Una vez que vi la casa, y que estuve acá viviendo... que me mandaban unos días y me tenía que volver y así me gustó. (Usuaría C12)

No son pocos los temores y las dudas que se despliegan ante la decisión. Varios relatos se detienen en el lugar que ocupó la propuesta de habitar una casa de convivencia con otros/as usuarios/as. Los imaginarios presentes en torno a la locura -aún en quienes son usuarios/as de servicios de salud mental- y el hecho de convivir con el sufrimiento propio y ajeno durante la internación son elementos que inciden negativamente en un primer momento. Resulta interesante el relato de una usuaria que pudo elegir habitar una casa de convivencia luego de transitar otras experiencias que reanudaron el circuito manicomial:

[Psicóloga] me dijo “¿no querés una casa asistida?”. No, me voy a ir a una pensión. Porque tenía temor a encontrarme con patologías más... como me pasó con [usuaria] había cosas que no... Bueno, me fui a una pensión. Terminé internada un año y medio en [hospital monovalente]. El 10 de julio me mudé acá, le planteé a todo el equipo: yo me quiero mudar. Estuve 15 días sola porque las chicas tenían que hacer el período de adaptación, cuando traspasé esa puerta

con [trabajadora] le dije: esto es el cielo. (Usuaría C12)

Otra de las usuarias entrevistadas recuerda las dificultades que se presentaron para ella, en tanto implicó una externación en soledad:

Me sentía muy mal sola adentro de la pensión. Estuve en estado de depresión y agarré y me fui al [hospital monovalente]. Me interné otra vez porque les dije que no podía estar sola. Y que me diera una casa asistida para ir a vivir con alguien. (Usuaría C 14)

Un elemento a destacar de los resultados es la importancia de la existencia de vínculos entre las personas convivientes. La mayoría de los/as usuarios/as entrevistados coinciden en que fue relevante conocerse previamente con los/as otros/as y las características de los lazos afectivos existentes.

En distintos relatos se hace foco en los afectos y en el proceso de construcción de vínculos entre quienes comparten el hogar. Se enfatiza la importancia de la compañía y la contención durante el proceso:

Bueno, después me habló de la casa asistida. Me dice mira que [usuaria] va ahí y qué sé yo. Y ahí tuvimos la primera cita, estábamos en [sala de ingreso de un hospital monovalente] las dos. Salíamos a comer, yo entraba a la pieza

llorando. Entonces ahí todas las compañeras estábamos... nos acompañamos. Después me dijeron el sí y acá estoy con ella. (Usuaría C12)

Los relatos en torno a las condiciones materiales estuvieron presentes en todas las entrevistas y formaron parte de los planteos de todas las personas. Se observa una modalidad recurrente que consiste en detenerse en enumerar, describir y mostrar con mucho entusiasmo los espacios y objetos propios y comunes. Además, se pondera positivamente el acceso a comodidades básicas como por ejemplo contar con heladera, televisor, reloj despertador, etc. También se destaca la importancia de disponer de espacios íntimos, por ejemplo: *No sé cómo explicarlo. Acá estamos mejor, más tranquilos [...] Acá estamos los tres. (Usuario C6)*

La posibilidad de tomar decisiones sobre la propia vida y de llevarlas a cabo es un aspecto priorizado en la mayoría de los relatos: *Y... la libertad, qué sé yo. Allá no te dejaban salir sola (Usuaría C 14)*. Otros sentidos que insisten se relacionan con las responsabilidades y elecciones que se ponen en juego en las pequeñas pero importantes decisiones cotidianas. Por ejemplo, los horarios y las rutinas: *Comer tarde. En [hospital monovalente] no se podía (Usuarios C13), Me gustó porque no tiene los horarios que teníamos allá estrictos (Usuarías C12)*. La

elección de la comida: *Acá tenemos la oportunidad que no teníamos en el hospital de hacer la comida que nosotras queremos* (Usuaris C12). En este sentido, la posibilidad de decidir sobre la organización de la cotidianidad adquiere una relevancia significativa en las apreciaciones acerca de los cambios acontecidos: *Acá es mejor, en [hospital monovalente] es como algo rutinario, todos los días lo mismo. Y acá no, acá vos te organizás en hacer la limpieza, los mandados, cocinar, casi como una casita* (Usuaris C9). Si bien todos los relatos hacen foco en los aspectos positivos del cambio, uno de los usuarios entrevistados analiza las dificultades inherentes a la nueva posición:

[...] me como algo como para disfrutar un poco ¿sabes lo que pasa? no como más como comía en [hospital monovalente]. Yo ahora si tengo que comer un bife con huevo frito, me lo tengo que hacer yo y no me resulta nada fácil porque en los últimos 5 años tuve que hacer muchas cosas. (Usuario C1)

Otro aspecto relevante de su relato se relaciona con los riesgos y las responsabilidades en torno al cuidado del hogar y la propia vida: *tener cuidado que no quede la estufa prendida toda la noche porque puede incendiarse algo, cerrar bien la garrafa, la cocina, la heladera, las canillas del baño, todas esas cosas hago* (Usuario C1).

Los resultados obtenidos dan cuenta de una valoración positiva de la propuesta de implantación de casas de convivencia a partir de la experiencia de las personas entrevistadas: *debería haber más casas, hay mucha gente internada todavía* (Usuaris C 14), *¡Uh, era terrible! Nunca me imaginé vivir en una casa así, estoy contento, del [hospital monovalente] no quiero ni acordarme nunca más volví me atiendo en la salita* (Usuario C7).

Los desafíos de habitar una casa

Los interrogantes en torno a qué es una casa y qué implica habitarla para quienes pasaron parte de sus vidas en instituciones psiquiátricas alertan sobre el desafío y la complejidad de habitar una casa que, además, forma parte de la red de atención en salud mental. En este sentido resulta interesante indagar ¿Cómo se construye o reconstruye la cotidianidad? ¿Cuáles son los elementos que permiten pensar en procesos de apropiación del hogar?

La convivencia se presenta, a la vez, como uno de los grandes desafíos a transitar y constituye uno de los apoyos más cercanos ante las dificultades e incertidumbres cotidianas. Es el lugar del acuerdo y la diferencia, del conflicto y sus vías de resolución, de la prueba y el error, de la compañía, el apoyo y la contención, tam-

bién del encuentro consigo mismo/a, las tareas y responsabilidades.

En la entrevista realizada en la C9 las usuarias dan cuenta de la existencia de conflictos y describen el modo en que los acuerdos colectivos operan en la cotidianidad: *Se discute y después se pide perdón. No se pelea, cumplimos.* Se observa una clara referencia al contrato de convivencia, descrito por los/as trabajadores/as, aunque no lo nombran de ese modo.

Desde la perspectiva de los/as usuarios/as los acuerdos de convivencia se relacionan, principalmente, con los modos de organizarse para realizar las tareas cotidianas, se releva que éstos se construyen a partir de criterios diferentes y se llevan a cabo de distintos modos en cada grupo. Las rutinas constituyen -en los diversos relatos- un apoyo importante para el ordenamiento de la cotidianidad, que también presenta sus desafíos. Por un lado, se describen tareas fijas, diarias o semanales, previamente asignadas, en función de las posibilidades o elecciones, consignadas por escrito y dispuestas a la vista de todos. En una de las entrevistas se recuerda el proceso de construcción del acuerdo:

[Psicóloga] hizo la lista. Nos preguntaron quién podía hacer tal cosa y cada cual empezó haciendo lo que sabía. Fue

en una reunión de convivencia, los días lunes qué puede hacer una, los días martes...hacemos lo que está escrito. Un día le toca a una, un día le toca a otra. (Usuarias C9)

Por otro lado, otros/as usuarios/as describen dos modalidades distintas de organización cotidiana en función de cambios en el grupo conviviente. Hubo un tiempo de tareas fijas y previamente asignadas, para pasar luego a un modo más espontáneo y participativo: *Yo lo que se necesita de verdad, lo hago. Cada uno sabe lo que tiene que hacer cuando está sucio algo o hay que cocinar. Todo eso son los quehaceres que uno tiene que saber de por sí (Usuarios C8).*

Otras usuarias narran una modalidad organizativa en la cual las iniciativas autogestivas y horizontales son centrales: *Eso lo planeamos todo al principio cuando llegamos. Y después se fue dando solo (Usuarias C14).* En una de las experiencias convivenciales se actualiza durante la entrevista grupal el conflicto por el que transitaban debido al no cumplimiento de los acuerdos establecidos: *Las cosas que uso yo, las limpio yo antes y después de usarlas. Porque generalmente no lavan. Allá hay un papel donde... pero no lo hacen (Usuario C13).*

En otro relato se describe un modo interesante de apoyo entre pares basado en vínculos de solidaridad y

en la grupalidad construida: *Este lugar tengo entendido que es de los tres para los tres. Porque él tiene 84 años, está viejito y no puede hacer tareas, barrer... Las tareas las hacemos nosotros, pero él a veces limpia su espacio, el escritorio* (Usuarios C6).

Con respecto a la indagación acerca de los procesos de apropiación del hogar, cabe destacar que el ingreso a las viviendas estuvo signado por la descripción de los espacios, objetos significativos y producciones personales -realizadas en algún taller- que decoran las respectivas viviendas. También, se fue haciendo referencia a las pertenencias personales: *esta es mi cama, mira lo acomodado que tengo mi ropero*. Se relevan tres ejes que permiten pensar la apropiación del hogar: la tenencia de mascotas, el estado edilicio de las viviendas y las visitas.

Interesa destacar que la llegada a algunos domicilios para realizar las entrevistas puso en evidencia que en estas casas también vivían mascotas. Algunas se hicieron escuchar, otras fueron formalmente presentadas y no faltó alguna que irrumpiera súbitamente en la ronda de charla. En tres de las casas visitadas (6, 9, 13) viven cuatro mascotas -tres perros y un gato- y, hasta hace poco tiempo, también hubo pájaros en otra vivienda. En una de las conversaciones (Usuarías C9) se recuerda

la decisión: *yo le pregunté a las chicas y me dijeron que sí, y la responsabilidad que implica: Darle de comer y agua. Yo compro el alimento*. Situación que pone de relieve la presencia de elecciones y decisiones que requieren del consenso y la asunción de responsabilidades. En otra vivienda el ingreso al comedor de dos perros corriendo y el revuelo que se produjo obligó a conversar sobre la existencia de un acuerdo no cumplido y su posterior negociación:

P: Y perro... ya vi que tienen dos perros a pesar de la regla!!

U2: Sí. Pero están en la vereda. (Usuarios C6)

En las entrevistas surgieron variadas preocupaciones y quejas sobre el estado edilicio y el mantenimiento de las viviendas. Lo primero que llama la atención es la recurrencia y centralidad de los relatos acerca del tema.

La ausencia o retraso en la realización de tareas de mantenimiento se encuentran en el primer plano de las quejas compartidas:

U1: Si estuviera cerrado el patio, pondría flores, pensé en hacer una huerta en el fondo. Pero después no, por los caballos que entran y salen... Y las hormigas también.

U2: Sí porque para mí lo más importante es que nos cierren el patio. Para que ella pueda trabajar, cuidar sus plantas. Y

nosotras tengamos un poco más de libertad para ir al patio y descansar ahí.

U3: Aprovechar el lugar de la casa.
(Usuarías C14)

Si bien se considera que estas situaciones interfieren en la posibilidad de gozar de una calidad de vida adecuada y generan dificultades para disfrutar de la casa y desarrollar proyectos, por otro lado, la preocupación o el reclamo sobre estas condiciones de vida constituyen prácticas sociales en estrecha vinculación con procesos de apropiación del hogar sobre los que se intenta reflexionar. También se destacan las iniciativas en pos de solucionar los problemas existentes:

[...] te apoyas en una pared y te llenas de pintura. Es un trabajo muy difícil parece... yo les decía si querían, cuando vengan a arreglar yo podía colaborar con pintar o trabajar para la casa, así queda mejor. Pero los del presupuesto no dejan que vengan a trabajar porque no se puede, no alcanza. (Usuario C1)

Finalmente, la propuesta de conversar sobre las visitas despertó mucho interés en los decires. Se comparan expectativas ligadas a los afectos: *Yo estoy esperando que venga mi hijo de España, va a venir de visita* (C12). El tipo de relato que se construye evidencia que las visi-

tas tienen un carácter bastante excepcional, sólo en dos situaciones se da cuenta de cierta periodicidad, en un caso se trata de familiares cercanos y en otro de amistades construidas en la iglesia: *Él tiene unas amigas que vienen a cocinar a veces, van a la capilla con el Padre, vienen dos veces por semana* (C8).

Los datos a los que se pudo acceder indican que algunos/as usuarios/as no reciben ningún tipo de visita, una sola persona lo pone a cuenta de una decisión personal.

Los recuerdos que se comparten refieren principalmente a familiares (C1, C9, C12 y C13), a amistades (C6, C7, C8 y C12) y en menor medida a vecinos/as (C6 y C9). Tanto la presencia del equipo como el encuentro pautado para realizar la entrevista para este estudio fueron asociadas a una visita (C7 y C13).

La construcción de la hospitalidad es un aspecto relacionado con las visitas, ésta se sostiene en una serie de decisiones y disposiciones: recibir, invitar, convidar, etc. En una de las entrevistas se plantea: *Tratamos de ver qué quieren. Cuando viene mi hermano quiere una Coca, mortadela, yo hago lo que puedo porque es mi hermano* (Usuario C1). Los decires van dando cuenta de las posibilidades que se inauguran para la reciprocidad de los

lazos y el restablecimiento de vínculos, a partir de tener un hogar donde recibir y alojar a los seres queridos.

La ciudadanía. El ejercicio de derechos

Los resultados obtenidos permiten confirmar que las casas de convivencia ofrecen un escenario propicio para el despliegue de prácticas tendientes a lograr la restitución, conservación o ampliación del acceso a derechos, lo cual podría dar cuenta de lo que Vasconcelos (2000) denomina ciudadanía especial. El pasaje del modelo rehabilitador al modelo social trae al centro de la escena la cuestión de la ciudadanía, en clara ruptura con el modelo biomédico (Saraceno, 2003; Mercier, 2004; Palacios, 2014). Desviat (2011) sitúa que la sostenibilidad del modelo comunitario está en reinventar la clínica como construcción de posibilidades y subjetividades desde un paradigma centrado en el cuidado y la ciudadanía. En función de esto, se indagó sobre cuatro ejes: educación, trabajo, uso del dinero y participación en las elecciones.

El acceso a la educación no es una preocupación o área de interés para la mayoría de los/as usuarios/as entrevistados/as. Se realizaron escasas referencias al tema y nadie refirió estar en algún trayecto educativo. Las que se realizaron se vinculan con proyectos que,

por distintos motivos, aún no han podido concretarse. A modo de ejemplo: *El año que viene quiero terminar el secundario, porque me costó mucho. Entonces quiero repasar y después quiero terminar y empezar a estudiar, tener una carrera* (Usuaría C12).

En la Casa 4 (Scandizzi, 2012, p. 9) una usuaria relata que su *cuenta pendiente* era terminar la escuela. Proyecto que pudo concretarse en una escuela primaria nocturna del barrio, a partir de la articulación con una médica del Centro de salud de referencia, debido al hecho azaroso de que también es maestra y acompañó esa iniciativa desde su doble pertenencia laboral.

Llama la atención que la participación en talleres de formación o capacitación, la relacionan con actividades recreativas y de socialización más que con el acceso a la educación. El acceso al trabajo ocupa un lugar central en el proceso de desinstitucionalización y en la construcción de un modelo comunitario. Pasquale (2011) construye una serie de indicadores de Servicios de Salud Mental Comunitarios que garantizan el tratamiento y el respeto de los derechos de los ciudadanos. Entre estos destaca el acceso al trabajo en tanto constituye el nivel máximo de rehabilitación debido a que construye y precisa de diversas habilidades y genera recuperación de valores sociales si está realizado en lugares reales.

El trabajo es una de las dimensiones de la vida que se ve abruptamente suspendida ante una internación: *Antes yo trabajaba, pero ya se me fueron los años, me llevaron a la colonia, me llevaron a la otra casa, me trajeron acá* (Usuario C13). Por un lado, la pérdida de habilidades y rutinas producto de la prolongación de las internaciones hace que sean necesarios diversos apoyos para volver a trabajar; por otro lado, los estigmas y las representaciones asociadas a la locura hacen que sea difícil recuperar o reconstruir la historia laboral. A su vez, muchos/as usuarios/as realizan durante las internaciones diversos trabajos invisibilizados y no reconocidos como tales, aun cuando algunas veces reciben un pago, siempre mínimo, por el mismo.

En las entrevistas realizadas, el acceso a la jubilación revistió importancia para muchas de las personas externadas de instituciones manicomiales. Importancia no sólo relacionada con la mejora de la calidad de vida debido al ingreso económico y las prestaciones de la obra social, sino también con la posibilidad de resignificación de sus historias y con el valor reparatorio del reconocimiento estatal del estatuto de trabajador, ahora jubilado.

De las 37 personas alojadas en casas de convivencia sólo dos usuarias se encontraban trabajando. En

un caso, un trabajo precario e informal: *estoy limpiando una casa de una amiga, así que de a poco limpio casas... no me dejaban trabajar, ahora ya estoy más libre y puedo...* (Usuaría C12). En el otro, la inclusión en un dispositivo sustitutivo de capacitación y empleo destinado a usuarios/as dependiente de la DPSM. Una usuaria expresa –con mucho entusiasmo– el reciente acceso, luego de terminada la capacitación, a una propuesta laboral en el emprendimiento: *Yo soy Ayudante de cocina. Ahora nos dieron un trabajo. Nos ponen intercalados porque somos bastantes, dos días y sábado por medio* (Usuarías C14).

Un dato interesante es que muchos de los/as usuarios/as participan de talleres culturales o productivos en espacios de salud mental en los que se accede a algún ingreso económico generado por la venta de lo producido. En ninguna de las entrevistas se relacionó esta participación con la pregunta por el trabajo. Además, interesa destacar que dos usuarias hicieron referencia a la búsqueda de trabajo (C14) y otras dos a proyectos laborales (C1, C12) que se relacionan con la recuperación de rasgos de identidad:

U1: Hago de todo. Siempre, cuando era chica... a los 9 años aprendí a cocinar.

T: Ella tenía un microemprendimiento en [Hospital monovalente] que vendía pizzas.

U2: *Pasa que acá todavía no hay gas.*

U1: *Pero si no, ya lo estaría haciendo.*

(Usuaris C12)

Acceder al trabajo para las personas que han pasado parte de sus vidas institucionalizadas requiere contar con programas que garanticen ese derecho. Debido a que aún son escasas las articulaciones entre las propuestas habitacionales y laborales, resulta útil y eficaz diseñar políticas específicas intersectoriales e interministeriales que aborden la problemática.

Salvo excepciones transitorias, todos los/as usuarios/as que habitan las casas estudiadas poseen jubilación, pensión derivada o pensión por discapacidad, nacional o provincial. Contar con algún ingreso constituye, en la actualidad, un criterio de admisión a las casas a pesar de las contradicciones que transmiten los equipos.

Algunas personas tienen aún vigentes procesos de restricción de capacidad jurídica, motivo por el cual tienen asignados apoderados o curadores, situación que muchas veces funciona como barrera para la autonomía. En varias entrevistas se hizo alusión a preocupaciones en torno al dinero. Los relatos se centraron en las decisiones políticas de recorte de derechos y al ries-

go de suspensión de beneficios sociales: *No tengo mucha, pero está bien, lo que me preocupaba cuando vi en la tele que Macri quería sacar la pensión. Y yo decía no...!!! ¿Con qué voy a comprar aunque sea cigarrillos?* (Usuario C1).

La administración y uso del dinero se abordan con asiduidad en las reuniones de convivencia, muchas personas tienen algún nivel de autonomía en el manejo del y la mayoría cuenta con apoyos. En varias entrevistas se hace referencia a actividades como ir a cobrar y a hacer compras, las cuales en general se realizan con acompañantes terapéuticos. También se describen acciones concretas como repartir el dinero por semana, o acuerdos con almacenes, que funcionan como apoyos a la administración.

Si bien se puede percibir una lógica general en el modo de abordaje de cada equipo, se presentan diferencias en la forma en que disponen y utilizan el dinero habitantes de una misma casa, lo cual podría relacionarse con prácticas respetuosas de las distintas posiciones y necesidades de apoyo que presentan los miembros de un grupo conviviente, por ejemplo:

P: *Entonces, ¿le van dando por semana o por día?*

U1: *Por semana.*

U2: *El dinero del mes y pago las cuentas corrientes y*

algún gusto con dinero... Y no fiado. Ropa y alimentos, artículos de limpieza. Eso es lo que gasto yo, disculpe.

P: De los gastos comunes de la casa, ¿hay cosas que pagan ustedes?

U1: La luz la paga Salud Mental, el agua la paga Salud Mental.

P: ¿Y ustedes pagan alguna cosa?

U2: Sí, tenemos la cuenta de Anita.

(Usuarios C6)

A partir de lo escuchado, es posible percibir los límites en el ejercicio de la autonomía en torno al uso del dinero en viviendas situadas en barrios marginales. La pobreza existente sumada a la presencia de narcotráfico genera entramados comunitarios que facilitan el acceso al consumo, potenciando la vulnerabilidad e incrementando los riesgos de la población con problemáticas de adicciones alojadas en las viviendas. Cabe destacar que el nivel de autonomía en torno al uso de los ingresos económicos propios, contrasta con una mayor intervención del equipo en la administración de los recursos financieros provenientes del presupuesto estatal destinado a los gastos de funcionamiento. En una de las entrevistas se plantea: *[coordinadora] se ocupa de la limpieza y [acompañante] de la comida. Después, compramos con nuestra plata en el barrio lo que queremos* (Usuaris C12).

Al indagar sobre la participación en los comicios electorales (el trabajo de campo se realizó en los meses previos a las elecciones presidenciales del año 2019), se obtuvo respuesta e interés por el tema en las ocho entrevistas realizadas. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad prohíbe la discriminación en el reconocimiento y ejercicio de derechos políticos por motivo de discapacidad (ONU, 2006). No obstante, aún son muchas las barreras existentes para el ejercicio de los derechos políticos de las personas con discapacidad psicosocial.

De los 21 usuarios/as, con los que se conversó, sólo cinco votaron en las últimas elecciones, ocho de las dieciséis personas que no lo hicieron plantean que tal vez lo harían en las próximas. Ocho usuarios/as recuerdan haber votado al menos una vez en su vida. Tres usuarias recuerdan que las veces que lo hicieron fueron previas a la internación. Los relatos confirman que la internación en instituciones monovalentes y las concepciones incapacitantes funcionan como obstáculo al ejercicio de este derecho, por ejemplo: *Yo no voté porque me acostumbré a no votar* (Usuario C14). Otros relacionan la posibilidad de votar con su inclusión en una casa de convivencia: *en [hospital monovalente] no votábamos, cuando nos mudamos a esta casa empezamos a votar* (Usuarios C7).

Algunos argumentos se sostienen en significaciones según las cuales no se tiene derecho u obligación de votar debido al padecimiento subjetivo, la discapacidad o a la historia de internación: *No... no sé, tengo que averiguar si es optativo, con certificado de discapacidad, ¿se vota?* (Usuario C6); *no es necesario que uno vote cuando es discapacitado. Si quiero ir a votar, voto* (Usuario C1); *sí, pero los pacientes no pueden votar, no tiene valor nuestro voto* (Usuario C8). Para otras personas, se presenta como una barrera el mecanismo electoral de boleta única: *no los conozco. Miro la tele, pero... No sé cómo elegir, el papelito que tiene las fotos... tenés las caritas, qué sé yo quién son* (Usuarías C14).

En otras entrevistas se hace referencia a la falta de información sobre candidatos y propuestas. Algunas personas esgrimen opiniones que dan cuenta de la elección de no votar: *yo no voto, porque nunca me gustó un político, son todos iguales, como si fueran a ser efectivos. Todos prometen y hacen cagadas* (Usuaría C14).

Finalmente, se explicitaron dudas sobre los derechos civiles y políticos, dando lugar a desnaturalizar concepciones estigmatizantes y a brindar información accesible. Los resultados dan cuenta de falta de información y de la vigencia de posiciones incapacitantes que funcionan como barreras al ejercicio de la ciuda-

danía. Se considera importante abrir líneas de investigación acerca de la construcción de apoyos específicos para potenciar el acceso a una ciudadanía plena, no priorizadas aún.

Conclusiones

La inclusión en una casa de convivencia constituye una modalidad estable y con buenos resultados para articular los apoyos necesarios para la vida autónoma. El derecho a habitar, socializar y trabajar hace efectivo el derecho a la salud mental y a la construcción de vidas dignas de ser vividas. La implantación de casas de convivencia ha generado logros importantes en la recuperación de la identidad, intimidad, vínculos, costumbres y hábitos. La posibilidad de tomar decisiones y llevarlas a cabo es un aspecto muy valorado desde la perspectiva de los/as usuarios/as.

Se registran escasos avances en torno a la inclusión comunitaria y la participación en la vida social y política. Esto da cuenta de la importancia de no reducir lo sustitutivo de las prácticas al aspecto restitutivo de los derechos, debido a que vivir en comunidad inaugura nuevas necesidades, oportunidades y posibilidades a desplegar.

La perspectiva de los/as usuarios/as ha permitido visibilizar lo valioso de cada experiencia convivencial para la vida personal y colectiva, así como la importancia y la necesidad de sostener, ampliar y profundizar la apuesta. Los intereses, deseos y opiniones en torno al ejercicio de derechos imponen el desafío de priorizar el principio ético-político y sanitario de ciudadanía en la planificación de las políticas, y en el diseño y gestión de servicios y prácticas.

Como recomendación final ante lo expuesto, se considera que la formalización de un programa habitacional provincial, que instituya acuerdos interministeriales e intersectoriales, implicaría un avance en la garantía del acceso a derechos históricamente vulnerados.

Una mayor participación de la comunidad y sus recursos en el diseño de las estrategias podría enriquecer los lazos sociales y posibilitar que las prácticas no se limiten a la economía doméstica y se potencie la inclusión comunitaria. A la vez, constituiría un aporte interesante para la construcción de nuevas estrategias de cuestionamiento y sustitución del modelo asilar para, de este modo, avanzar en la construcción de los servicios y apoyos comunitarios que permitan vivir en una sociedad sin manicomios.

Referencias bibliográficas

Agrest, M. (2011). La participación de los usuarios en los servicios de Salud Mental. *VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Volumen (XXII)*, pp. 409-418.

Ardila Gómez, S. (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 Provincia de Buenos Aires*. (Tesis de doctorado inédita). Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina.

Augsburger, C. y Gerlero, S., Taboada, E. (Comps). (2016). *Jornada de Salud Mental. Las políticas públicas en salud mental a 5 años de la sanción de la Ley Nacional*. Instituto de la salud Juan Lazarte.

Centro de Estudios Legales y Sociales. (2008). *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Siglo XXI Editores.

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro*. Lugar Editorial.

Desviat, M. (2011). Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4615-4621.

Dirección de Salud Mental. (2005a). *Programa de sustitución de lógicas manicomiales*. Santa Fe.

Dirección de Salud Mental. (2005b). *Red de Dispositivos Alternativos. Subsidios para procesos de externación y reinserción social de pacientes internados en Hospitales Psiquiátricos*. Santa Fe.

Dirección de Salud Mental. (2007a). *Informe de gestión 2004/2007*. Santa Fe. Noviembre, 2007.

Dirección de Salud Mental. (2007b). *Informe de acciones. Residencia compartida para pacientes en proceso de externación- noviembre 2007*. Componente 1 del Proyecto Red de Dispositivos Alternativos. Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales. Santa Fe.

Dirección de Salud Mental. (2010). *Proyecto Vivien- das Asistidas en la Ciudad de Santa Fe*.

Dirección de Salud Mental. (2011). *Anteproyecto de Programa Intersectorial. Dispositivo Asistencial de Alojamiento*. Documento de circulación interna. Inédito. Santa Fe.

Dirección de Salud Mental. (2015). *Residencias Compartidas para usuarios en salud mental (Zona Sur)*. Cuadernillo de circulación interna. Inédito. Santa Fe.

Gadamer, H. (1996). *El estado oculto de la salud*. Gedisa editorial.

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

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657. Buenos Aires, Argentina. Boletín oficial N° 32.041 de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

Ley de Salud Mental N°10.772. (1991) Registro General de leyes de la Provincia de Santa Fe. Santa Fe, 26 de Diciembre de 1991.

Mercier, C. (2004). L'Évolution des liens entre le logement et l'insertion sociale à travers 40 ans de documents ministériels au Québec. In: H. Dorvil, A. Beaulieu (Orgs.). *L'habitation comme déterminant social de la santé mentale*. Laval: Acfas,

Ministerio de Salud. (2013). Resolución Ministerial nro.2148. Provincia de Santa Fe, Argentina.

Ministerio de Salud. Dirección Provincial de Salud Mental. Provincia de Santa Fe. (2013a). *La Casa*. Realizaciones audiovisuales "Dos Ríos". Disponible en: <http://vimeo.com/77456861>.

Ministerio de Salud. Dirección Provincial de Salud Mental. Provincia de Santa Fe. (2013b). *Residencia Compartida para usuarios de salud mental*. Disponible en: <https://youtu.be/XKVTqjp6FjM>.

Ministerio de Salud de la Nación. (2019). *Primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental*.

Riva Roure, M., Hartfiel, M. I., Irachet, V. y Cáceres, C (2019). Logros y obstáculos en 20 años de trabajo del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital José A Esteves. En *Haceres colectivos. Investigaciones y experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina*. Ministerio de Salud. Argentina.

Ministerio de Salud Argentina. (2023). *Buenas prácticas en Salud Mental: Dispositivos habitacionales. El derecho a vivir en comunidad*.

Onocko Campos, R. (2003). *O planejamento no labirinto. Uma viagem hermenéutica*. Editora Hucitec/ Fio-cruz.

Organización Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

Palacios, A. (2014). *El modelo social de discapacidad:*

orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Colección Cermi nº 36. Grupo Editorial Cinca.

Pasquale, E. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(10), 345-351.

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

Scandizzi, A. (2012). Casa Asistida. C.R.S.M “Dr. A. Ávila”. *Psicoanálisis y Ciencia. Centro de Estudios interdisciplinarios. UNR*. Fecha de consulta: 01/06/17. Disponible en http://www.psicoanalisisyciencia.unr.edu.ar/?page_id=1215

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 Rev. Argentina de Psiquiatría, Volumen (XXIII)*, pp 57 – 67.

Vasconcelos, E. M. (2000). Dispositivos residenciais em saúde mental - um campo aberto para os trabalhadores sociais: revisão de estratégias, tipologia e principais desafios políticos, teóricos e práticos. En L.C.S.

Rosa y E.M. Vasconcelos (Orgs) *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. Cortez.

Notas

1. Se ha relevado una experiencia pionera en la localidad de Oliveros en el año 1994 denominada casa de medio camino que funcionó durante un año aproximadamente.



Salud Mental en las Fronteras: Archivos y Testimonios del Hospital Carrillo en Misiones

GOMEZ, Leandro Emmanuel.

Psicólogo, Master en psicoanálisis, Especialista en salud mental, Docente Universitario. Profesional del hospital de Salud Mental Dr. Ramón Carrillo, Posadas, Misiones.

Contacto: gomezleandro_pos@ucp.edu.ar

ORCID: 0009-0003-2698-0684

CIGANDA, Franco.

Licenciado en Psicología (UCP). Especialista en Salud Mental (RISaM) Especialista en Docencia Universitaria (UNaM). Docente en Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, UNaM. Tallerista grupal de Usuarios con Consumos Problemáticos en Centro de Prevención de Adicciones y Control de Drogas. Posadas, Misiones.

Contacto: fciganda@fhycs.unam.edu.ar

ORCID: 0009-0002-0917-2223

Recibido: 31/07/2025 - **Aceptado:** 16/10/2025

Cómo citar: Gómez, L.E., Ciganda, F., Parayba, L.Y., Medina Litter, M., Zabel, Y.K., Da Silva, E., Journet, W.A., Gorosito, O.M., Suarez, L.D. y Obregón, R.S. (2025). Salud Mental en las Fronteras: Archivos y Testimonios del Hospital Carrillo en Misiones. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 83-104

PARAYBA, Luciana Yael.

Licenciada en Psicología. Esp. en Salud Mental Comunitaria. Docente universitaria. Ex residente de Salud Mental del Hospital Dr. Ramón Carrillo (RISaMC). Posadas, Misiones.

Contacto: lucianaparayba@hotmail.com

Nº ORCID: 0009-0004-2002-498X

MEDINA LITTER, Melany.

Licenciada en Psicología. Esp. en Salud Mental Comunitaria (RISaMC).

Contacto: mmedinalitter@gmail.com

Nº ORCID: 0009-0001-1446-8478

ZABEL, Yenhy Karina.

Licenciada en Trabajo Social. Residente de 3º año en Salud Mental Comunitaria (RISaMC).

Contacto: yenzabel@gmail.com

Nº ORCID: 0009-0007-0282-9081

DA SILVA, Eloana.

Licenciado en Enfermería. Residente de tercer año en Salud Mental Comunitaria (RISaMC).

Contacto: eloana065@gmail.com

N° ORCID: 0009-0004-3974-1903

JOURNET, Walter Alejandro.

Licenciado en Enfermería. Especialista en Salud Mental Comunitaria (RISaM). Jefe de Residentes 2025. Docente: En Enfermería (IPESMI)

Contacto: lic.walterjournet@gmail.com

N° ORCID: 0009-0005-9776-4174

GOROSITO, Oriana Melany.

Licenciada en Psicología. Residente de 3º año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISaM) del Hospital Nivel I de Rehabilitación en Salud Mental "Dr. Ramón Carrillo" Posadas, Misiones

Contacto: gorosito.psi@gmail.com

N° ORCID 0009-0004-3869-0219

SUAREZ, Lucas David.

Enfermero. Residente de tercer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria del Hospital de Nivel I de rehabilitación en Salud Mental "Dr Ramón Carrillo" Podadas-Misiones

Contacto: ludazu312@gmail.com

N ORCID: 0009-0003-9728-423

OBREGÓN, Rodrigo Sebastián.

Licenciado en Psicología (UCP). Diplomado Abordaje en consumos problemáticos (AASM). Profesional del "Centro provincial de asistencia integral de las adicciones y control de drogas" Posadas-Misiones.

Contacto: rodrigoobregondlx@gmail.com

N° ORCID: 0009-0008-5440-1869

Colectivo Memoria y Salud Mental Misiones (MeSaMM)

Contacto: historiasaludmentalmisiones@gmail.com
@colectivomesamm

Resumen

Este trabajo presenta la conformación del Colectivo Memoria y Salud Mental Misiones (MeSaMM), en el marco del Proyecto de Investigación sobre la Historia de la Salud Mental en la Provincia de Misiones desde una perspectiva regional, institucional y testimonial. El estudio parte de una experiencia compartida por trabajadores del sector, muchos de los cuales transitaban por la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISaMC) del Hospital Dr. Ramón Carrillo, institución central en esta reconstrucción.

La investigación se organiza en torno a tres ejes principales: archivos, instituciones y testimonios. Se recuperan documentos oficiales, relatos orales de ex residentes y trabajadores, y se analiza la trayectoria institucional del hospital, desde su fundación en 1938 como "Asilo para Dementes" hasta su transformación en "Hospital Psiquiátrico" y, posteriormente, en un espacio clave para la atención comunitaria.

Se identifican dos grandes períodos: el "período asilar" (1938-1970), marcado por el encierro y el control policial de los pacientes, y el "período de reforma" (1970-1975), impulsado por el Primer Plan Nacional de Salud Mental. Este último introdujo prácticas in-

novadoras como las visitas domiciliarias, la comunidad terapéutica y una reorganización institucional que incorporó un enfoque interdisciplinario y comunitario.

Además, se detalla un proyecto actual para crear el archivo histórico del hospital, a través de rescatar y conservar más de 8.000 historias clínicas en riesgo de deterioro. Este trabajo se inscribe en una perspectiva de derechos humanos, memoria colectiva y producción de saberes locales.

El trabajo destaca la importancia de la memoria como herramienta de resistencia y transformación. Rescatar la historia de la salud mental en una provincia fronteriza como Misiones permite visibilizar trayectorias invisibilizadas, repensar prácticas institucionales y proyectar políticas públicas más justas e inclusivas en el presente.

Palabras clave: salud mental, memoria colectiva, historia regional, archivo, desmanicomialización

Mental Health on the Borders: Archives and Testimonies from the Carrillo Hospital in Misiones

Abstract

This paper presents the formation of the Memory and Mental Health Collective of Misiones (MeSaMM), established within the framework of the Research Project on the History of Mental Health in the Province of Misiones from a regional, institutional, and testimonial perspective. The study is rooted in a shared experience among sector workers, many of whom were part of the Interdisciplinary Residency in Community Mental Health (RISaMC) at the Dr. Ramón Carrillo Hospital, a central institution in this reconstruction.

The research is organized around three main axes: archives, institutions, and testimonies. It involves the recovery of official documents, oral accounts from former residents and workers, and an analysis of the hospital's institutional trajectory, from its founding in 1938 as an "Asylum for the Demented" ("Asilo para Dementes") to its transformation into a "Psychiatric Hospital" and, subsequently, a key space for community care.

Two major periods are identified: the "asylum period" (1938–1970), marked by confinement and police control of patients, and the "reform period" (1970–1975), driven by the First National Mental Health Plan.

The latter introduced innovative practices such as home visits, therapeutic community models, and institutional reorganization that incorporated an interdisciplinary and community focus.

Furthermore, the paper details a current project to create the hospital's historical archive, which involves rescuing and preserving over 8,000 patient clinical records at risk of deterioration. This work is framed within a perspective of human rights, collective memory, and the production of local knowledge.

The paper emphasizes the importance of memory as a tool for resistance and transformation. Rescuing the history of mental health in a border province like Misiones allows for the visibility of marginalized trajectories, the rethinking of institutional practices, and the projection of more just and inclusive public policies in the present.

Keywords: mental health, collective memory, regional history, archive, deinstitutionalization

La Memoria como resistencia y fuerza creativa

Escribir la historia compartida de cómo se fundó un Colectivo de Trabajadores en torno a la Salud Mental de una provincia en las fronteras de la Argentina no es

tarea fácil. Ninguna empresa que se propone la Historia y la Memoria colectiva como objeto de construcción tiene el camino allanado, y es que comprendemos que la memoria está hecha de olvidos, que la historia es un campo en disputa, y que el manicomio, como institución, carece de una función que entre en armonía con las demás instituciones que comprenden un Estado Nación. Así lo hemos aprendido de la historia de la locura en la época clásica de occidente y que llamativamente, ciertas líneas de fuerza persistieron e hicieron que en la Tierra Colorada haya alguna similitudes aunque su historia de la locura aún esté por escribirse.

Somos un grupo de trabajadores de la Salud Mental que se encuentran en actividad en diferentes instituciones en torno al abordaje de la temática en la Provincia de Misiones. A comienzos del año 2021, tras el impacto de la pandemia en nuestra cotidianidad, nos propusimos empezar a compartir una experiencia en común alrededor de haber transitado, en su mayoría, y en diferentes épocas y contextos, la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaMC). Esta residencia funciona en el Hospital de Rehabilitación en Salud Mental Dr. Ramón Carrillo que se encuentra ubicado en la ciudad de Posadas, sobre la Ruta Nacional N.º 14 y la Avenida 147, en la zona sur de la ciudad. El hospital forma parte de un polo sanitario provincial junto a la

Red de Traslado, el Hospital René Favaloro (Baliña), el Centro de Atención a las Adicciones y la Unidad de Salud Integral (USI).

El hospital está orientado a la atención integral de personas con padecimientos mentales severos y persistentes, tanto de la ciudad de Posadas como del interior de la provincia de Misiones. La atención se dirige principalmente a personas adultas que atraviesan situaciones de crisis o procesos de rehabilitación prolongada residentes de la provincia y de zonas aledañas, como Paraguay, y la provincia de Corrientes. Históricamente esta institución ha centralizado la asistencia de la Salud Mental en la provincia a través de distintos dispositivos, tales como internación y consultorios externos.

Las RISaMC son un histórico espacio de formación para médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. La experiencia de realizar una Residencia de Salud Mental en lo que supo ser el Manicomio de Misiones deja una huella difícil y necesaria de comprender. El cuerpo en estos espacios transita una experiencia alteradora por diferentes motivos, que no radica tanto en las personas que lo habitan sino más bien en el efecto que una institución histórica en la Provincia, pero también en la historia de Occidente, termina dejando como marca, rasgo, recuerdo, estigma, fuerza.

Los manicomios han sido instituciones de carácter restrictivo, donde los inicios de conformación de los Estados Nacionales le han dado el lugar de alojamiento y asistencia de la lepra y la locura con mayor predominancia para que sean aisladas de la sociedad. Este periodo fue en el marco de un movimiento político social anterior al de la Salud Mental como la conocemos hoy, se trata del Higienismo Mental en simultaneidad con el Alienismo. Como señalan Guinsberg (2010) y Foucault (1961), estas corrientes configuraron un nuevo régimen de verdad sobre la locura, construyendo una racionalidad técnica y política sobre el cuerpo y la mente del sujeto, regulada por la ciencia médica.

Su forma de sociabilidad interna y su función social -la del manicomio- fue mutando con el avance de la ciencia y con ella las formas de atención, las perspectivas de tratamiento y los marcos normativos de prácticas sociosanitarias en lo mental. Se incorporó la perspectiva humana y comunitaria, la interdisciplina como forma de abordaje y el trabajo en equipo para una salud mental cada vez más solidaria con la salud integral. Sin embargo, muchas veces estas transformaciones encuentran obstáculos en lo político social, tanto en la comunidad en general, como en estructuras y órganos del estado y la justicia, volviéndose un obstáculo a su consolidación y fortalecimiento por el tabú histórico

que predominó sobre la locura y sus instituciones en todo el mundo. El mismo tiene un efecto muy particular: hace que como sociedad rechacemos conocer sobre ello, hace que ignoremos por temor a comprender la relación de la locura con nuestra vida cotidiana común.

Con el tiempo, este tipo de instituciones se han negado a sí mismas, porque muchas veces las estructuras de los Estados Nacionales no terminan de reconocerlas en términos políticos civiles. Siempre flota en estos espacios la marca de lo extranjero, de lo excluido y del estigma. Alcanzando incluso a quienes participan de ella: usuarios, familias, dirigentes, profesionales, administrativos, trabajadores y personas de múltiples sectores. Este efecto es el que hace que en estas instituciones, sus prácticas y quienes las integran, tengan dificultades para construir una historia, pero sobre todo, con orgullo.

El colectivo MeSaMM nace entonces, en principio, como una necesidad de conocer nuestra historia, la Historia de la Salud Mental en Misiones desde la perspectiva de su institución paradigmática tanto en la atención y el abordaje, como en el tabú social extendido: el Hospital Dr. Ramón Carrillo. Promover una construcción crítica, con orgullo y con dedicación es un acto de reivindicación de muchas generaciones de personas que

han transitado el hospital y que participaron de alguna forma u otra en su construcción, quienes lo habitaron y habitan. En este sentido, nuestro trabajo se adentra en retomar la trayectoria de quienes ya se preguntaron sobre la locura, la salud mental y sobre el Carrillo en tiempos anteriores; es una forma de construir legado, acercar generaciones y delinear perspectivas colectivas a futuro.

Metodologías de una búsqueda: puntos de partida

El interrogante de iniciación de este trabajo es el siguiente: ¿Cuál es la Historia de la Salud Mental en Misiones? Esta pregunta está fuertemente regionalizada, es decir, contemplamos el espacio territorial de Misiones como una variable intrínseca al desarrollo de la salud mental y sus políticas en una provincia que se encuentra en las fronteras de la Argentina, lo cual le imprime particularidades que implican diferenciarla de otras experiencias de la Nación.

¿Cuál es nuestra historia? la pregunta es de los trabajadores y actores que pasaron y aún se encuentran en la RISaMC en el Hospital Carrillo. Las residencias nos introducen de inmediato en relatos y anécdotas de residentes de años anteriores, de historias ligadas a tiempos remotos que nunca encontraron sistematización algu-

na y que siempre se evocan para retratar antiguas prácticas o experiencias a veces un poco nostálgicas, otras reivindicativas y otras veces, críticas. Entonces, ¿por dónde empezar? ¿dónde ubicar un principio (válido) para investigar en clave histórica?

Se trata de una investigación en proceso, de corte cualitativo sobre fuentes primarias y secundarias. Para las fuentes primarias se aplica la técnica de entrevistas semi estructuradas a informantes claves, con enfoque narrativo-biográfico (Sampieri, 2004). Para las fuentes secundarias se utiliza la recopilación y análisis de documentos.

Para el abordaje comprensivo de construcción colectiva el equipo de investigación divide de manera estratégica su trabajo sobre tres anclajes históricos: .1. La historia del Hospital Psiquiátrico Posadas a partir de documentos oficiales del estado provincial, incluyendo como Proyecto de Intervención la recuperación y organización del Archivo Histórico del Hospital Carrillo; 2. Documentos de corte periodístico; y por último, 3. Las entrevistas a informantes claves en la materia: El Dr. Carlos Hernández (Director del Hospital desde 70 al 80); la Licenciada Clara Santos (trabajadora social del Hospital desde 1970 al 2010) y la enfermera Teresa Saucedo (enfermera del Hospital desde 1971 a 1989).

Como plantea Elizabeth Jelin, la memoria es un campo de disputa, de luchas por el sentido del pasado, y su función no es sólo conservar sino también generar nuevas formas de narrar y actuar en el presente (2002). Es entonces la memoria como motor de movimiento, lo que nos puede llevar e impulsar a un lugar de agenciamiento diverso, que permite a la vez desenredar experiencias presentes, tomarlas por su lado de “realidad imposible de modificar” y alterar la ecuación. Cambiar un “esto es así”, “siempre fue así” por, “desde hace algún tiempo empieza a ser así”, “antes era” peor o mejor, diferente, ¿cómo era? ¿qué cambió? ¿es verdad que siempre fue así? Apostamos a que la consciencia de nuestra historia permita trascender la experiencia individual inmediata para alojar una perspectiva nueva para habitar el presente. La memoria como motor de producción de historia compartida, produce un doble efecto: nos descentra de la realidad inmediata de nuestro presente recorriendo y recreando nuestro pasado, y nos devuelve a él, a nuestro presente, pero ya con otra perspectiva tanto del presente como del futuro.

Instituciones: el hospital en la frontera de la Argentina

En este apartado nos proponemos desarrollar la historia en clave regional de la institución que funcio-

na como anclaje de las prácticas, los documentos y la memoria: El Hospital Carrillo. Sin embargo, antes de entrar en el curso de la construcción histórica que venimos desarrollando desde nuestro Proyecto de Investigación, es pertinente dejar señalado algunos conceptos centrales sobre Historia Regional, la cual implica una metodología que nos permite comprender los procesos que se superponen, se retrasan y se excluyen cuando hablamos de la relación de Misiones con la escala nacional y mundial en términos de política de salud mental.

La Historia Regional trajo consigo una renovación completa y total, aunque paulatina, sobre la manera de pensar y hacer historia (Oviedo, 2024). Desde esta nueva mirada y perspectiva de construcción de los procesos históricos, el abordaje sobre las realidades, de lo que suele llamarse, “los confines”, “la periferia” o “los bordes” de las jurisdicciones estatales, no solo puso al descubierto una mayor complejidad en la forma de construir el conocimiento histórico, sino que también, contribuyó en explicitar a sujetos sociales variados que anteriormente emergieron muy soslayadamente. Este ejercicio dio paso a la deconstrucción de la Historia Nacional anclada en un posicionamiento estadocéntrico, apostando a la focalización y diferenciación de problemáticas y territorialidades a múltiples escalas. En este sentido, la historia regional permite construir cono-

cimiento desde un valor localizado de la geografía, en este caso Misiones, que expresa una manera diferente de enfocar la temática de salud mental como política, a la ya construida por la centralidad de la Argentina. Así, la región, como objeto de estudio, es concebida como una realidad observable a varias escalas (local, regional, nacional, internacional), como un sistema abierto, complejo y heterogéneo. (Oviedo, 2024)

De este modo, la cartografía del territorio, relaciones políticas de Misiones en particular, intervienen en el devenir de los hechos históricos de manera diferenciada entre los planos provincial, nacional y mundial, lo cual merece una lectura precisa. No es lo mismo el desarrollo de la salud mental a nivel mundial, su consecuencia en nuestro país, y la situación geopolítica de Misiones en su pasaje de territorio nacional a provincia.

Esto es observable desde la siguiente perspectiva, el Hospital se funda en 1936, y se pone en funcionamiento en 1938 (Gomez, 2020). En ese contexto Misiones aún era considerado territorio nacional. Anteriormente, en 1881 el Poder Ejecutivo Nacional creó el Territorio Nacional de Misiones -cuatro años antes de la sanción de la Ley de Territorios Nacionales-, quitándole toda jurisdicción a Corrientes sobre la región (Ley Nacio-

nal N° 1.1 49 creó la Gobernación General o Territorio Nacional de Misiones) (Gomez, 2020). Los Territorios Nacionales fueron concebidos como proyectos provisorios, antesala de las creaciones de nuevas provincias; sin embargo, para el caso de Misiones transcurrieron 72 años para que se concretara. Finalmente en 1953 se efectúa su provincialización y recién en 1958 su Constitución Provincial. Así la complejidad de las cosas, la provincialización de Misiones está entre los dos primeros gobiernos peronistas y la mal llamada Revolución Libertadora, que a su vez en ese periodo tuvo un Inter-ventor Nacional por el gobierno de facto de Pedro Eugenio Aramburu en nuestra provincia, el Agrimensor Adolfo Pomar en donde se instituye dicha constitución.

Las investigaciones entonces desarrolladas sobre la Historia de la Salud Mental nos permiten comprender que la puesta en funcionamiento de Hospital en 1938, sucede en el proceso en que Misiones estaba en puja con la Nación para constituirse en provincia. En los comienzos, el nosocomio no era considerado un hospital, sino un asilo para dementes, y respondía a la estructura de aquella Argentina previa a la consolidación geográfica del Estado Nación tal y como lo conocemos en la actualidad.

El periodo Asilar: del Asilo para Dementes al Hospital Psiquiátrico de Villa Lanús

Hasta el momento de esta investigación encontramos dos periodos distinguibles de la Historia de la Salud Mental en Misiones. El primero corresponde a lo que hemos llamado provisoriamente “El periodo Asilar”, el cual está comprendido entre la Fundación del Asilo para dementes en 1938 y 1970, en tanto año crucial ya que inicia un cambio de paradigma y de abordajes en salud mental en la provincia. El segundo, comprende el año 1970 como punto de inflexión hasta 1975, año en que termina la experiencia piloto de psiquiatría comunitaria en Misiones.

El llamado periodo Asilar, está marcado profundamente por la ausencia de datos, estadísticas, y relaciones estatales. Un país en construcción y delimitación de sus fronteras y una provincia que no era tal jurisdiccionalmente.

Si bien la asistencia psiquiátrica argentina se hallaba fuertemente influida por las corrientes teóricas venidas del Higienismo Mental -que en EEUU se configuró como una alternativa al alienismo- en nuestro país Higienismo y Alienismo se enlazaron fuertemente con el proyecto de Estado. En 1929 se funda la “Liga Ar-

gentina de Higiene Mental” (a cargo del Dr. Gonzalo Bosh), que funcionaba en los consultorios externos del Hospicio de Las Mercedes. En ese mismo año (1929) falleció el médico psiquiatra y sanitarista Dr. Domingo Cabred, que en 1902 había fundado la “Liga Antialcohólica Argentina”. Esta liga, tenía una fuerte influencia del Higienismo mental (movimiento fundado por Clifford Beers y Adolph Meyer) y relacionaban al etilismo como etiología de la alienación.

Cabred también se encargó del proyecto de creación de las Colonias y Hospitales psiquiátricos como presidente de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales (CAAHR)¹ en 1906, que se extendió durante veinticinco años. Los establecimientos creados en este período se caracterizaron por la denominación Asilos-Sistema-Colonia, y eran instituciones autogestivas en el plano económico y con autonomía en lo administrativo financiero (de Lellis y Rossetto, 2009). Este proceso histórico es de gran importancia para que en 1938 se ponga en funcionamiento el Hospicio Asilo para Dementes en Villa Lanús (“El loquero de Villa Lanús”) y el Lazareto Pedro Baliña “el Leprosario”, el cual tenía las características de los Asilos Colonia. Esta última tendrá estrecha relación con la locura en la provincia posteriormente, en concordancia con la historia de occidente.

¿Cómo funcionaba el asilo? ¿Cuántos pacientes asistía, en qué condiciones, con que profesionales contaba? Estas preguntas de investigación persisten hasta el día de hoy para el colectivo. Sin embargo, tenemos algunos primeros datos en base a un Informe de Gestión al Poder Ejecutivo Nacional de 1944 (Gomez, 2023) del gobernador de entonces, Eduardo Otaño, quien comenta los avances del Asilo para dementes. Pero al mismo tiempo, quejándose sobre la escasez del personal policial y alegando todo el trabajo que tienen, deja entrever que la policía también se encarga de un Hogar para Alienados en la Comisaría 4ta. Dicho esto, tenemos “tres” puntos de apoyo: 1. la confirmación del funcionamiento de un Asilo para dementes en Villa Lanús desde 1938 en adelante; 2. que en el ‘44 el gobernador del territorio Nacional informaba al Ministro del Interior sobre el avance de la infraestructura de dicho Asilo y; 3. Que además existía un Hogar de Alienados dependiente de la policía que probablemente funcionaba aún en los años 50 en la comisaría 4ta.

La construcción de la historia regional nos permite hacer una primera escala a Nivel Nacional durante los años 50 con un dato llamativo. En el libro de Gregorio Bermann *La Salud Mental y la Asistencia Psiquiátrica en Argentina* (1965), se indica que en el año 1955 el 50,5 de las camas pertenecientes al Ministerio de Asistencia

Social y Salud Pública de la Nación eran camas de psiquiatría. En Misiones, entre otras provincias, no había registro de dichas camas. Llama la atención este dato ya que el hospicio en Posadas se había creado hacía más de 15 años y en el resto del país crecían las condiciones de hacinamiento. Además, creemos que los predios de la Policía no eran contados como parte de camas de Salud. Misiones estaba fuera de los datos, era una provincia recién constituida y no contaba con asistencia psiquiátrica, es decir, no había médicos con especialidad en psiquiatría en todo el periodo que comprende el Asilo para Dementes. La llegada de la psiquiatría a la provincia marcará un cambio de paradigma asistencial.

El fin del periodo Asilar: La reforma y la llegada de la psiquiatría

El Primer Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), implementado en Argentina a fines de los años 60, representó un intento ambicioso por transformar el modelo manicomial dominante, proponiendo una atención preventiva, comunitaria y descentralizada. Inspirado en políticas internacionales y experiencias locales como la del Dr. Mauricio Goldenberg en el Hospital Evita de Lanús, el plan fue impulsado por el gobierno de facto de Onganía, bajo la dirección del coronel y médico Julio Ricardo Estévez. Entre sus ob-

jetivos estaban la externación de pacientes, la creación de centros de salud mental en hospitales generales y la articulación territorial.

Aunque el PNSM promovió experiencias innovadoras en distintas provincias —como las comunidades terapéuticas en Entre Ríos, Mendoza y Buenos Aires— muchas de estas iniciativas quedaron limitadas a casos leves, mientras los pacientes más complejos seguían siendo derivados a instituciones asilares. En muchos casos, los nuevos centros reprodujeron lógicas manicomiales, y su función comunitaria fue debilitándose. Además, el avance de políticas neoliberales y la represión dictatorial de la época afectaron gravemente su implementación, reduciendo presupuesto, promoviendo la descentralización sin recursos y favoreciendo la privatización de la atención. Aun así, debe reconocerse el compromiso de profesionales y actores sociales que impulsaron transformaciones significativas, aunque parciales.

En paralelo, en Misiones, las políticas de salud mental inician un período histórico de cambio de paradigma con la llegada de la psiquiatría. Como ya hemos visto, desde la década de 1930, la atención a enfermedades estigmatizadas como la lepra y la locura se expresó institucionalmente a través del Lazareto para Enfermos de

Lepra (1936) y el Asilo para Dementes de Villa Lanús (1938). Estas dos instituciones estaban ubicadas en zonas periféricas de Posadas (Capital provincial), y reflejaban una lógica de aislamiento y control que respondía a concepciones sociales, religiosas y sanitarias propias del momento, que nos permiten comprender a primera instancia que el periodo asilar tenía un abordaje profundamente manicomial y policial del padecimiento mental.

Los cambios sociales y políticos que ocurrieron entre los años sesenta y setenta, tanto a nivel internacional como nacional, y que dieron forma a un espíritu de época, no pasaron desapercibidos para la provincia. En primer lugar, una fuerte crítica hacia el estado del Hospital Psiquiátrico de Villa Lanús, antes Asilo para Dementes, que en ese momento, según se estima, contaba con alrededor de 250 pacientes. Un reconocido diario misionero, *El Territorio* de 1975, indica que en 1969 se publicó una nota en la que se relataba la dramática situación de los "enfermos mentales" en el psiquiátrico, reclamando a las autoridades una solución "integral" a esos problemas. Además, menciona que, gracias a la ayuda del Instituto Nacional de Salud Mental y su director, el Coronel Dr. Estévez, se llevó a cabo una "transformación" que estuvo a cargo de dos médicos psiquiatras, quienes asumieron la responsabilidad

de impulsar "la gigantesca tarea que significa modificar radicalmente la psiquiatría implementada hasta entonces y poner en marcha la psiquiatría comunitaria" (El Territorio, 1975, p. 7).

A finales de los años 60, el Hospital Psiquiátrico de Villa Lanús cumplía "una función asilar, cuya asistencia estaba a cargo de un médico no psiquiatra y personal de enfermería" (Paredes *et al.*, 1975, p. 257). Por aquella época, no había médicos psiquiatras trabajando en salud pública en la región, motivo por el cual, en 1969, el Dr. Humberto Mesones, recién regresado de Europa, fue designado por el Instituto Nacional de Salud Mental como asistente regional de Salud Mental del Nordeste Argentino (NEA) y asesor de Salud Mental de la provincia de Corrientes. Él mismo dice que al llegar al NEA, "no había asistencia psiquiátrica" y "el concepto prevalente sobre el alienado era el de su irrecuperabilidad, con estigma social y necesidad de reclusión" (Mesones, 2020, p. 25). En ese momento, el Coronel Dr. Estévez había logrado que el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) se convirtiera en un ente autárquico, con fondos propios provenientes del remanente de los festejos por los 150 años de la independencia del país. Ese dinero permitió apoyar la investigación, mejorar la asistencia, crear Centros de Salud Mental para la Atención Primaria de la Salud (APS) y establecer convenios

con las provincias, lo que facilitó la incorporación de psiquiatras en la región del NEA.

El traslado del Hospital y su reorganización

Con lo dicho, el periodo de referencia comienza, según los documentos consultados, con el proyecto de traslado del Hospital Psiquiátrico, situado en el barrio de Villa Lanús al sur de la ciudad de Posadas, hacia el antiguo Lazareto para Enfermos de Lepra, el cual, a raíz de los avances en los tratamientos farmacológicos para controlar la lepra había comenzado un proceso de vaciamiento progresivo. En ese momento, el hospital solo contaba con la visita semanal de un médico sanitarista del Ministerio provincial. No había psiquiatras en toda la región, que tenía una población cercana a los dos millones de habitantes (Mesones, 2020, p. 21).

Los doctores Carlos Hernández y Raúl Rivarola, en el marco del convenio de colaboración entre el INSM y el gobierno provincial (Decreto Provincial N.º 2407, 1970), son contratados por la provincia (Decreto Provincial N.º 363, 1971) para llevar adelante la "transformación del nosocomio" a través del traslado de los pacientes al antiguo lazareto y la reorganización del funcionamiento de la institución, asumieron además "la gigantesca tarea que significa modificar radicalmen-

te la psiquiatría implementada hasta entonces y poner en marcha la psiquiatría comunitaria" (El Territorio, 1975, p. 7). En septiembre de 1970, ambos se trasladaron desde la ciudad de Mendoza a la capital misionera, así comenzó la ardua tarea no solo de trasladar a los antiguos pacientes al antiguo leprosario, sino también de replantear las prácticas hospitalarias para impulsar un enfoque comunitario y social para repensar la locura.

El proceso de transformación en las prácticas de Salud Mental dentro del Hospital Psiquiátrico de Villa Lanús

No es sorprendente que palabras como "transformación" y "cambio" aparezcan con frecuencia en los textos y entrevistas sobre las prácticas de salud mental en el Hospital Psiquiátrico de Villa Lanús. Estos términos reflejan un proceso social que marcó la atención psiquiátrica entre 1968 y 1975, en el contexto del primer Plan Nacional de Salud Mental en Argentina. A través de estas transformaciones, se buscó redefinir los enfoques terapéuticos y las relaciones institucionales, en sintonía con los cambios sociales y políticos de la época. Tenemos consignado hasta el momento cuatro ejes que comprenden este cambio de paradigma en los enfoques terapéuticos, el abordaje y las relaciones institucionales: a. *Un Proyecto Transformador*; b. *Efectos de las*

Estructuras Edilicias; c. *Las asambleas con los pacientes* y; d. *Las visitas domiciliarias*.

a) Del asilo al antiguo lazareto: un proyecto transformador

En 1970, se inició una reorganización del Hospital Psiquiátrico de Villa Lanús con la llegada de los primeros psiquiatras, quienes tenían la misión de ajustar el hospital a los "principios de la psiquiatría social" (El Territorio, 1975, p. 7). Esta reorganización no sólo implicaba cambios estructurales y conceptuales, sino también incentivos estatales como subvenciones, aumentos de presupuesto, y el ofrecimiento por parte de particulares y empresas de la provincia de colaborar a través de donaciones en dinero. Estos avances permitieron la incorporación de personal novel y la adquisición de tres camionetas destinadas a la realización de visitas domiciliarias y el traslado de pacientes. Todos estos avances estaban estrechamente vinculados al convenio establecido entre el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) y la provincia (Decreto Provincial N.º 2407, 1970) en el marco de un programa regional de salud mental para el NEA (Mesones, 2020).

El antiguo leprosario fue adaptado para convertirse en un nuevo hospital psiquiátrico bajo el nombre de

“Dr. Ramón Carrillo”. Este traslado representaba una “experiencia piloto” dentro del proyecto más amplio de desmanicomialización, que buscaba reducir la dependencia de los grandes hospitales psiquiátricos mediante alternativas comunitarias. Así, este cambio no solo mejoró las condiciones de vida de los pacientes, sino que también ayudó a transformar el espacio en el que se llevaban a cabo las relaciones entre ellos y los trabajadores de la institución, ofreciendo una alternativa más digna y humana a las prácticas tradicionales.

b) Efectos de las estructuras edilicias en la salud mental

Las estructuras edilicias de las instituciones que brindan asistencia a personas con padecimientos mentales juegan un papel crucial en la manera en que se experimenta y se percibe la “locura” (Foucault, 2008). En las instituciones diseñadas con un enfoque aislado y restrictivo, con estructuras rígidas, espacios cerrados y un diseño que promueve la vigilancia y el control, se crea un ambiente que refuerza el estigma y la deshumanización. En consecuencia, se genera un espacio en el que los pacientes se sienten “alienados” y “marginados”, lo que afecta su recuperación y bienestar emocional. En este sentido, era imposible que la distribución espacial y la estructura física del Hospital Psiquiátrico de Villa

Lanús no influyera profundamente en la relación entre los trabajadores de salud mental y los pacientes. Carlos Hernández describe el entorno deteriorado del hospital, que se asemejaba más a una cárcel que a un espacio de tratamiento, relata cómo la estructura “creaban un ambiente opresivo” (Hernández, comunicación personal, 20 de agosto de 2024).

El traslado al antiguo leproario, conocido como Babilonia, marcó un cambio significativo en la distribución espacial de la institución, que ofrecía un entorno más amplio y menos opresivo. Un lugar donde los pacientes podían estar más “libres”. Una de las características más notables del nuevo espacio era su semejanza a una verdadera colonia, un entorno más abierto y humano con grandes parques, en franca oposición a los muros fríos y oscuros del antiguo asilo.

Es notable como la disposición del antiguo leproario, destinado al esparcimiento en las grandes extensiones al aire libre, con el objetivo de controlar las enfermedades como la lepra y la tuberculosis, sin quererlo, sirvieron de escenario para que se llevará adelante una reconfiguración de las relaciones sociales entre los trabajadores de salud y los pacientes. Así, a pesar de estas dificultades propias del trabajo, la interacción directa con los usuarios fue una experiencia transformadora

que permitió a los profesionales desarrollar una comprensión más profunda y humanizada de la vida de estas personas que habían sido aisladas y encerradas contra su voluntad, promoviendo un ambiente de respeto y cuidado.

c) Las asambleas con los pacientes: un espacio de diálogo y horizontalidad

Influenciado por su experiencia previa en Mendoza, donde había implementado dispositivos de comunidad terapéutica, el Dr. Hernández impulsó en el Hospital Psiquiátrico un sistema innovador de reuniones y asambleas compartidas. Las cuales buscaban crear un espacio de diálogo horizontal entre el personal del hospital y los pacientes, rompiendo con la jerarquía tradicional médico-paciente. El objetivo de las reuniones no era limitar el funcionamiento de la institución a la intervención médica autoritaria, sino promover un clima de mayor participación y escucha activa: “Se hacen asambleas en el sentido que se abre la discusión del día. ¿Cómo estamos viviendo hoy?” (Hernández, comunicación personal, 20 de agosto de 2024). Según Hernández, este enfoque pretendía superar la visión tradicional del hospital como un espacio de control y medicalización, convirtiéndolo en un lugar de intercambio abierto.

Las asambleas diarias tenían como objetivo discutir el día a día, permitiendo que los pacientes participaran activamente en la gestión de su tratamiento y las dinámicas internas del hospital. Sin embargo, los resultados no fueron los esperados.

El Dr. Hernández, haciendo un análisis retrospectivo, señaló que existieron varias dificultades al intentar implementar la comunidad terapéutica en el hospital. Una de las principales barreras fue la resistencia del personal de salud. “La comunidad terapéutica tiene sentido en la medida en que todos acuerden la idea” (comunicación personal, 20 de agosto de 2024). El enfoque horizontal, que implicaba que los profesionales interactuaran de igual a igual con los pacientes, generaba tensiones en un sistema acostumbrado a una jerarquía estricta, donde los médicos ocupaban una posición de autoridad incuestionable. La propuesta de Hernández chocaba no solo con las resistencias del personal y el enfoque médico convencional, sino también con un contexto político y económico adverso, pues el hospital enfrentaba problemas estructurales y logísticos, como la falta de recursos suficientes para mantener las actividades necesarias, incluidas las reuniones diarias.

La experiencia demuestra que, aunque estas ideas ofrecían un enfoque más humano y participativo, su

éxito dependía de la confluencia de múltiples factores, como el compromiso del equipo de salud, el apoyo institucional, recursos suficientes, y un contexto social que permitiera la libertad de experimentar con nuevas formas de atención. Sin estos elementos, las asambleas y otras dinámicas comunitarias podían verse limitadas o, en última instancia, imposibilitadas.

d) El pasaje de la institución a la comunidad: las visitas domiciliarias

Desde agosto de 1970, se pusieron en marcha dos prácticas destacadas en la memoria de los actores consultados: el “equipo psiquiátrico de visitas domiciliarias de la ciudad de Posadas” (Ortiz y Krieger, 1975, p. 266) y el “equipo de atención domiciliaria rural” (Paredes *et al.*, 1975, p. 257). Ambos equipos estaban compuestos por un chofer, un asistente social, un enfermero y un médico, representando un espíritu interdisciplinario. Las visitas domiciliarias en la ciudad de Posadas se realizaban dos veces por semana, mientras que, en zonas rurales se organizaban una vez al mes. Con esta metodología, buscaban “rearmar los lazos afectivos familiares” (Ortiz y Krieger, 1975, p. 268), controlar a los pacientes en su domicilio, supervisar al grupo familiar y realizar acciones de prevención, además de la coordinación con dependencias de salud pública, hospitales

base, estaciones sanitarias y salas de primeros auxilios. Asimismo, se llevaban a cabo acciones intersectoriales, estableciendo lazos con médicos de la zona, instituciones educativas, líderes comunitarios, y unidades policiales y de gendarmería, entre otros.

Las visitas domiciliarias rurales tenían como característica principal el recorrido de una distancia media de 400 km, empleando un tiempo aproximado de entre 12 y 16 horas, y un promedio de entre 12 y 15 atenciones por salida. Además, destaca el desafío logístico y humano que afrontaban los trabajadores, subrayando la planificación minuciosa y el fuerte enfoque comunitario y colaborativo en el establecimiento de contactos con referentes comunales.

Estas experiencias revelan el valor del trabajo en equipo e interdisciplinario en las prácticas de salud mental implementadas en el hospital. El compartir largas jornadas de trabajo y enfrentar situaciones imprevistas fomentaba la cooperación y el apoyo mutuo entre los profesionales. En estas circunstancias, cada integrante del equipo aportaba no sólo su conocimiento técnico, sino también su capacidad para gestionar situaciones humanas complejas, lo que reforzaba el carácter interdisciplinario y horizontal de la relación entre los profesionales. El impacto de esta labor fue tal que, en

un periodo de cuatro años, el Instituto de Salud Mental reconoció la experiencia como “la más avanzada en sus aspectos de cobertura mínima al máximo de la población” (El Territorio, 1975, p. 7), aprobando además la creación de “la primera residencia de psiquiatría social y comunitaria” del país. Sin embargo, a pesar del éxito alcanzado, esta “experiencia piloto” permanece en gran medida ausente de los textos que abordan la historia de la transformación de la salud mental en este periodo, dejando un vacío significativo en el conocimiento de las prácticas tanto en la provincia como en el país.

Aprendizajes, desafíos y horizontes

La memoria colectiva, entendida como campo de disputa y como herramienta viva, se vuelve fundamental para comprender los procesos históricos, sociales e institucionales que atravesaron —y aún atraviesan— la salud mental en nuestro país y en nuestra región. No se trata de una mirada nostálgica ni estática del pasado, sino de una apuesta activa por reconstruir sentidos, revisar silencios y habilitar otras formas de narrar la historia, especialmente desde las voces que fueron excluidas de los relatos oficiales.

En este marco, el relevamiento de datos sobre el “periodo Asilar” y el análisis del Primer Plan Nacional de

Salud Mental en Argentina en Misiones permite observar con mayor nitidez los intentos —a veces parciales, a veces contradictorios— por transformar el modelo manicomial hacia una lógica más comunitaria, preventiva e interdisciplinaria. Sin embargo, como vimos, estas reformas se desarrollaron en contextos políticos autoritarios, marcados por la represión, la fragmentación institucional y el avance de políticas neoliberales que limitan su implementación y profundizaron las desigualdades.

En el caso de Misiones, y particularmente del Hospital Psiquiátrico de Villa Lanús, estas tensiones se expresaron en las prácticas cotidianas, en los vínculos entre profesionales y pacientes, y en la persistencia de modelos de encierro que aún hoy resisten de diversas formas. Es desde ahí que el trabajo del colectivo Me-SaMM busca recuperar y resignificar esas experiencias, generando espacios de investigación, archivo y producción de saberes desde una perspectiva situada y comprometida. El recorrido que venimos realizando y que aún queda en curso, nos devuelve la necesidad de proteger, recuperar y crear documentos que den testimonio de la Salud Mental Provincial, permitiéndonos de ese modo sumar el aporte de nuestra región a la historia de la Salud Mental Argentina

Investigaciones en Memoria Colectiva y Salud Mental en clave regional

Como cierre resulta importante remarcar que el proyecto de Investigación aún se encuentra en proceso, estos resultados preliminares nos han dado la posibilidad de formalizar nuestro trabajo. De este modo, actualmente el colectivo MeSaMM consolidó dos investigaciones en paralelo, con sus respectivas articulaciones con el Hospital Carrillo (Actual Centro Unificado de Salud Mental y Adicciones) y Programas de Centros de Estudios de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones.

1. Memorias Colectivas de la Salud Mental en Misiones. En el marco de la articulación con el Centro de Estudios, Formación, Capacitación: Comunidad, Salud y Salud Mental de la FHyCS dirigido por la Dra. Rosana Benítez y la Dra. Laura De Perini; en articulación con las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental Comunitaria (RISaMC) del Hospital Ramón Carrillo (Archivo Oral Histórico).

2. Organización del Archivo Histórico de Salud Mental del Hospital Carrillo de la Provincia de Misiones. En el marco de la articulación interinstitucional con el Centro de Estudios Históricos y Cul-

turales (CEHyC) de la FHyCS dirigido por la Dra. Norma Oviedo, la Fundación FHyCS, y las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental Comunitaria (RISaMC) del Hospital Ramón Carrillo (Archivo Documental Histórico).

En particular, los Archivos Orales y Documentales Históricos constituyen un espacio único en materia de Memoria y Derechos Humanos porque guardan y preservan fuentes primarias de información, útiles para la reconstrucción de la memoria de una comunidad que sirven para el conocimiento de la identidad social provincial desde una perspectiva de la Salud Mental. Dicho esto, es importante destacar que bajo los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, promover la implementación de políticas institucionales de Espacios de Memoria se encuentra dentro de los objetivos para la transformación y la readecuación de los monovalentes en relación a la necesidad de avanzar en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

De este modo, nuestra propuesta surge con el propósito de sanear el lugar, salvaguardar las historias clínicas y organizar un Archivo Histórico, el cual se enmarca en la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 16), favoreciendo la creación de

un Archivo en un Hospital regional y provincial como institución sólida, al servicio de los ciudadanos, garantizando el acceso público a la información y protegiendo las libertades fundamentales.

Las investigaciones en estos ámbitos no solo contribuyen a una comprensión más profunda sobre la compleja relación entre la memoria, la identidad y la salud mental, sino que también permiten interrogar críticamente los modos en que históricamente se ha intervenido, representado y gestionado el sufrimiento psíquico en contextos específicos como el de Misiones. Indagar en los archivos, recuperar testimonios y resignificar prácticas institucionales pasadas no busca simplemente llenar vacíos historiográficos, sino activar una memoria colectiva que dialogue con el presente y sus desafíos.

En este sentido, el trabajo desarrollado no se limita a reconstruir un pasado, sino que ofrece herramientas analíticas y metodológicas significativas para el fortalecimiento de políticas públicas, la mejora sostenida de la calidad institucional, y la protección efectiva de derechos en el campo de la salud mental. Este enfoque integral y situado se vuelve imprescindible para contrarrestar los efectos persistentes del estigma, el aislamiento y la exclusión, que aún marcan muchas de las prácticas

sanitarias en los márgenes del sistema. Es fundamental reconocer que estas líneas de investigación no pretenden ofrecer respuestas definitivas ni verdades cerradas. Por el contrario, se proponen como un proceso abierto y colectivo de indagación permanente, que habilite nuevas preguntas, nuevas formas de narrar y comprender lo vivido, y que contribuya a la creación de sentidos más inclusivos, críticos y democráticos en torno a la locura, la salud y la memoria.

Así, desde la articulación entre lo académico, lo institucional y lo territorial, apostamos a la construcción de una historia compartida que no solo mire hacia atrás, sino que también impulse transformaciones concretas para el presente y el futuro. Porque recordar, investigar y narrar —cuando se hace colectivamente— también es una forma de cuidar, de reparar y de imaginar otros modos posibles de vivir y tratar.

Referencias Bibliográficas

- Bermann, G. (1965). *La salud mental y la asistencia psiquiátrica en Argentina*. Editorial Paidós.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2018). *Las huellas de la memoria I. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70*. Tomo I: 1957 - 1969. Topia.

Carpintero, E. y Vainer, A. (2018). *Las huellas de la memoria II. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70*. Tomo II: 1970 - 1983. Topia.

CONISMA. (2010). *Informe Preliminar. Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones*.

De Lellis, M., y Rossetto, G. (2009). *La investigación cualitativa en las ciencias sociales*. Miño y Dávila Editores.

El Territorio (1975) *Organización de siquiatría comunitaria para el hospital del área de Posadas*

Foucault, M. (2008). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1976). *Defender la sociedad*. Siglo XXI.

Freire, P. (2008). *Comunidad de locos: Documental sobre las experiencias-piloto en Salud Mental*. Instituto Nacional de Cine y Artes Audiovisuales.

Galende, E. (2022). *Crítica de la razón psiquiátrica: psicoanálisis y salud mental*. Coloquio de perros.

Gómez, S. (2020). *¿Baliña o Carrillo?*. El Territorio

Gómez, S. (2023) *Misiones, 1944*. El Territorio

Guinsberg, E. (2010). *Psicología, sociedad y política*. Ediciones Novedades Educativas.

Halbwachs, M. (1950). *La mémoire collective*. PUF

Jelin, E. (2002). *Los trabajos de la memoria*. Siglo XXI

Larumbe, C. (2011). *La idea envolvente*. Editorial Universitaria.

Mesones, H. (2020). *Cincuenta años de salud mental en Argentina*. Editorial Salerno.

Ortiz, M., y Krieger, S. (1975). Método de trabajo por el equipo psiquiátrico de visitas domiciliarias de la ciudad de Posadas. *Neuropsiquiatría*, VI, 193-288.

Oviedo, N. (2023). Misiones en la región de frontera. Familias, territorialidades y redes sociales en el contexto inmigratorio de la primera mitad del siglo XX. En A. Benedet y B. Renoldi (Comps.), *Fronteras más allá del borde* (1a ed.). (pp. 247-278).

Oviedo, N. (2024). Misiones (Argentina) en la frontera. las implicancias de la historia sobre la construcción de la territorialidad en perspectiva regional. En Vieira, Alexandre Bergamin; Carneiro, Camilo Pereira y Silva, Kamila Madureira da (Org.) *Geografia das*

Fronteiras do Brasil: temas contemporâneos (pp. 21 – 44). Life Editora.

Paredes, R., Acosta M. y De Malasechevarria A. (1975). Hipótesis de trabajo de atención domiciliaria rural del hospital psiquiátrico Posadas. *Neuropsiquiatría*, VI, 193-288.

Sampieri, R. H. (2004). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

Stolkiner, A. (2018). Las políticas públicas en Salud Mental durante los procesos de democratización en América Latina. *Revista Argentina de Salud Mental*, 8(2), 23-37.

Ulloa, F. (1972). Los límites de los Centros de Salud Mental en la Argentina. *Revista de Salud Pública*, 15(4), 98-112.

Vezzetti, H. (2011). Los sesenta y los setenta: la historia, la conciencia histórica y lo impensable. *Prismas*, 15(15), 53-62.

Notas

1. La conexión con la filantropía, además de sus nexos con los Presidentes Julio A. Roca y José Figueroa Alcorta y con

el entonces Canciller Montes de Oca le abrieron las puertas y el apoyo político para que se aprobase un proyecto de su autoría para la creación de la CAAHR, bajo la dependencia del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. La Ley de Previsión y Asistencia Social N° 4.953 que creaba en 1906 esta entidad preveía también el financiamiento de las obras a través del 5% de la recaudación de la Lotería Nacional. (Diliscia Gardella, 2017)

A más de diez años de la sanción de la Ley de Identidad de Género: obstáculos y facilitadores en la accesibilidad al Servicio de Salud Mental del Hospital Regional identificados por mujeres trans de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba

CERVELLA, Santiago Nicolas.

Licenciado en Psicología, graduado de la Universidad Siglo 21 (2019). Egresado de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de la Provincia de Córdoba (2025). Actual jefe de residentes en el Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua.

Contacto: lic.santiagocervella@gmail.com
ORCID: 0000-0002-8128-5225

Resumen

Luego de décadas de lucha por parte del colectivo LGBTIQ+, tras la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en el año 2010 y la Ley Nacional de Identidad de Género N° 26.743 en el año 2012, se inicia en Argentina un proceso de ampliación de derechos humanos. Este es acompañado por un paradigma que propone la despatologización, descriminalización y desjudicialización de las personas trans, garantizando el derecho a la identidad de género y el acceso gratuito a la salud integral, ampliando los derechos del mencionado colectivo.

A través de esta investigación se pretende identificar obstáculos y facilitadores en la accesibilidad que las mujeres trans de la ciudad de Río Cuarto encuentran en

Recibido: 30/07/2025 - **Aceptado:** 03/11/2025

Cómo citar: Cervella, S.N. (2025). A más de diez años de la sanción de la Ley de Identidad de Género: obstáculos y facilitadores en la accesibilidad al Servicio de Salud Mental del Hospital Regional identificados por mujeres trans de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 129-154

relación al Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital San Antonio de Padua (NHSAP). Para ello se realiza un estudio cualitativo de tipo narrativo-autobiográfico a diez mujeres trans que habitan en la mencionada ciudad.

Los resultados de este estudio arrojan la existencia de barreras en la accesibilidad al NHSAP principalmente en las dimensiones administrativa y simbólica. En esta última ocupan un rol importante las representaciones de las participantes, cargadas por una connotación predominantemente negativa hacia el hospital. Dichas barreras parecen influir en el vínculo que las personas establecen con el Servicio de Salud Mental, el cual resultó ser poco conocido. En relación a los facilitadores hallados, se observó que la sanción de la Ley de Identidad de Género, junto con su implementación por parte del Servicio de Salud Mental, generó un impacto positivo en las participantes a la hora de volver a elegir al Servicio para su atención. Asimismo se destaca que la sanción de la Ley Nacional de Cupo Laboral Travesti Trans N° 27.636, sancionada en el año 2021, ha contribuido favorablemente en la accesibilidad a la salud integral de esta población, permitiendo el acceso a múltiples dispositivos de salud.

Palabras claves: accesibilidad, mujeres trans, salud mental, Ley de Identidad de Género, Ley de Cupo Laboral Travesti-Trans

More than ten years after the enactment of the Gender Identity Law: barriers and facilitators in access to the Mental Health Service of the Regional Hospital identified by trans women from the city of Río Cuarto, Córdoba

Abstract

After decades of struggle by the LGBTIQ+ collective, the enactment of Argentina's National Mental Health Law No. 26,657 in 2010 and the National Gender Identity Law No. 26,743 in 2012 marked the beginning of a process of expanding human rights in the country. This process is accompanied by a paradigm that promotes the depathologization, decriminalization, and dejudicialization of trans people, guaranteeing the right to gender identity and free access to comprehensive healthcare, thereby broadening the rights of the aforementioned collective.

This research aims to identify the obstacles and facilitators affecting the accessibility of trans women from the city of Río Cuarto to the Mental Health Service of the Nuevo Hospital San Antonio de Padua (NHSAP).

To this end, a qualitative, narrative–autobiographical study was conducted with ten trans women residing in the mentioned city.

The results of this study reveal the existence of barriers to accessibility at the NHSAP, mainly in the administrative and symbolic dimensions. In the latter, the participants' representations—predominantly negative toward the hospital—play a significant role. These barriers appear to influence the relationship that trans women establish with the Mental Health Service, which was found to be little known among them. Regarding the facilitators identified, the enactment and implementation of the Gender Identity Law by the Mental Health Service had a positive impact on participants, encouraging them to choose the service again for their care. Likewise, the enactment of the Travesti-Trans Labor Quota Law has favorably contributed to the comprehensive health access of this population, facilitating their connection with multiple healthcare services.

Keywords: Accessibility, trans women, mental health – Gender Identity Law – Travesti-Trans Labor Quota Law

Pertinencia temática

La presente investigación se inscribe en el marco de los lineamientos establecidos por la Ley Nacional de Identidad de Género N° 26.743 y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, pilares normativos fundamentales que promueven un enfoque basado en derechos humanos, autonomía y no patologización de las identidades de género. A más de una década de la sanción de la primera de estas leyes, resulta necesario revisar críticamente, desde una perspectiva situada, los alcances concretos de dichas normativas en los dispositivos de salud mental públicos.

En este sentido, el trabajo se enfoca en las experiencias de accesibilidad de mujeres trans al Servicio de Salud Mental del NHSAP de la ciudad de Río Cuarto, una institución con importante cobertura poblacional en el sur de la provincia de Córdoba. Desde una mirada que contempla la intersección entre género, derechos y salud mental, se propone recuperar relatos, vivencias y percepciones de las propias usuarias y de quienes no han logrado acceder, con el objetivo de identificar tanto los facilitadores como los obstáculos presentes en el sistema de salud local. Esta decisión metodológica responde a la necesidad de construir conocimiento desde los saberes que emergen de la experiencia.

La elección del tema se vincula directamente con el recorrido formativo de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) y con la práctica sostenida en los distintos espacios del NHSAP, desde donde se vuelve ineludible pensar la atención en términos de igualdad, inclusión, perspectiva comunitaria y de género. El Servicio de Salud Mental, atravesado por un proceso de transformación hacia un modelo comunitario, tal como lo establece la Ley Nacional de Salud Mental, debe aún afrontar resistencias vinculadas a la persistencia de prácticas y lógicas binarias y heteronormativas (Pavan, 2019).

En esta línea, diversas investigaciones (Carrizo Villalobos, 2014; Fundación Huésped y ATTTA -Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina-, 2014; Millet, 2017) han puesto en evidencia que, si bien la población trans realiza mayoritariamente sus consultas en el sistema público, persisten importantes barreras en la accesibilidad. Estas derivan de la escasa formación profesional en diversidad sexual y de género, de obstáculos administrativos, del desconocimiento institucional sobre la temática y de las diferencias culturales y simbólicas entre los equipos de salud y las personas usuarias, que muchas veces excluyen más que incluyen. En el estudio más reciente realizado en la provincia de Córdoba, Cordero y Saletti-Cuesta (2025)

identifican que la discriminación y los malos tratos continúan siendo las principales barreras, junto con la falta de formación específica en salud trans por parte de los equipos profesionales.

La pertinencia de este estudio, por tanto, radica en la posibilidad de interpelar las prácticas institucionales, contribuir a la producción de conocimiento local, y sentar las bases para la construcción de modos más equitativos y humanos de atención. Teniendo en cuenta que el derecho a la salud integral implica más que la sola disponibilidad de prestaciones, se vuelve indispensable repensar la accesibilidad como una construcción relacional, situada y atravesada por múltiples dimensiones: geográfica, administrativa, financiera y simbólica (Comes et al., 2007). Frente a la continuidad de vulneraciones, discriminaciones y exclusiones (Ministerio de Salud de la Nación, 2020), urge pensar cómo transformar al hospital en un espacio seguro y elegido por las personas trans, donde el ejercicio de los derechos no sea una excepción sino una garantía. Esta investigación se propone, desde una mirada crítica y situada, aportar al desarrollo de estrategias institucionales y comunitarias que reconozcan y acompañen la pluralidad de identidades, necesidades y trayectorias, apostando a una salud mental inclusiva e integral.

Problema y objetivos

La población trans ha sido históricamente objeto de exclusión y de violencia familiar y social, quedando también fuera del sistema educativo y laboral formal, así como de los sistemas de salud, con las consecuencias que ello acarrea: mayor exposición a enfermedades de transmisión sexual, problemáticas de salud mental y violencia institucional, entre otras (Sottile, 2019). En relación con el ámbito sanitario, el Ministerio de Salud (2020) argumenta que muchas de las situaciones de violencia que se producen en los establecimientos de salud provocan que estas personas dejen de acudir a los mismos, profundizando así su vulnerabilidad.

Ahora bien, más allá de los avances logrados en materia de derechos y del reconocimiento que hoy en día posee el colectivo trans, en Argentina resta aún mucho trabajo por hacer. Siguiendo los lineamientos de Pavan (2019), la perspectiva diversa e inclusiva en sexualidad y género ha sido apropiada sólo de manera parcial por las políticas públicas sanitarias, las cuales continúan fuertemente arraigadas en una mirada binaria y heteronormativa. Esta persistencia genera que muchas personas sean aún excluidas de los sistemas sanitarios y que sus derechos sigan siendo vulnerados. En consecuencia, y considerando que siete de cada diez personas

trans realizan sus consultas en el sistema público, este se constituye como el principal interpelado a responder a la creciente demanda de acceso a la salud sin actos discriminatorios (Fundación Huésped y ATTTA, 2014).

En este sentido, y siguiendo los aportes de Sánchez (2018), si bien antes de la sanción de la Ley de Identidad de Género los hospitales carecían de políticas y las clínicas privadas y obras sociales se negaban a atender a la población trans, hoy en día, aun con las garantías que la ley prevé, las denuncias de discriminación y violencia persisten.

Considerando la ausencia de antecedentes locales sobre la temática, resulta fundamental indagar la situación del NHSAP en relación con el acceso de las mujeres trans al Servicio de Salud Mental desde la entrada en vigencia de la Ley de Identidad de Género. La relevancia regional de este hospital, junto con su amplia cobertura poblacional -que alcanza a más de 500.000 habitantes-, lo posiciona como un escenario estratégico para analizar las dinámicas de accesibilidad en salud mental de este colectivo. De este modo surge como objetivo general identificar los obstáculos y facilitadores en la accesibilidad de las mujeres trans al Servicio de Salud Mental del NHSAP entre el período 2012-2023. Para ello, se buscará conocer la percepción de las muje-

res trans en relación a la accesibilidad geográfica, financiera, administrativa y simbólica al Servicio de Salud Mental; describir las barreras con las que las mismas se encuentran; y, por último establecer relaciones entre la implementación de la Ley de Identidad de Género y el acceso al Servicio de Salud Mental.

Material y método

Esta propuesta de investigación se enmarcó dentro del modelo cualitativo, ya que se pretendió comprender la perspectiva de las mujeres trans en cuanto a la accesibilidad a un Servicio de Salud Mental público. A través del mencionado modelo la realidad es definida a partir de las interpretaciones que las participantes de la investigación realizan respecto a sus propias circunstancias (Hernández Sampieri et al., 2014). El tipo de estudio fue exploratorio-descriptivo teniendo en cuenta que no se presentaron antecedentes de otras investigaciones en la ciudad de Río Cuarto y que se pretendió describir los obstáculos y facilitadores en relación a la accesibilidad al Servicio de Salud Mental. El diseño fue transversal ya que la exploración y descripción del fenómeno de estudio se realizó en un momento y tiempo determinado, siendo el año 2024. Se eligió como recorte temporal el período 2012-2023 con la finalidad de conocer el impacto en las condiciones de vida, y específicamente en

el vínculo con el sistema de salud público de las mujeres trans a partir de la sanción de la Ley de Identidad de Género.

La población estuvo constituida por aquellas mujeres trans que habitaban en la Ciudad de Río Cuarto en el momento en que se realizó el estudio. Para construir la muestra, se siguieron criterios no probabilísticos (Bologna, 2011). Es por ello que la selección de la misma no cumplió con el requisito de aleatoriedad, sino que dependió de la voluntad de las participantes. Se utilizó un muestreo por bola de nieve e intencional. Así, se contactó a las referentes locales de ATTTA -principal asociación de mujeres trans en la ciudad- y la Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina (AMMAR). Se le informó acerca de los objetivos de la investigación, se las invitó a formar parte de la muestra y se le solicitó sugerir otras participantes. Además, se les consultó a los profesionales del Servicio de Salud Mental por mujeres trans que hayan recibido atención en el Servicio y se les solicitó el contacto. De esta manera, se conformó una muestra de diez mujeres trans, mayores de 18 años, y las entrevistas se realizaron en los meses de agosto a octubre.

Dentro del diseño narrativo, se utilizó el subtipo autobiográfico, en el cual las participantes brindan testi-

Tabla 1: Cuadro de correspondencias

Accesibilidad al NHSAP y al Servicio de Salud Mental	Geográfica	Ubicación del hospital en la ciudad. Posibilidad de acercarse a los servicios cuando se requiere.
	Financiera	Capacidad económica de las personas para transportarse y para dar continuidad a un tratamiento cuando se lo requiera.
	Administrativa	Posibilidad de obtener un turno y tiempo de espera hasta la consulta efectiva. Formas de registro (Ley de Identidad de Género). Horarios de los turnos y días de las atenciones. Información sobre las prestaciones.
	Simbólica	Vínculo con el personal de salud (personal administrativo, profesionales) y trato digno al momento de la atención. Calidad de la atención.
	Representaciones de los sujetos.	Sentires. Ideas o creencias sobre los servicios.
Ley de Identidad de Género	Contexto antes de la Ley de Identidad de Género.	Patologización, criminalización y judicialización. Experiencias en las atenciones en salud.
	Contexto después de la Ley de Identidad de Género:	Identificación de las mujeres trans en instrumentos que acrediten su identidad. Nominación por parte del personal del nombre autopercebido por la usuaria. Despatologización. Salud Integral

Fuente: elaboración propia (2024)

monios orales en vivo de determinado hecho, situación o experiencia vivida en cierto período de tiempo (Hernández Sampieri et al., 2014). En este caso particular se indagó acerca de las variables: accesibilidad, representaciones sociales y Ley de Identidad de Género en relación al NHSAP y al Servicio de Salud Mental (ver Tabla 1). El procedimiento consistió en la realización de una entrevista semiestructurada individual, guiada por el objetivo de la investigación. Las mismas se transcribieron a modo de narrativas individuales, iniciando posterior a ello un proceso de detección de unidades, ideas, categorías y temas potenciales. Luego, se analizaron comparativamente los relatos de las participantes encontrando convergencias y divergencias. Finalmente se elaboró una narración general, presentando las categorías, temas y patrones comunes, así como su secuencia. En todas las entrevistas se realizó entrega de una carta informativa sobre el consentimiento informado y se solicitó la firma de éste, posterior a su lectura. Dentro del consentimiento informado se detalló la duración de la entrevista y que misma sería grabada y eliminada tras su transcripción. Finalizada la recolección de datos se inició el análisis de los mismos. Cabe aclarar que las participantes del presente estudio no percibieron un beneficio económico por su participación y su identidad ha sido resguardada.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados del proyecto de investigación. Para ello, se parte de los objetivos iniciales, a saber, conocer la percepción de las mujeres trans en relación a las dimensiones de la accesibilidad, la descripción de barreras presentes al momento de acceder al Servicio de Salud Mental del NHSAP desde el 2012 hasta el 2023 y, por último, establecer relaciones entre la implementación de la Ley de Identidad de Género y el acceso al Servicio mencionado. Para ello se creó una narrativa general ensamblando el contenido de las entrevistas individuales.

1. Servicio Poco Conocido: *al Servicio de Salud Mental no lo conozco, pero al hospital sí he ido...*

Respecto a los dos primeros objetivos propuestos se encontró que la mitad de las entrevistadas (5) no conocían el Servicio de Salud Mental. Todas ellas refirieron conocer al hospital pero la mayoría (7) no recibió atenciones en ese Servicio. Además la mitad de las participantes registraron experiencias negativas en el hospital previas a la sanción de la Ley de Identidad de Género y posterior a ella también. Todas acordaron en el impacto positivo que tuvo la Ley de Identidad de Género para el acceso del colectivo trans a esta institución, pese

a que la sanción de la ley no ha terminado con las experiencias negativas, las cuales, aún se observan.

La mayoría de las entrevistadas refirieron no conocer al Servicio de Salud Mental alegando falta de información e imposibilidad de conseguir turno en las prestaciones ambulatorias. Por otra parte, las entrevistadas (3) que recibieron asistencia en Salud Mental registraron experiencias positivas.

Sinceramente no lo conozco... ni personalmente ni por compañeras... Por falta de conocimiento. (Entrevistada-2, 2024)

Lo había sentido nombrar, pero digo... al ser del hospital debe tener muy poco acceso... Para qué iré a un lugar que debe estar muy lleno, que te deben dar un turno cada mes y medio... no sé si valía la pena. Tampoco sabía que era una opción para ir. No se hizo una divulgación en el colectivo de que había esta posibilidad. (Entrevistada-8, 2024)

Las entrevistadas que refirieron no conocer al Servicio de Salud Mental, presentaron alguna experiencia negativa al ser asistidas por otro servicio del hospital, y además coinciden en que Salud Mental nunca les fue presentado, desde la institución, como una posibilidad. El efecto de dichas vivencias no es un hecho menor.

En ellas se observa la construcción de representaciones en torno al hospital que impacta indirectamente en el vínculo con el Servicio de Salud Mental.

A continuación se describirán las diferentes dimensiones de la accesibilidad al Servicio de Salud Mental, identificando las barreras presentes. Se comenzará por las representaciones que las participantes han construido sobre el hospital y específicamente sobre el Servicio mencionado. Luego, se analizarán las dimensiones geográfica, financiera, administrativa y simbólica. Dicho análisis se realizará tomando como referencia la Ley de Identidad de Género.

2. Accesibilidad a la salud: dimensión simbólica

Stolkiner (como se citó en Comes et al., 2007) define a la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los servicios de salud y los sujetos, produciéndose en la interacción distintos modos de acercamiento o lejanía.

Según la autora, en esta interacción, las representaciones que los sujetos elaboran sobre los servicios constituye un factor relevante. Asimismo, Comes et al., (2007), considera a estas construcciones por parte de los usuarios como un componente clave para analizar la dimensión simbólica de la accesibilidad incluyendo,

además, a la diferencia entre usos y costumbres entre los equipos sanitarios y la población en torno a los procesos de salud.

Analizando, en primer lugar, las representaciones sociales ligadas al hospital, parte de las entrevistadas, principalmente aquellas con experiencias en atenciones donde registraron destrato, aparecen sentires como miedo y angustia junto con significados que dan cuenta de una valoración negativa hacia la institución. Estas vivencias y sentires van en consonancia con lo planteado por Pavan (2019), quien describe que a pesar de los avances en materia de derechos, es posible encontrar actos discriminatorios hacia las personas trans en las instituciones de salud y una implementación parcial de las políticas de género en el ámbito sanitario. A continuación se transcriben los fragmentos que ejemplifican lo dicho:

Yo por ejemplo al hospital no voy. No sé si quedé traumada desde esa vez... (Entrevistada-2, 2024)

Pasa siempre, tratamos de enfermarnos lo menos posible para no asistir a esos lugares... pero de si preferimos ir o no ir te dicen no, no voy... porque encima que ya te sentís mal es ir, que te digan sos travesti, como lo atiendo... Hay un cierto rechazo en tocar un

cuerpo trans, eso es lo que más hiere al colectivo. Todavía sigue pasando. (Entrevistada-3, 2024)

En su momento la pasamos mal y después no querés volver a ningún lado donde la pasamos mal. (Entrevistada-6, 2024)

3. Representaciones sociales respecto al Servicio de Salud Mental

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en el año 2010 marcó un hito importante para las disidencias sexuales al incluir, en su Artículo 3º, una definición de salud mental como proceso multicausal y estableciendo en su inciso “c” la imposibilidad de realizar un diagnóstico con base exclusiva en la elección o identidad sexual (Ley Nacional de Salud Mental 26.657, 2010). Hasta entonces, las disciplinas afines como la psicología y la psiquiatría, cumplían una función normalizadora de las “desviaciones” que se producían en la construcción de la identidad cuando la misma no seguía el camino de la matriz heteronormativa (Butler, 2019). Así, se puede encontrar en las entrevistas una doble representación de Salud Mental. Por un lado, asociarla a locura y encierro y, por otro, a la patologización de identidades. Estas representaciones se escuchan principalmente en aquellas entrevistadas que no conocían el Servicio de Salud

Mental. Todas ellas acuerdan en no tener información sobre el funcionamiento del Servicio.

Es un trabajo que tienen que hacer. Cada área del hospital tendría que tener un informe de lo que hay... para que la gente sepa, sino no sabe. Y también para qué sirve la salud mental. Muchas veces la gente no va porque dicen yo no estoy loco... o tienen un problema de adicción y no pueden salir y que quizá yendo a un psicólogo te puede ayudar... La falta de información del hospital y centros de salud de qué es la salud mental y para qué sirve es fundamental. (Entrevistada-1, 2024)

Muchas veces era hasta inentendible que vos fueras a un psicólogo que vos fueras y le digas soy una chica trans, o soy homosexual... Creo que el psicoanálisis era como volver a... todo lo contrario. El psicólogo era tratar de revertir eso, la equivocación y no tomarlo como algo que estás sintiendo, cómo acompañarlo en lo que hoy está eligiendo. (Entrevistada-3, 2024)

Lo imaginé mucho como las películas. Esa percepción vieja más de manicomio... esta cuestión del inconsciente colectivo... Y me encontré con otra historia mucho más humana y mucho más real. (Entrevistada-9, 2024)

Como menciona Comes et al. (2007), también los sujetos son quienes construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios. Dichas representaciones en sus aspectos figurativo, simbólico y afectivo influyen en el comportamiento y en las transmisiones sobre el hospital dentro del colectivo trans (Jodelet, como se citó en Cruz Souza, 2006). Se puede observar cómo cada entrevistada, en base a su experiencia o a lo comentado por otras, construye una representación particular, encontrándose puntos de convergencia entre ellas.

Para muchas el hospital despierta angustia por su burocracia, por malas atenciones previas, se acude como última alternativa o no se regresó más. En otros casos, a pesar de las malas experiencias, constituye un espacio donde continuar con la lucha por los derechos y garantizar las legislaciones vigentes. Y para otras, determinados servicios del hospital constituyen un espacio más amigable, seguro, donde se han podido construir redes.

En cuanto al Servicio de Salud Mental es de destacar que en las entrevistadas, principalmente aquellas que no conocían al Servicio, manifestaron interés en obtener mayor información sobre el mismo y conocer ante qué situaciones es posible acudir, identificando la importancia de atender a la salud mental del colectivo.

Esto se ejemplifica en el siguiente fragmento:

Veo compañeras que lo pueden necesitar y no saben a dónde ir o dónde dirigirse. Nos serviría mucho. Hay compañeras que lo necesitan. Ataques de pánico. En torno a la familia... Más que la sociedad, la familia. Ahí empiezan los problemas. Discriminación, insultos, peleas hasta llegar al punto de que te echen de tu casa por la aceptación... Uno quiere buscar la aceptación en la familia y no encontrarla. Te viene la frustración, te pones triste, se te bajan las defensas... Puede llegar hasta el suicidio como pasa con algunas compañeras... El estar en la calle, estar en la pobreza, la prostitución, por las drogas, abocarse al alcohol, a las drogas. Se va haciendo una bola grande y no llega a nada bueno. (Entrevistada-2, 2024)

4. Experiencias en el Servicio de Salud Mental

Las entrevistadas que fueron asistidas por el Servicio de Salud Mental refirieron un buen vínculo con los profesionales destacando el cumplimiento de las garantías de la Ley de Identidad de Género. Esto se ve reflejado en los tratos y en la calidad de la atención.

Es un trato lindo, podemos conversar de todo... me da la posibilidad de expresarme libremente, me siento muy tranquila y muy protegida en ese aspecto. (Entrevistada-5, 2024)

Bien, más allá de que las esperas siempre son largas para que te atiendan. Una vez atendida bien. (Entrevistada-7, 2024)

En mi experiencia se respeta de pie a cabeza la ley [...] no tuve inconvenientes con eso. Está bien que yo tenga el DNI hecho y eso allana mucho el camino. No hubo en ningún momento una situación incómoda en cuanto al nombre, pronombre, habitación. Yo pensé que iba a tener problemas con la pieza, un montón de historias que se dan fuera de estos ambientes y no los hubo. (Entrevistada-9, 2024)

5. Accesibilidad geográfica y financiera

La dimensión geográfica de la accesibilidad refiere, retomando a Comes et al. (2007), a las posibilidades de la población a poder acceder a los servicios en base a la distancia del mismo. Y la financiera, siguiendo la idea de la autora, hace referencia a la capacidad económica, por ejemplo, dinero para el transporte, pago de tratamiento, medicación de ser necesaria, entre otros.

La mayoría de las entrevistadas acuerdan en que la ubicación del NHSAP en la ciudad no es un obstáculo en la actualidad, alegando la existencia de transporte público, el encontrarse cerca de la terminal de ómnibus y el estar relativamente cercano al centro de la ciudad.

Para mí el hospital ahora está más accesible... donde estaba antes fatal... Incluso para la gente que es de la zona, se bajan en la terminal y pueden ir caminando. (Entrevistada-4, 2024)

A propósito de lo mencionado por la Entrevista-4, cabe destacar que hasta el año 2004 el nosocomio se encontraba en la periferia de la ciudad, trasladándose e integrándose el Servicio de Salud Mental al hospital general recién en el año 2014.

6. Accesibilidad administrativa

Siguiendo a Comes et al. (2007), esta dimensión se vincula a los aspectos burocráticos y a la organización interna de los servicios: horarios de atención, disponibilidad de turnos, documentación, forma de registro. Aquí se encuentran varios obstáculos.

Por un lado, aquellas entrevistadas que no conocían el Servicio de Salud Mental identifican, en relación al NHSAP, un obstáculo en las formas de registros y ser llamadas cuando no han realizado el cambio registral:

Los turneros, los enfermeros, los camilleros. No en los profesionales... parece que ellos ya saben [...] Todavía estamos en el conflicto, si no se cambia el nombre te cuestionan porque te llamas así... y no hace

falta el cambio registral. (Entrevistada-1, 2024)

Les cuesta llamarte acorde a tu género. Están con ese punto fijo de querer remarcar lo que una ya no siente que es... (Entrevistada-2, 2024)

Pasa mucho los que no han tenido cambio de DNI que en la sala de espera a viva voz te llaman y vos tenes que pararte y hacerte cargo de eso... entonces es una situación que para algunas puede ser incómoda. (Entrevistada-4, 2024)

Otro obstáculo identificado en el NHSAP es la falta de información a la hora de sacar turnos y de encontrar los lugares de atención dentro del hospital.

Viste que el hospital es un tema... el día que fui yo no había mucho personal era como que te van marcando, nadie tiene muy en claro al lugar al que tenes que ir. (Entrevistada-4, 2024).

Es bastante desinformado en cuanto a los turnos... (Entrevistada-6, 2024)

En relación a las entrevistadas que conocen el Servicio de Salud Mental, algunas refieren dificultades en la obtención de turnos y para la realización de recetas:

Por teléfono nunca, jamás. El teléfono es un tema. Desde que tengo uso de razón es imposible. Y si te lo dan, te lo dan para 2 ó 3 meses, imposible. Es más fácil venir por guardia... Saber qué días está la Dra. y venir. Lo cual esa mala atención que hay telefónicamente hace que se sature la guardia, por patologías menores. (Entrevistada-7, 2024)

Bueno, en el área de salud mental yo no he conseguido turno... en esa época me decían que no, no hay turno, que el profesional está saturado... venite el mes que viene a ver si alguien deja... hasta que no vine nunca más. (Entrevistada-10, 2024)

No obstante se observó como facilitador en la obtención de asistencia/turno cuando el profesional tratante se contacta con un profesional del equipo de salud mental:

Conozco el Servicio de Salud Mental hace 5 años más o menos cuando decidí salir del closet por así decirlo... le conté a mi médica cardióloga, mi médica de cabecera desde los 5 años... y ella me dice pedí hablar con la Psicóloga L del Servicio de Salud Mental, que le pregunte si tenía lugar para atenderme y me dijo si (entrevistada-5, 2024).

Conseguí turno con psicología a través de la psiquiatra... (Entrevistada-7, 2024)

En líneas generales, se observa que la Ley de Identidad de Género tiene un impacto positivo en la accesibilidad al Servicio de Salud Mental.

Esto se refleja en la apertura que observan las entrevistadas por parte del mismo a cumplir con las formas de registro, la asignación de habitaciones en caso de internación, el trato digno al momento de la atención, el acompañamiento desde el respeto, lo cual parecería haber resignificado representaciones previas en las entrevistadas que recibieron asistencia.

Es de destacar que esta modalidad no es igual en todas las áreas del hospital, lo que lleva a repensar el término de salud integral. Solo un servicio del hospital, el Consultorio de Hormonización, conformado por una médica ginecóloga, es referenciado por la mayoría de las entrevistadas como espacio seguro y amigable al cual se tiene acceso:

El único lugar al que vamos al hospital es al consultorio inclusivo, ningún lado más... Es ir ahí y salir. El único contacto al entrar al hospital. Otros ahora no. Antes lo tuvimos pero no fueron buenos. Años atrás. (Entrevistada-2, 2024)

Ahora, hay una Dra. que hace unos años se acercó a nosotros y a la mesa de la diversidad para decirnos que estaba disponible el servicio, ella es ginecóloga, y atender a la comunidad trans tanto varones como mujeres y colaborar en los tratamientos hormonales que antes te tenías que ir a Córdoba. Ahora te puedes acercar a ella y además el trato humano que tiene ella hacia nosotros es único digamos. (Entrevistada-6, 2024)

Sí, he ido algunas veces al hospital. Más que nada a una Dra. que se dedica a hacer asesoramiento y hormonización. Más que nada para eso. La Dra. me trató espectacular. Es la mejor Dra. que he visto en este tema... (Entrevistada-8, 2024)

Estas experiencias permitirían inferir que si bien las normativas contemplan la garantía al acceso a la salud integral, aún queda trabajo por hacer. El consultorio de hormonización y la manera en la que este fue planificado por la médica a cargo: acercándose a la comunidad trans, brindando información sobre el funcionamiento, generando un sistema de turnos gestionado por una referente elegida de la comunidad y la elección horaria por la tarde al escuchar las demandas de la población ha generado que la brecha entre sistema de salud-población se haya achicado de manera significativa.

Ojalá se contagiara en todos los ámbitos. Lo que ella hizo fue un cambio enorme para la comunidad de Río Cuarto... y vienen desde los pueblos a atenderse con ella. Yo ahora no puedo organizar los turnos porque no termino nunca mi día... ahora está Mariano y alguien más... pero ella nunca tuvo problemas si ibas sin turno, ella es humana, te dice aguardame un ratito, ya te atiendo. Que esas cosas se repliquen al resto sería genial. Para que el hospital se acerque a la gente. (Entrevistada-6, 2024)

7. Accesibilidad a la salud, de las marcas del pasado al presente. A más de una década de la sanción de la Ley de Identidad de Género

A continuación se analizará el impacto de la implementación de la Ley de Identidad de Género con el acceso al Servicio de Salud Mental de las mujeres trans, iniciando por un recorrido histórico hasta la actualidad.

Emergen del análisis de los relatos de las entrevistadas, principalmente quienes realizaron su transición previo a la sanción de la Ley de Identidad de Género, la referencia al contexto histórico que les tocó vivir y atravesar a nivel local en la década de los '90 y 2000.

Este contexto, como menciona Sottile (2019), estuvo atravesado por una situación de gravísima vul-

neración y violación de los derechos humanos hacia el colectivo trans.

Este contexto no ha sido ajeno a las instituciones de salud. En las narrativas, al hacer alusión a esa época, se puede escuchar una y otra vez las palabras “tortura”, “violencia”, “discriminación”, “temor”, “miedo”, “sobrevivir”, “sufrimiento”; además de la represión policial, el trabajo sexual como única alternativa, la exclusión del ámbito familiar y educativo... y la lista podría continuar. En ellas, parecería que más que una barrera, se estableció un muro que impidió, por muchos años, el acceso a la salud del colectivo trans.

Dentro de nuestra infancia a los 13/14 años te echan de tu casa y vos decís que te echen ya tenes que naturalizar que te exponía a toda esa tortura y te construías... tenías que vivir, comer... el trabajo sexual nos llevó a eso. Nos llevó a conocer la noche que era muy... muchísimas cosas fuertes. Hoy doy gracias a que lo puedo hablar sin quebrarme... Lo fui aprendiendo. Miedos hay, siempre. Al exponerme, charlar, dialogar. Tuve que armarme de una coraza para conquistar estos derechos y ser parte de una organización y luchar por nuestros derechos y las conquistas que tenemos. (Entrevistada-1, 2024)

Algunas de las entrevistadas describen la manera en el que este contexto macro social se replicaba dentro de las instituciones de salud, reflejándose en los tratos al momento de la atención y en no recibir respuestas a su problema de salud por motivo de género. Ello ha llevado a que la mayoría de ellas haya vivenciando experiencias negativas a la hora de acercarse al hospital, lo que produjo un progresivo alejamiento al mismo y, a muchas, a no regresar hasta el día de hoy. Las participantes relatan:

Nos esperaba una sociedad que todo el tiempo nos va a oprimir, que si me enfermaba no me iba a atender. Si te pones a ver una carta desde el 2012 para atrás, incluso para adelante, compañeras que fallecieron por no llegar a los centros al momento... entonces es algo que la medicina tiene que abrir la cabeza... (Entrevistada-3, 2024)

Hace más de 15 años recurrí al hospital y fue un horror, recurrí a un cirujano porque tenía silicona puesta en los pechos, se me habían hecho hematomas y el mismo médico me dijo así como... anda a tirarte debajo de un camión... me dijo que se me iba a pudrir, que no iban a poder hacer nada. Entonces imagínate lo que es... (Entrevistada-1, 2024)

Cuando era más chica casi no necesité ir al hospital. Creo que era una situación de exclusión total por lo que dicen mis compañeras. Una de ellas falleció dos semanas antes de hacerse una cirugía para extraerse las siliconas del cuerpo. No llegó con 45 años a hacerse una cirugía por ser excluida de la salud. (Entrevistada-6, 2024)

Una vez fuimos con unas compañeras a hacernos análisis y fue una experiencia muy fea. 2011, 2012. Justo estábamos militando lo de la ley. Fue una experiencia muy dura. Dijimos listo, no volvemos más. Había otros directivos también en el hospital... costó hablar, que nos recibieran. Fue una experiencia traumática para algunas y tristes, feas que pasen en un hospital tan grande, tan lindo. Y a muchas nos ha llevado a no volver... (Entrevistada-2, 2024)

Dos de las entrevistadas hacen referencia a la patologización de las identidades trans en este momento histórico. Esto se ejemplifica en los siguientes fragmentos:

Antes de la ley de identidad de género vos tenías que acudir a un psicólogo a profesional de la salud para acceder a tu identidad o a los tratamientos hormonales, porque sino no podíamos, no había una ley, te

hacían ir a un psicólogo para decidir si estabas bien... (Entrevistada-1, 2024)

Los padres las impulsaban a ir a un psicólogo porque decían que estaban locas, ser homosexual era ser enfermo o tenías una patología. Te llevaban a eso y eso me parece también que era una tortura llevarte a un psicólogo sin tu decisión. Esa es la experiencia que tenemos de los psicólogos... (Entrevistada-1, 2024)

Creo que el colectivo trans hace su propio psicoanálisis, como una marca que tenemos de... no había posibilidades de llegar a estos lugares por muchas décadas, desde antes de la Ley de Identidad de Género el colectivo trans era tratado como locos... se los trataba psiquiátricamente. (Entrevistada-3, 2024)

Yo cuando necesité hablar me dijeron vos tenés que cambiar ¿Cómo tengo que cambiar? Yo no tengo que cambiar nada... lo que me tenían era que apuntalar y acompañar. Por muchos años al colectivo travesti trans se los consideró como no aptos para la sociedad, como locos, encerrados psiquiátricamente... Los travestididos que hubo en ese entonces, los crímenes de odio... Fue mucha agua que pasó por abajo del puente para que hoy podamos decir la Ley de Identidad de Género. (Entrevistada-3, 2024)

En este contexto y ante la ausencia histórica del acceso a la salud integral, muchas de las entrevistadas refirieron encontrar refugio en la grupalidad y en la organización colectiva. Esto se ve reflejado en los siguientes relatos:

El acompañamiento, formar parte de una asociación ha ayudado a contenerse entre sí. En ATTTA siempre decimos, fue una escuela para nosotras. Nuestra escuela de aprender a hablar, aprender a expresarnos, a dar discusiones políticas, dar charlas sociales en los colegios... Aparte de ser una organización y nuestro fuerte. Nos acompañamos mutuamente. (Entrevistada-1, 2024)

Si hoy el colectivo no se acerca a los distintos puntos que te ofrece la ciudad es porque por mucho tiempo el colectivo estuvo precarizado, fuimos nuestras propias psicólogas, nuestras propias maestras, nuestras propias cirujanas. El colectivo se armó en base a la hermandad que había. Un médico no te ponía silicona, te la ponía una compañera. No íbamos al psicólogo, la propia psicóloga era mi compañera diciéndote cómo es la vida y cómo la teníamos que enfrentar. (Entrevistada-3, 2024)

No llegamos muchas veces porque nos atendíamos nosotras. Creo que nosotras particularmente... por ejemplo, yo a los 12 años me di cuenta que era una chica trans, yo y mi espejo preguntándome ¿por qué?, ¿por qué a mí? y cuando trate de estar en ambiente donde te trataban de autoanalizarte, el autoanálisis que hacían era está mal, vos sos un varón, no era la parte comprensiva de bueno te vamos a acompañar en tu transición. Creo que no estaban educados para hablarle a personas que no fueran del género masculino/femenino. (Entrevistada-3, 2024)

Las experiencias arriba mencionadas, no están desvinculadas del presente. Se observa, como se mencionó en el apartado anterior, que aquellas en donde se materializa el destrato, la inatención de la salud y la patologización dentro de la institución ha gestado representaciones signadas por un valor negativo hacia el hospital y hacia la Salud Mental. Estas construcciones aún están presentes, para muchas, el día de hoy.

Asimismo, con la sanción de la Ley de Identidad de Género, las entrevistadas acuerdan con que la situación actual de acceso a la salud es más favorable que antaño, refiriendo contar con más herramientas al momento de disputar por sus derechos al interior de las instituciones de salud.

Muchas veces las chicas han ido y han sido maltratadas hasta que se han plantado con la Ley [...] La ley nos cambió muchísimo. [...] Fue un antes y un después. (Entrevistada-1, 2024)

Hoy las compañeras empiezan a llegar, hablamos de la generación que está surgiendo y que le queremos dejar nosotras [...] Hoy vemos por primera vez las generaciones que van surgiendo teniendo las mismas oportunidades... si se abrió la cabeza no solo médica y psicológica sino también social... (Entrevistada-3, 2024)

También espacios como el consultorio de hormonización se van instaurando en el interior de la provincia. Aunque todavía sólo algunas instituciones de salud públicas cuentan con el mismo, permiten generar espacios, dentro de la institución, que alojen y no expulsen.

Nos reunimos con la Dra. y con una Trabajadora social para decirnos que estaba esto y poder brindarlo. Nos facilitó muchísimo el acceso a la salud. De personas que tenían 40 años y recordaban haber ido al médico cuando eran niños cuando iban con sus padres. Entonces lograr que personas de 40 años tengan el acceso a la salud de nuevo en un horario cómodo, por la tarde... yo me encargaba de agendar los turnos con

la Dra. para acomodar y no tuvieran que levantarse temprano. Porque la mayoría de las mujeres trans son trabajadoras sexuales, entonces levantarse a las 5 de la mañana para sacar un turno cuando muchas a esa hora recién se van a dormir... entonces esa accesibilidad a la salud fue como un cambio rotundo. Además todas las que iban salían felices. Es una doctora con la que vos podés hablar totalmente libre y te va a ayudar siempre. (Entrevistada-6, 2024)

8. Avance normativo en pos de la salud integral: Ley del Cupo Laboral Travesti Trans

Para finalizar el análisis, se hará mención al impacto positivo que la Ley Nacional N° 27.636 de Promoción del Acceso al Empleo Formal para Personas Travestis, Transexuales y Transgénero 'Diana Sacayán-Lohana Berkins', -también referenciada como Ley del Cupo Laboral Travesti Trans- ha tenido en el acceso a la salud integral. Junto a la Ley de Identidad de Género, las entrevistadas destacan la importancia de dicha legislación, sancionada a nivel Nacional y Municipal en el año 2021.

De las diez entrevistadas, cuatro de ellas actualmente trabajan en dependencias municipales por el cupo laboral y una de ellas en el Banco de la Nación Argentina.

Todas mencionan la importancia en términos de acceso a derechos que ha permitido esta política pública, destacando el derecho al trabajo y el tener una obra social que les permite acceder a otras instituciones de salud del ámbito privado.

Esa ley nos ayudó junto con la ley del cupo y tener una obra social y la obra social se hace cargo de la reconstrucción, yo lo hice el año pasado [...] con una obra social podes acceder a cualquier lado. Es importante seguir trabajando y articulando para que se sigan abriendo puertas y que la juventud no se nos pierda. (Entrevistada-1, 2024)

Cambió mucho en muchas cosas. En el acceso al trabajo, a la inclusión que siente una persona que trabaja. Te sentís parte de la sociedad que antes no sentías eso. Te sentías muy excluida. El acceso a la salud cambió muchísimo. Ya con una obra social podes ir a un medico que te entiende bien y podes volver, elegir al profesional. Entonces sí, cambia mucho el acceso cambió muchísimo. (Entrevistada-6, 2024)

Discusión

Los hallazgos de este estudio permiten identificar barreras concretas en la accesibilidad de mujeres trans

al NHSAP, especialmente en las dimensiones administrativas y simbólicas, lo cual condiciona la manera en que se vinculan con el sistema de salud y con el Servicio de Salud Mental en particular. Estos hallazgos se encuentran en consonancia con lo planteado por los antecedentes (Carrizo Villalobos, 2014; Fundación Huésped y ATTTA, 2014; Millet, 2017; Cordero y Salletti-Cuesta, 2025).

En la dimensión administrativa, se evidencian obstáculos que incluyen la burocracia interna del hospital, la dificultad para conseguir turnos en tiempos adecuados, la escasa difusión de prestaciones, y los errores en los registros cuando las personas no han realizado su cambio registral. Estos factores afectan la posibilidad de acceso efectivo y generan distancias en la población usuaria.

En cuanto a las barreras simbólicas, persisten representaciones negativas hacia el hospital, marcadas por experiencias de maltrato o discriminación, tanto anteriores como posteriores a la Ley de Identidad de Género. Estas situaciones se registran especialmente en el trato con personal administrativo y de enfermería, con menor frecuencia entre los profesionales médicos. En lo que respecta al Servicio de Salud Mental, quienes recibieron asistencia, registraron atenciones positivas

y espacios libres de discriminación y prejuicio por motivo de género. Las entrevistadas acuerdan en la perspectiva de género en las atenciones por parte de dichos profesionales, incluyendo psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. Estos elementos podrían constituirse como facilitadores de la accesibilidad, permitiendo resignificar representaciones y transmitir experiencias positivas dentro de sus espacios de grupalidad. Sin embargo, estas vivencias fueron referidas por una parte reducida de la muestra, por lo que se torna relevante seguir profundizando esta línea.

Se señala como problemática la falta de información sobre el Servicio, lo que dificulta el conocimiento de los dispositivos disponibles. La posibilidad de acceso muchas veces depende de redes informales, como la derivación por parte de algún profesional de cabecera que gestione un turno de forma directa, lo que vuelve al sistema poco predecible y desigual.

El contacto del Servicio de Salud Mental con la comunidad trans parece ser aún muy limitado. No se reconocen acciones conjuntas previas, aunque durante las entrevistas surgió un interés genuino por conocer y articular con el Servicio. Algunas propuestas incluyen, informarse sobre salud mental y sobre las prestaciones del Servicio, como así también, posterior a las entre-

vistas surgían propuestas de llevar a cabo actividades comunitarias como armado de *stands* en eventos del colectivo LGBTIQ+ y el acercamiento del equipo profesional a otros espacios de la comunidad.

Asimismo, el impacto de la Ley del Cupo Laboral Travesti Trans se hace visible en el acceso a la salud integral. Quienes han accedido a empleos formales mencionan mejoras en su atención, acceso a obra social y la posibilidad de elegir dónde y con quién atenderse. Esta política pública aparece entonces como un factor que amplía derechos y potencia la autonomía en el uso del sistema de salud.

En conjunto, los resultados muestran la necesidad de fortalecer los vínculos entre el Servicio de Salud Mental y la comunidad trans, diseñando estrategias de acceso más claras, concretas y comunitarias, que permitan desmontar barreras burocráticas y simbólicas, y promover el ejercicio efectivo del derecho a la salud mental.

Conclusiones

A partir del análisis realizado se puede concluir que las mujeres trans de la ciudad de Río Cuarto se han encontrado con mayores obstáculos que facilitadores en la accesibilidad al dirigirse al NHSAP dentro del período

2012-2023. De las experiencias de vida y las atenciones recibidas, las entrevistadas refirieron la existencia de barreras en las dimensiones administrativas y simbólicas principalmente observadas en el vínculo con Hospital, que repercutirían en el Servicio de Salud Mental, el cual resultó ser poco conocido. Es considerablemente baja la referencia a dificultades en la dimensión geográfica y económica debido a la gratuidad en la atención y la ubicación relativamente céntrica del Hospital.

Dentro de la dimensión simbólica, las representaciones construidas sobre el hospital y Salud Mental jugarían un rol importante al momento de alejar/acercar a la población. Se ha observado la construcción de representaciones con una carga afectiva negativa en este ámbito debido a malas experiencias en el área de salud, pudiendo devenir las mismas en un factor que aleja a la población del hospital y sus servicios. Es por ello que conocerlas, es fundamental al momento de diseñar estrategias que permitan achicar la brecha entre los servicios y la población.

Se concluye, además, que la sanción de la Ley de Identidad de Género ha tenido un impacto positivo en el acceso de las mujeres trans al hospital y, particularmente, al Servicio de Salud Mental. En relación con este último, las participantes señalaron como facilitador el

hecho de que el Servicio garantice la aplicación efectiva de dicha normativa que se manifiesta en las modalidades de registro de la información y en los tratos acordes a la identidad autopercibida. Cabe destacar, no obstante, que la vigencia de la ley por sí sola no asegura su cumplimiento efectivo. En este sentido, en otros servicios del hospital, la Ley de Identidad de Género opera como una herramienta jurídica que permite disputar y hacer valer derechos cuando estos se ven amenazados o corren riesgo de ser vulnerados.

Esta investigación constituye un aporte a nivel local al explorar y describir las percepciones de las mujeres trans en el vínculo con el NHSAP. El análisis de la accesibilidad tomando conjuntamente al hospital y al Servicio de Salud Mental permitió responder de una manera más completa el objetivo general. Será de interés continuar en esta línea de conocimiento, ampliando la muestra de mujeres trans que hayan recibido asistencia en el Servicio de Salud Mental; como así también conocer las percepciones y experiencias de los trabajadores. Por último y no menos importante, resultaría enriquecedor indagar en la población de varones trans y personas no binarias que, por motivos de selección, no han sido incluidos en la muestra, para así conocer puntos de encuentro y posibles diferencias.

Referencias Bibliográficas

Bologna, E. (2011). *Estadística para psicología y educación*. Editorial Brujas.

Butler, J. (2019). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad* (2.^a ed., 3.^a reimp.). Paidós.

Carrizo Villalobos, C. C. (2014). Accesibilidad a los servicios de salud mental con perspectiva de diversidad de género. En el primer y segundo nivel de atención en la localidad de Alta Gracia. *Revista de Salud Pública*, 20(3), 59–70. doi.org/10.31052/1853.1180.v20.n3.14424

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., y Stolkiner, A. (2007). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Anuario de Investigaciones, 14, 201–209

Cordero, M.L. y Saletti-Cuesta, L. (2025). Barreras y estrategias para la accesibilidad a la salud de las personas trans en Córdoba, Argentina. *Salud Colectiva*, 21: e5200. doi: 10.18294/sc.2025.5200.

Cruz Souza, F. (2006). *Género, psicología y desarrollo rural, la construcción de nuevas identidades: las repercusiones sociales de las mujeres en el medio rural*. Ministerio de

Agricultura, Pesca y Alimentación.

Fundación Huésped y Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina. (2014). *Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina*. [Acceso 8 de enero 2022] Disponible en: <https://bit.ly/4nRVTEi>

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

Millet, A. (2017). *Barreras en la accesibilidad de personas trans de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los tratamientos por uso problemático de sustancias*. Programa de Becas de Investigación. [Acceso 8 de enero 2022]. Disponible en <https://bit.ly/3JTKJRC>

Ministerio de Salud de la Nación. (2020). *Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias: Guías para equipos de salud*. [Acceso 9 de mayo 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/4p2YbRN>

Pavan, V. (2019). *Niñez trans: experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad* (2.^a ed.). Ediciones UNGS, Universidad Nacional de General Sarmiento.

República Argentina. (2010). *Ley N.º 26.657 de Salud*

Mental (3 de diciembre de 2010). Boletín Oficial de la República Argentina.

República Argentina. (2012). *Ley N.º 26.743 de Identidad de Género* (24 de mayo de 2012). Boletín Oficial de la República Argentina.

Sánchez, L. (19 de marzo del 2018). *Ser Trans en Argentina*. La Tinta [acceso 4 de enero 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/3LzwbH9>

Sottile, P. (2019). Identidad de género y derechos humanos. El derecho a ser feliz. En V. Pavan (Comp.), *Niñez trans: experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad* (2.ª ed.). Ediciones UNGS.

Notas:

1. Frase extraída de la entrevista número 6.

Intersecciones emergentes: Trabajo Social, crisis subjetivas y riesgo en salud mental en la guardia hospitalaria

BRUNI, Martín.

Lic. en Trabajo Social (Unicen); Mg. en Salud Mental Comunitaria (Unla); Residencia completa en salud mental (RISAM-MSal); Especialización en Trabajo Social Forense (UNR). Actualmente se desempeña en el Cuerpo Interdisciplinario Forense de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil.

Contacto: licbruni@gmail.com

ORCID: 0009-0009-4935-9691

Recibido: 30/07/2025 - **Aceptado:** 03/11/2025

Cómo citar: Bruni, M. (2025). Intersecciones emergentes: Trabajo Social, crisis subjetivas y riesgo en salud mental en la guardia hospitalaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), pp-pp

Resumen

En este artículo me propongo analizar el ejercicio profesional del Trabajo Social en guardias hospitalarias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el periodo 2008-2024, así como la operacionalización del Artículo 20º de la Ley Nacional de Salud Mental, que habilita su participación en la objetivación del riesgo para indicar la internación involuntaria. La investigación, basada en metodología mixta (análisis documental de 32 artículos, encuestas a 74 profesionales y 2 grupos de discusión), permitió conocer y describir cómo las trabajadoras sociales configuraron su espacio laboral en urgencias hospitalarias desde el año 2008 hasta la actualidad, en el marco del trabajo interdisciplinario. La guardia constituye un espacio emergente de intervención profesional, en el cual las Trabajadoras Sociales tuvieron que deconstruir y reconfigurar demandas medicas con tintes conservadoras y filantrópicos para adecuar el campo de acción profesional. Se concluye

que el Trabajo Social contribuyó a fortalecer y complejizar la atención en salud mental en urgencias; que amplió sus funciones y competencias profesionales debido a la permanencia y confluencia de saberes instrumentales del equipo interdisciplinario y, que promovió una perspectiva de cuidado integral de las personas en situación de crisis subjetiva.

Palabras clave: trabajo social, guardia, riesgo en salud mental

Emerging Intersections: Social Work, Subjective Crises, and Mental Health Risk in the Hospital Emergency Department

Abstract

In this article, I aim to analyze the professional practice of Social Work in hospital emergency departments in the Autonomous City of Buenos Aires (CABA) during the period 2008–2024, as well as the operationalization of Article 20 of the National Mental Health Law, which authorizes its participation in assessing risk to determine involuntary hospitalization. The research, based on a mixed methodology (documentary analysis of 32 articles, surveys of 74 professionals, and 2 discussion groups), made it possible to understand and describe how social workers have shaped their

professional space within hospital emergency services from 2008 to the present, within the framework of interdisciplinary work. The emergency department constitutes an emerging space of professional intervention, in which social workers had to deconstruct and reconfigure medical demands marked by conservative and philanthropic approaches in order to adapt the professional field of action. The study concludes that Social Work contributed to strengthening and adding complexity to mental health care in emergency settings; that it broadened its professional functions and competencies due to the sustained presence and convergence of the interdisciplinary team's instrumental knowledge; and that it promoted a comprehensive care perspective for people experiencing subjective crises.

Keywords: social work, emergency department, mental health risk

INTRODUCCIÓN

El presente artículo se centra en recuperar los principales temas y conceptualizaciones planteadas en la Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, defendida en el año 2025, titulada: *Trabajo Social en guardia de hospitales generales de CABA. Análisis del ejercicio y estrategia profesio-*

nal en salud mental, para la valoración del riesgo cierto e inminente, en el período 2008 - 2024.

El estudio tuvo como propósito asentar reflexiones analítico-descriptivas sobre el ejercicio profesional del Trabajo Social en servicios de guardias hospitalarias (en adelante TSG) en el marco del equipo interdisciplinario de salud mental y específicamente en el modo de valorar el riesgo cierto e inminente, e intervenir en consecuencia.

Los objetivos específicos fueron:

1. Identificar elementos significativos para la construcción y análisis de la historia del ejercicio profesional del Trabajo Social en el servicio de urgencia.
2. Conocer cuáles constituyen las características que particularizan la intervención social en urgencias de otros espacios socio ocupacionales.
3. Identificar y describir las problemáticas o afecciones que atraviesan a los usuarios en la urgencia, así como las formas en que las Trabajadoras Sociales las comprenden.

4. Conocer si la Ley N° 26.657 contribuyó y/o obstaculizó aspectos vinculados al ejercicio profesional en urgencias del Trabajo Social y al abordaje interdisciplinario

5. Conocer el tipo de participación y valoración, de las trabajadoras sociales, sobre el artículo 20 de la Ley N° 26.657, en el marco de intervenciones interdisciplinarias.

Identificar si existen regularidades y particularidades en las condiciones del ejercicio profesional en guardia, en dos hospitales generales, uno sin y otro con sala de internación por salud mental.

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El recorte problemático lo vincule a los efectos de dos marcos legislativos en salud mental que habilitaron la participación del Trabajo Social en el equipo de salud del servicio de urgencias hospitalarias y específicamente en la evaluación de riesgo cierto e inminente.

Por un lado, la Ley de Salud Mental de CABA N° 448 -sancionada en el año 2000- posibilitó la conformación de los equipos interdisciplinarios¹ en guardias de hospitales generales, pediátricos y de infecciosas, efectivizándose en el año 2008.

Y luego, en el año 2010, la Ley Nacional de Salud Mental (en adelante LNSM), mediante Artículo N° 20 habilitó a que el equipo de salud mental tenga la responsabilidad compartida de indicar una internación de carácter involuntaria, incluyendo al Trabajo Social como parte fundamental de tal indicación.

De este modo, la ocupación del espacio socio-ocupacional de la guardia en hospital general fue novedosa para la intervención del Trabajo Social, develando una vacancia en referenciales teórico-metodológicos y operativos instrumentales sobre la intersección urgencias-riesgo en salud mental.

En consecuencia, el problema de la investigación recuperó tal vacancia e intersección; puntualizando en cómo el Artículo N° 20 de la LNSM se operacionaliza desde el Trabajo Social en el marco del trabajo interdisciplinario.

METODOLOGÍA

El diseño de la investigación fue flexible, de tipo cuali-cuantitativo, centrado en conocer, describir y analizar la praxis del TSG desde el año 2008 al 2024. Para tal fin se utilizaron metodologías mixtas (Hernández Sampieri; 2014) de diferente alcance e intencionalidad, ordenadas secuencialmente en tres fases, lo que

permitió realizar una compleja aproximación analítica multireferencial al problema de estudio ya mencionado.

En la primera fase, realice un análisis documental de 32 artículos académicos escritos por TSG en Hospitales generales de CABA, que sirvió de insumo para dar cuenta de los debates y perspectivas sobre la intervención social y para configurar el diseño del instrumento cuantitativo posterior.

Como segunda fase metodológica, utilice una encuesta diseñada en base a los datos obtenidos anteriormente, a mi experiencia de intervención y a materiales bibliográficos vinculados. El instrumento se difundió mediante la técnica bola de nieve y contó con la participación anónima de 74 TSG.

Luego, en la tercera fase, desarrollé dos grupos de discusión con 9 TSG pertenecientes a dos hospitales generales -uno con sala de salud mental y otro sin ese servicio- donde se recuperaron las perspectivas sobre las temáticas resultantes de las fases anteriores. Una vez concluidas las tres fases metodológicas procedí a la elaboración de un análisis superador y más complejo, en el cual se incluyeron e interrelacionaron los datos obtenidos en las fases.

Antes de avanzar con los resultados, resulta pertinente explicitar ciertos posibles sesgos metodológicos que podrían haber incidido en la formulación de los criterios de selección de los instrumentos, así como en su diseño, aplicación y en el tratamiento de los resultados.

En primer lugar, cuento con una trayectoria profesional de más de diez años en servicios de urgencias de hospitales generales y, paralelamente, en un dispositivo de primera escucha especializada en la atención de personas con problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas.

Esta trayectoria, si bien constituye una fuente relevante de conocimiento situado, también puede introducir sesgos derivados de la implicación profesional, motivo por el cual sostuve un ejercicio constante de vigilancia epistémica orientado a preservar la reflexividad y el rigor analítico.

En segundo lugar, la ausencia de desarrollos teórico-metodológicos específicos del Trabajo Social en el campo de salud mental y urgencias hospitalarias, implicó recurrir a marcos conceptuales provenientes de la psicología y la psiquiatría para abordar cuestiones vinculadas a la salud mental.

Tal situación podría dar lugar a un cierto eclecticismo conceptual. No obstante, procuré minimizar este riesgo mediante un uso crítico y contextualizado de dichas categorías, asegurando su coherencia con los objetivos y el enfoque disciplinar del Trabajo Social.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico de esta investigación articula dos vertientes: los aportes de la salud mental comunitaria y las categorías del Trabajo Social crítico.

Salud mental comunitaria: conceptualizaciones potentes

Parto de concebir a la salud mental comunitaria como una perspectiva contrahegemónica, que reconoce los determinantes y condicionantes sociales en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, a la vez que cuestiona los discursos científicos y prácticas profesionales basadas en lógicas asilares-manicomiales (Amarante, 2009; Galende, 2015).

Los aportes de la epistemología de la complejidad son fundamentales para la perspectiva comunitaria ya que, entre otros supuestos, propone superar la fragmentación disciplinar y pensar los problemas de manera situada, reconociendo la unicidad y multidimen-

sionalidad de los sujetos (Morin, 1999; Najmanovich, 2005). En este marco epistémico, la interdisciplina como categoría teórico-metodológica, emerge como movimiento instituyente al interior de las lógicas institucionales fragmentarias (Stolkiner, 2005). En su funcionamiento, los equipos de trabajo tienden a converger los saberes para producir diagnósticos y prácticas comunes. Esta manera de ponderar el trabajo colectivo se expresa tanto la Ley 448/2000 de CABA como en la LNSM, jerarquizando disciplinas no hegemónicas y favoreciendo modelos de cuidado comunitario (Rotelli, 2014; Galende, 2015).

Siguiendo con la perspectiva comunitaria, De la Aldea y Lewkowicz (1999) proponen analizar a la subjetividad como una disposición, una “máquina para pensar y no un sistema de ideas” (p. 3), moldeada por factores socioculturales e históricos. Ello da cuenta de que los modos de padecer, de amar, de cuidar, de valorar la vida forman parte de una determinada subjetividad producida socialmente, que otorga los marcos por los cuales se transita la vida cotidiana. En consecuencia, lo que denomino como crisis subjetivas poseen estrecha vinculación analítica.

Por otro lado, la perspectiva introduce la noción de comunidad contrapuesta al modelo asilar-manicomial;

como elemento estructurante para situar los análisis e intervenciones tanto en las redes de cuidado (formales e informales) como en el espacio social de las personas con padecimiento psíquico (Ardila-Gómez y Galende, 2011)

En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 representó un cambio de paradigma hacia lo comunitario y la protección de derechos (Galende, 2015; Faraone y Barcala, 2020). No obstante, en su debate emergieron tensiones políticas, económicas y disciplinares (Faraone, 2018) que responden a la diversidad y coexistencia de posiciones epistemológicas en el campo de la salud mental.

Lo hasta aquí expuesto implica concebir a los objetos de conocimiento e intervención de la salud mental comunitaria atravesados por rupturas político-epistémicas, no exenta de contradicciones y disputas entre saberes profesionales; lo cual genera una tensa coexistencia de representaciones sociales e institucionales sobre el padecimiento psíquico y las disciplinas legitimadas para intervenir en él. En consecuencia, la perspectiva comunitaria requiere de abordajes intersectoriales e interdisciplinarios que den lugar a la complejidad y transversalidad de los problemas en el campo sanitario.

Trabajo social y dimensión operativa instrumental

En su proceso de conformación profesional, el Trabajo Social se configuró históricamente atravesado por la cuestión social en el marco capitalista, donde el Estado es su principal empleador y condiciona su ejercicio (Guerra, 2015). Sus prácticas mayormente se despliegan en espacios institucionales —escuelas, hospitales, juzgados, etc.— ligadas a políticas estatales en respuesta a conflictos y demandas sociales ligadas a la cuestión social (Marro, 2005) inscripta en las transformaciones socio históricas (Parra, 2001; Travi, 2006; Oliva, 2015).

Respecto del ejercicio profesional, Basta, Moretti y Parra (2014) plantean que en su dinámica se entrelazan tres dimensiones: teórico -metodológica, ético-política y operativa instrumental. En esta investigación dedique especial atención a la última dimensión, ya que la concebimos como la expresión visible del quehacer profesional.

En este marco, las estrategias de intervención profesional se conciben como construcciones dinámicas, determinadas por la manera en que se construye la situación problemática, los sujetos, el contexto institucional, las políticas estatales y las orientaciones pro-

fesionales ético-políticas (Montaño, 2000, 2014; Oliva y Mallardi, 2011). Estas estrategias se materializan en un conjunto de acciones profesionales —puesta en acto— que materializan los objetivos de intervención. Así, la respuesta profesional puede tender conflictivamente a la reproducción de lógicas conservadoras y/o emancipadoras del orden social vigente (Guerra, 2013; Pontes, 2003; Mallardi, 2015).

Habiendo explicitado las principales coordenadas teóricas sobre la salud mental comunitaria y el Trabajo Social, comprendo que la LNSM —en su carácter paradigmático y performático— funcionó como una terceridad instituyente que posibilitó, potenció y promovió un incremento en producciones académicas, en la ocupación y dirección de espacios socio-ocupacionales y en la integración del discurso social al campo de la salud mental; como es el caso del ejercicio profesional del TSG y su participación en las internaciones involuntarias.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Servicio de Guardia: entre urgencias y crisis subjetivas

El servicio de guardia hospitalaria históricamente se ha estructurado bajo una lógica biomédica orientada a reducir riesgos vitales, atender con rapidez y derivar

oportunamente los casos (SAME, 2003). En este marco, la organización se rige por una asertiva mirada profesional coyuntural, la específica disponibilidad de recursos y la capacidad de responder ante eventos críticos masivos. Las decisiones se construyen, muchas veces, desde diagnósticos y estrategias que implican un alto grado de apuesta frente a la complejidad y variabilidad de los problemas presentados.

En el análisis documental releve una crítica reiterada a los modos estandarizados de atención médica en las urgencias, a los que calificamos como capitalísticos (Franco y Merhy; 2011).

Además, identifique que la práctica cotidiana se encuentra atravesada por marcos legales, procedimientos disciplinares y gubernamentales (SAME, 2003) que, junto a las interpretaciones profesionales, generan múltiples modalidades de intervención en un mismo espacio hospitalario.

Puntualmente, el ingreso del equipo interdisciplinario en la guardia (mayormente en el año 2008) constituyó un hito que transformó las dinámicas de trabajo, ampliando las demandas atendidas más allá de las emergencias médicas tradicionales. Esta incorporación no solo favoreció el acceso de personas con padecimientos

psíquicos al sistema público de salud, sino que también introdujo un nuevo modo de comprender la urgencia.

En consecuencia, advierto la coexistencia tensional de tres modos de comprender la urgencia, a saber: la perspectiva biomédica, la del equipo de salud mental y la de las organizaciones extrahospitalarias (policía, fiscalías, sistema de protección de niñez y adolescencia, escuelas, etc).

Frente a tales divergencias, considero propicio -para el trabajo interdisciplinario en salud mental- utilizar la noción de *crisis subjetiva*, cuando se refieren a situaciones problemáticas que implican una ruptura biográfica y singular padecimiento subjetivo.

Así pues, conceptualizo a la crisis subjetiva como la expresión de una desestructuración de la cotidianeidad simbólica y material que, por el grado de su afectación, necesita de la ayuda de un otro institucional y/o profesional que le permita restablecerse. Es decir, un Otro social que haga de lazo frente al desborde y el desamparo subjetivo (Galende, 2015).

Los desencadenantes de las crisis provienen de problemas endógenos o exógenos a la persona afectada; motivada por componentes biológicos, psicológicos, sociales o ambientales (Basaglia, 2018); y generalmente

son de aparición abrupta o con una historicidad latente y/o manifiesta (Sotelo et al., 2010).

Es decir, la crisis subjetiva remite a estados psíquicos críticos de personas que se ven expuestas a una elevada producción de malestar, el cual genera un singular momento de vulnerabilidad en su historia subjetiva. Para lo cual, parte de la tarea profesional será reconstruir la historia vital del sujeto que padece mediante coordinadas biográficas (Carballeda, 2022) que singularicen y subjetivicen los diagnósticos (Bruni, 2013; Barukel y Stolkner, 2018).

Caracterización de la población estudiada: la feminización profesional

La caracterización de las Trabajadoras Sociales que trabajan en servicios de guardia hospitalaria en CABA, parte de los resultados obtenidos en la encuesta a finales del año 2023. Del total de 74 TSG encuestadas, la mayoría son mujeres cis (95.9%) con una distribución etaria uniforme entre 31 a 60 años, de la cual el 41% poseen entre 10 a 15 años de permanencia en el cargo.

Respecto de la formación profesional, la mayoría posee títulos de posgrado vinculados a la salud (residencias, cursos, diplomaturas, entre otros) aunque al momento del ingreso consideraron no tener conoci-

mientos suficientes para intervenir en urgencias ni haber realizado formación específica (41,9%) Posteriormente al ingreso a la guardia sí efectuaron capacitaciones en urgencias (33,8%).

No obstante, la mayoría refiere que, a pesar del tiempo de permanencia en el cargo, continúan recibiendo demandas por fuera de lo que consideran sus incumbencias y funciones (89,2%).

Esta breve descripción devela, por un lado, que el carácter feminizado de la profesión (ligada a actitudes y tareas del cuidado y organización doméstica) impacta estructuralmente en la pluralidad e inespecificidad de las demandas de intervención (Grassi, 1989; Nebra, 2018; Parola, 2024), como en la capacidad de desarticular expectativas y demandas de intervención específicas al TSG, que requieren de recursos materiales y simbólicos que la institución generalmente no cuenta. Un ejemplo claro de lo planteado radica en que el Trabajo Social resolvería de modo instantáneo –para el imaginario institucional de guardia– todo aquello no pueda solucionarse por la acción curativa médica.

De tal modo, en los grupos de discusión y en la trayectoria personal se han ejemplificado pedidos descontextualizados de una intervención profesional por

parte de los médicos, a saber: ropa para los usuarios, sillas de ruedas, organizar colectas de dinero para dar altas, sacar turnos médicos en servicios del mismo hospital, orientar y gestionar trámites para velatorios, gestionar dispositivos de asistencia a personas de calle para que los retiren de la guardia, gestionar la asistencia alimentaria en la guardia, cuidar personalmente a niños sin adulto responsable, etc. Además de las –atendidas– derivaciones por problemáticas sociales y de salud mental (Bruni, 2013). Por otro lado, el contraste mencionado entre formación profesional de posgrado y la percepción de vacancia de conocimiento para resolver demandas en urgencia, muestra el carácter joven e inconcluso de posiciones ético-políticas y teórico-metodológicas del TSG allí.

El Trabajo Social en el servicio de guardia: trayectorias y caracterizaciones

Parto de analizar al TSG como un espacio socio ocupacional emergente en relación a su histórica participación en los servicios sociales hospitalarios (Oliva, 2015; Castrogiovanni, 2023) y a los habituales aspectos teórico-metodológicos, operativo instrumentales y ético-políticos que sustentan y dinamizan el ejercicio profesional (Basta, Moretti y Parra, 2014).

En función de lo relevado, esta diferenciación de pertenencia al servicio de guardia, ha posibilitado una dinámica de trabajo particular, vinculada a las lógicas y demandas de los usuarios y profesionales en tal servicio, así como procesos de integración/exclusión al equipo interdisciplinario de salud mental.

Esta particularidad interventiva la he organizado, en base a la producción documental encontrada, en dos momentos históricos.

En un primer período, que va desde el año 2008 hasta el 2015, identifique una mayor cantidad de producción escritural de trabajadoras sociales vinculadas a interrogantes de los obstáculos y desafíos que implica trabajar en guardia; al modo en que suceden las demandas de intervención médicas, las cuales parten de desconocimientos de las funciones profesionales y en muchas oportunidades desde una representación conservadora y biomédica. También relevé una preocupación por el modo en que se efectiviza la interdisciplina, en las disputas de poder sobre la validación de los discursos y en el espacio de la mirada social por sobre la mirada psicopatológica.

Respecto de tales características, descubrí en todas las fases metodológicas, que las colegas realizaron algu-

na estrategia para clarificar, deconstruir o delimitar su campo de acción, a este proceso lo denominé *estrategias de resistencia para la autonomía profesional*.

El resultado de tal posicionamiento, coadyuvó a desarmar pedidos de intervención y representaciones sociales vagas e imprecisas sobre el TSG y el equipo interdisciplinario de salud mental. En la actualidad, las trabajadoras sociales consideran que los pedidos son más acordes con el posible campo de intervención.

De modo tal que, si el primer período consistió en acciones profesionales de inserción, adecuación, resistencia y lucha por un espacio legítimo; en el segundo momento analítico (desde el 2021 hasta la actualidad) los debates se caracterizaron por una marcada preocupación sobre las funciones periciales del equipo interdisciplinario que desanda y entorpece la tarea clínica a la que fue convocado.

Es decir, en este último tiempo la pregunta pasó de ser individual a colectiva; repensando el lugar de su función social frente a pedidos de evaluación por parte del sistema de administración de justicia.

En cuanto a los aspectos que caracterizan la intervención del Trabajo Social en la guardia, les solicité en la encuesta que marquen hasta cinco opciones, y los

resultados fueron los siguientes: la toma de decisión interdisciplinaria (78,4%); la atención a personas con padecimiento mental y a la evaluación de riesgo cierto e inminente (58,1%); la limitada disponibilidad de recursos (51,4%); el tiempo acotado para resolver situaciones (45,9%) y la diversidad de problemáticas sociales en un mismo día de guardia (40,5%).

En términos generales, estos resultados muestran una mayor integración al equipo interdisciplinario y una consolidación de estrategias interventivas conjuntas; dando cuenta del devenir histórico antedicho.

Es importante mencionar que ante la consulta sobre el conocimiento experto del Trabajo Social en temáticas que se presentan habitualmente en guardia, la mayoría destacó competencias para trabajar en situaciones de violencias de género (85,1%), con personas en situación de calle (81,1%), en situaciones de abuso sexual y maltrato infantil (74,3%) y solo la mitad en temas de salud mental (56,8%) y consumos problemáticos (41,9%). Conjeturamos que tal selección de opciones se asocia al recorrido personal de cada profesional, así como a las problemáticas sociales interpeladas por el colectivo profesional. Respecto del bajo porcentaje sobre salud mental y consumos, ubicamos que podría darse por una formación escasa, subsidiaria a los discursos psi que,

consecuentemente, ensanchan las fronteras disciplinares en el equipo interdisciplinario. Construyéndose así lecturas psicopatológicas que, en tanto habitus profesional, dejan por fuera la integración de los determinantes sociales de la salud.

Desde los grupos de discusión, mencionaron que las demandas al Trabajo Social pueden ser inespecíficas a comparación del resto del equipo; que las situaciones problemáticas revisten gran complejidad, variabilidad y frecuencia; y que en varias oportunidades cuentan con escasos recursos para resolverlas.

Hicieron alusión por un lado a ser el “comodín de la guardia” (hospital 1. Participante G) entendido como una figura multifacética que resolvería situaciones que, muchas veces, exceden las incumbencias profesionales y por otro, a una actitud de constante demarcación.

Uno de los aspectos que se mantuvo como preocupación analítico-reflexiva en las tres fases metodológicas fue la dimensión del tiempo, considerada un eje vertebrador de las intervenciones. En tanto recurso intangible, el tiempo se configura de manera ambivalente: cuando resulta accesible y controlable, opera como facilitador del proceso interventivo; por el contrario, cuando se encuentra limitado o sustraído, se transfor-

ma en un obstáculo que condiciona dicho proceso. En este sentido, el TSG se halla modelado, en parte, por esta dimensión, la cual, según el caso, puede sobreterminar, definir y traccionar las respuestas profesionales.

Asimismo, en articulación con los aportes del equipo interdisciplinario en la guardia, se advierte la introducción de la noción de un “tiempo subjetivo” asociado tanto al sufrimiento psíquico que, en algunas situaciones va a contrapelo de las lógicas institucionales, constituyéndose en un eje cardinal que estructura los modos de atención y cuidado.

Este breve pasaje por la trayectoria del TSG da cuenta de cómo el marco legislativo fue modelando las políticas estatales, institucionales y profesionales para la atención-cuidado de los usuarios, hacia el paradigma de la salud mental comunitaria (Faraone y Barcala, 2020).

Tales modificaciones dan cuenta de movimientos pendulares en la política pública hacia escenarios progresivos y regresivos (Valero, 2024) que impactan en las prácticas asistenciales. Por ello, si bien entiendo que aún existen tensiones institucionales que condicionan la participación plena del TSG en la guardia, ha logrado

insertarse al trabajo interdisciplinario en clave con la perspectiva que propone la LNSM.

Estrategias de intervención y la autonomía relativa en la guardia

Más allá de las divergencias teórico-epistemológicas en la trayectoria disciplinar (Parra, 2002), existe consenso en que el instrumental utilizado en la intervención social cumple una doble función: posibilita develar los determinantes y condicionantes de una situación problemática (Pontes, 2003) y las posiciones ideológico-subjetivas implicadas (Mallardi, 2020), al mismo tiempo que habilita la generación de mejoras en la singularidad de las personas (Bruni, 2013; Travi, 2006).

En lo que refiere al instrumental desplegado por las TSG, las encuestadas señalaron el uso frecuente de la entrevista con personas afectadas (97,3%) y con referentes familiares (95,9%), así como del informe interdisciplinario (95,9%), utilizado en mayor medida que el informe social (29,7%). También destacaron la historia clínica (90,5%). Respecto de lo que se busca indagar con referencia al uso de los instrumentos, seleccionaron la dimensión relacional del usuario con sus lazos sociales (94,6%), la percepción del problema (83,8%) y su configuración histórica (82,4%). Los factores de protección

(79,7%) y de riesgo (78,4%) ocuparon un segundo nivel de relevancia.

En términos generales, este resultado da cuenta de las vías frecuentes para la comprensión de la situación problemática, así como para la producción de indicaciones terapéuticas o de protección de derechos.

Según las trabajadoras sociales de los grupos de discusión y lo estudiado en el análisis documental, la dinamización del instrumental en contextos de urgencia depende de las demandas específicas de cada caso. Por lo cual, existe una intrínseca relación entre demanda y los instrumentos para la construcción del problema.

Retomando lo explicitado en el marco teórico, el Trabajo Social implementa estrategias de intervención que suponen criterios epistemológicos, teórico-metodológicos, ético-políticos e interdisciplinares que orienta el instrumental mediante las acciones, metas y fines. Las cuales se interceptan con el encuadre institucional, las demandas poblacionales y la capacidad de agencia del profesional. Como propuesta analítica, sostenemos que para dar cuenta del modo en que la dimensión operativa instrumental en urgencias se fue configurando, habría que tener en cuenta los siguientes aspectos: la *autonomía relativa*, entendida como la

capacidad de gobernanza sobre los medios y fines de intervención da cuenta de las relaciones de poder y de la viabilidad institucional (Aquín, Custo y Torres 2012; Grassi, 1989; Iamamoto, 2003); Las *incumbencias y competencias* profesionales (legitimadas social y legalmente); las *funciones tradicionales* de asistencia, gestión, educación (Oliva, 2015), así como las *emergentes*: periciales, evaluativas, socio terapéuticas (Arito, 2020; Ponce de León y Krmpotic, 2012), que responden tanto a las *demandas institucionales* como a las necesidades del orden popular.² En relación con la autonomía relativa (elemento transversal en el ejercicio profesional) las TSG encuestadas valoraron disponer de ella en un rango medio-alto a alto. No obstante, reconocieron escenas de sobredeterminación institucional (actuar obligatoriamente por fuera de su criterio profesional; no ser valoradas en su función; entre otras) que tensionan esa percepción.

Tal tensión la comprendemos como una particularidad de la autonomía relativa en la urgencia, ya que adquiere un carácter dialéctico y contradictorio, donde coexisten momentos diferenciados de repliegue, resistencia y conquista.³ Por otra parte, a partir de los relatos de la mayoría de las TSG, identificamos que valoran positivamente el trabajo colaborativo del equipo interdisciplinario de salud mental en la guardia. No sólo

puntualizaron múltiples beneficios para la actividad de cuidado a los usuarios, sino que destacaron al equipo como un dispositivo de protección, contención emocional y afectiva frente a las diversas situaciones críticas que conmueven a los profesionales en la atención en la urgencia. Es decir, una forma de praxis asistencial entre personas que corporizan profesiones diferentes.

Según lo interpretado por el discurso de las colegas, el trabajo interdisciplinario en el equipo de salud, remite a una construcción analítica democrática, tensional y estratégica, en función de dar un conjunto de respuestas profesionales e institucionales complejas a una demanda objetivada en situación problema.

Riesgo cierto e inminente en salud mental: entre lo prescriptivo y lo interpretativo

La noción de riesgo enunciada en la LNSM se nutre de las trayectorias y saberes de las perspectivas desinstitucionalizadoras tanto nacionales como internacionales, en un marco de respeto por los derechos humanos de las personas en situación de crisis subjetiva (De Iellis, 2021; Galende y Kraut, 2016).

Esta ley inaugura, además, una nueva modalidad clínico-administrativa para el ejercicio de la internación, habilitando la participación de nuevos actores profe-

sionales en la indicación terapéutica e instituyendo el carácter específico de lo involuntario.

En este sentido, bajo la expresión “riesgo cierto e inminente” la LNSM introduce dos variables centrales para valorar el riesgo: lo “cierto” y lo “inminente”, exigiendo a los equipos profesionales adecuar su práctica más allá de los marcos teóricos de referencia, a fin de observar dichas dimensiones en el proceso evaluativo.

Respecto de la participación del TSG en la evaluación de riesgo cierto e inminente, he registrado que todas participan de la misma, adecuándose a los términos de la LNSM. Tal intervención varía en cada una, puede ser directa o indirecta con los usuarios y familiares. Para facilitar la identificación del proceso de evaluación establecí desde la encuesta una serie de momentos procedimentales, lógicos y no cronológicos, que permitieron develar que pueden estar presentes en todo el proceso de atención-cuidado o de modo diferido, dependiendo la organización hospitalaria⁴ y la composición de los equipos interdisciplinarios.⁵ Las colegas TSG de los grupos de discusión, mencionaron que puntualmente en esta estrategia evaluativa es donde se reproducen dinámicas de integración y exclusión al Trabajo Social, vinculándolo a cuestiones del tiempo de inserción en el equipo; a la composición y dinámica de los profesio-

nales psi; a la frecuencia y gravedad de las situaciones problemáticas por atender y a las funciones profesionales que cada TSG ha podido desplegar históricamente.

Tal como analizamos en la investigación, *la concepción de riesgo se operacionaliza como una verdad construida situacionalmente, dependiente de los acuerdos generados en el seno de los equipos de trabajo*. De este modo, el riesgo es producto de un debate interdisciplinario que no siempre tiende a ser democrático, produciéndose discrepancias a la hora de acordar.

En la encuesta, la gran mayoría expresó que “a veces” (87,8%) se torna dificultoso determinar la existencia o no de riesgo y que se resuelve por el argumento profesional que mayor gravedad identifique (75%) a la situación dilemática.

A su vez, hemos registrado que estos modos de definir lo grave, no siempre responden a lógicas de la salud mental comunitaria, -contemplando por ejemplo la noción multiaxial de sufrimiento psíquico- (Augsburger; 2004). En ese sentido, puede ser sustentado desde perspectivas asilares-manicomiales, perpetuando lógicas de peligrosidad u ontologización del riesgo (Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009; De Lellis, 2020) ya que se pasaría de una sustancialización del riesgo en unidades

poblacionales a “personas portadoras del riesgo”, las cuales serían legítimas al ser recluidas por la supuesta condición riesgosa.

Sobre ello, diversos autores tales como Almeida-Filho (2009), Bianchi (2015), González y Leopold Costábile (2010), Mitjavila(2020), Murillo (2018), entre otros, más allá de encontrar discrepancias entre sus planteos y abordajes teóricos, refieren que la noción de riesgo remite a un paradigma de época que apunta a la anticipación de eventos desafortunados. Lo que deriva de ello, en salud mental, es a una proliferación de diagnósticos que intentan atrapar las probabilidades del devenir, es decir a implementar dispositivos analíticos para sostener una visión futuroológica.

Sumado a tal planteo, mencionan ciertas tendencias globales que apuntan a la individualización, responsabilización y despolitización de los riesgos por fuera de la compleja red de determinaciones macrosociales que, en la cotidianeidad de las personas configuran una diversidad de vulneraciones que se traducen en factores de riesgo. Es decir, los valores o supuestos presentados teóricamente, al ser parte de un devenir paradigmático de época, pueden deslizarse como parte del discurso interventivo-profesional sobre riesgo.

Habiendo presentado tal condición analítica y, justamente, frente a tal diversidad en los criterios profesionales para objetivar el riesgo en salud mental, arribamos a concebirlo de manera dual: por un lado, como una noción jurídica-prescriptiva que delimita y orienta el juicio profesional; y, por otro, como un concepto situacional, interdisciplinar y operativo-instrumental, cuya aplicación práctica se encuentra sujeta a tensiones entre marcos normativos, saberes disciplinares y dinámicas de los equipos de intervención.

Es por ello que, al consultar a las TSG por la composición analítica del riesgo cierto e inminente, la mayoría consideró que posee una configuración interpretativo profesional (68,9%) por sobre la opción si el riesgo es una realidad material-concreta (0%). Los datos analizados resultan especialmente relevantes para comprender los modos en que los profesionales llevan a cabo la evaluación de personas en crisis subjetivas objetivadas en riesgo.

En este sentido, y considerando la diversidad de criterios profesionales respecto de la internación involuntaria, identifique las referencias mayoritarias de las TSG en relación con los conceptos de lo cierto y lo inminente en el riesgo. Con respecto a lo cierto, las TSG encuestadas lo definen como aquellas situaciones

que implican riesgo de vida (68,9%), priorizando este criterio por sobre la aparición repentina o la cronicidad de los padecimientos subjetivos. Por otro lado, lo inminente se configura, según los resultados de la encuesta, a partir de la articulación de tres registros temporales: el presente, el pasado y el futuro muy próximo (77%).

Estos hallazgos evidencian los principales marcos analítico-conceptuales utilizados por los profesionales para objetivar las situaciones de riesgo, contribuyendo a un entendimiento de las valoraciones que predominan en función evaluativa del TSG.

En otro orden de temas, las internaciones involuntarias en el hospital general, las TSG encuestadas refieren que se torna dificultoso internar allí y que, en caso de hacerlo, los usuarios permanecen en el servicio de guardia (83,8%) siendo minoritaria la disponibilidad del uso de las salas de salud mental (17.6%).

Estos últimos datos respecto de las internaciones involuntarias en CABA, muestra cierto carácter regresivo y asilar manicomial de la política pública (Bruni, Castrogiovanni y Ventura, 2024) que condiciona las posibilidades concretas de implementar los cuidados en el hospital. No obstante (sin descontextualizar el emergente espacio socio ocupacional) noté que los criterios

profesionales del TSG respecto del riesgo en salud mental, expresan una cercanía conceptual al paradigma de la salud mental comunitaria y derechos humanos.

Reflexiones

Anteriormente planteé que la organización de la guardia hospitalaria se ha estructurado históricamente bajo lógicas biomédicas. Y que estas prácticas tradicionales, centradas en procedimientos estandarizados, limitaban la intervención profesional a diagnósticos rápidos y estrategias de acción inmediata. En este contexto de inserción profesional, los equipos interdisciplinarios consolidaron una praxis innovadora que aún hoy desafía las lógicas biomédicas tradicionales.

Sin embargo, habiendo pasado 15 años de la sanción de la LNSM persiste cierta ambivalencia en el sistema de salud de CABA, ya que la tensión entre alojar-expulsar a personas con padecimientos psíquicos se mantiene tanto en la práctica asistencial como en las decisiones institucionales. Un claro ejemplo de ello es la dificultad en efectuar internaciones en hospitales generales y el marcado perfil hospitalocéntrico en la atención ambulatoria, donde la potencia de la perspectiva comunitaria queda invisibilizada.

No obstante, analice que para el Trabajo Social, más

allá de haberse readecuado y consolidado en un terreno pantanoso como la guardia, fue una oportunidad para ampliar funciones, incumbencias y competencias profesionales. Esto fue promovido por el trabajo interdisciplinario y los marcos legislativos habilitantes a nuevas prácticas, que devino en las funciones socio terapéuticas en la urgencia.⁶

Vale aclarar que si bien dentro del diverso colectivo del Trabajo Social la función clínica o socioterapéutica puede encontrar cuestionamientos ligados a una psicologización de lo social, mayormente por determinaciones institucionales y de la política pública, el ejercicio profesional en urgencias fue tendiendo a efectuar intervenciones directas y coyunturales que apuntan, algunas veces en conjunto y otras de modo subsidiario con las profesiones psi, a la mitigación del sufrimiento psíquico.

Tal capacidad de reinversión profesional, se dió como resultante de la autonomía profesional; la cual fue y es una condición de partida para establecer, estratégicamente, acciones que permitan la delimitación, ampliación y afianzamiento de las funciones profesionales, conformes a un perfil profesional basado en el paradigma de la salud mental comunitaria y de los Derechos Humanos.

En la investigación también pude analizar el modo en que se operacionaliza el Artículo N° 20 de la LNSM. En coincidencia con la perspectiva de la LNSM, el riesgo en salud mental es situacional y singular a cada persona que atravesase una particular crisis subjetiva. A su vez, es el resultado de una construcción discursiva, fundada por criterios profesionales mediante deliberaciones interpretativas interdisciplinarias e institucionales.

A lo largo del proceso de análisis, dimensiono dos grandes posturas que, a modo de hallazgo y obstáculo teórico-metodológico, requieren ser profundizadas en futuras investigaciones. En primer lugar, una que advierte cómo las lógicas institucionales operan por sobre los criterios profesionales, desplazándolos más allá de sus convenciones disciplinares (Mantilla, 2009) y, en segundo lugar, otra postura teórica que menciona una dificultad en los operadores judiciales para explicitar las mediaciones teórico-metodológicas utilizadas para internar involuntariamente (Valero, 2005).

Frente a estas tendencias, en el presente estudio es más frecuente la utilización de argumentaciones preexistentes como recurso de modelación en la objetivación del riesgo por el explicitación de tales características. En el caso específico del Trabajo Social, las dos tendencias están presentes en los discursos de las

profesionales, pero aún existe una dificultad a explicitar los mecanismos por los cuales evalúan riesgo de modo interdisciplinario.

Aun identificando este obstáculo teórico-metodológico, la forma en que el Trabajo Social concibe el riesgo cierto e inminente propuesto por la LNSM es acorde a los estándares de salud y disciplinares para evaluar riesgo.⁷ Ubican que lo cierto remite a un *quantum* alto de gravedad que comprometería el riesgo de vida y a lo inminente como aquella temporalidad compuesta por el pasado próximo, el presente y el futuro próximo. A su vez coexisten concepciones críticas vinculadas al paradigma de los determinantes y condicionantes de la salud y otra, que otorga relevancia a discursos ligados a la psicopatología.

No obstante, otro de los aportes a la investigación, radica en que ubican la importancia del contexto en que se produce la crisis subjetiva, haciendo emerger la categoría de situación (compuesta por actores, intereses opuestos, recursos escasos, escenario presente y futuro) que permitiría articular lo cierto y lo inminente, más allá de una lectura psicopatológica descontextualizada.

Por otro lado, en los grupos de discusión se marcó que los usuarios que acuden a la guardia provienen de

sectores empobrecidos, signados por la vulnerabilidad social y psíquica que atraviesa la cotidianeidad y complejiza la reproducción material y simbólica de vida. Tal condición social hace que las demandas por guardia se incrementen y a la vez, las respuestas resulten poco efectivas para revertir los padecimientos. He aquí una cuestión clave para reubicar a la función del equipo de salud mental como el sostén profesional de personas con escasa capacidad de acceder al sistema de salud de manera adecuada y sustentable.

CONCLUSIONES

En síntesis, el proceso de investigación permitió conocer y sistematizar, a partir de las tres fases metodológicas, las perspectivas de un conjunto significativo de trabajadoras sociales que se desempeñan en guardia hospitalaria. Este aporte resulta valioso para construir sentidos situados y críticos en un campo de intervención que, hasta el momento, permanecía silenciado por una marcada vacancia de conocimiento.

De este modo, el Trabajo Social en la guardia hospitalaria se constituyó como un espacio socio-ocupacional emergente que, por el impacto de la LNSM, complejizó e instauró prácticas de cuidados integrales en salud mental en la urgencia.

Con lo dicho, la investigación presentada evidenció:

- La feminización y sobrecarga de demandas hacia la profesión en el servicio de guardia
- La transición de una fase de inserción/resistencia a otra de mayor integración interdisciplinaria, que facilitó para el TSG el despliegue de funciones profesionales no tradicionales: la socio terapéutica y evaluativa
- El tiempo como dimensión estructurante de las intervenciones en la urgencia y el tiempo subjetivo como un acto profesional de resistencia subjetivante ante la estandarización en la atención.
- La presencia, aumento y diversidad de problemáticas sociales y de salud mental a resolver por guardia
- La autonomía relativa del TSG como proceso dialéctico condicionado por tensiones institucionales que modelan las posibilidades y obstáculos en el hacer profesional
- La crisis subjetiva como un concepto opera-

cional, integrativo a las diversas formas de pensarlo desde las profesiones psi y como antesala para la objetivación del riesgo

- El riesgo cierto e inminente como categoría situacional operativa, compuesta por una tensión jurídica e interpretativa
- La dificultad en internar a usuarios de salud mental dentro del hospital

Estos hallazgos permiten visibilizar vacancias teórico-metodológicas del campo, así como problematizar la participación del Trabajo Social en internaciones involuntarias. En términos más generales, este estudio permite contribuir al debate sobre el actual estado de las políticas públicas que transversalizan y conforman el campo de la salud mental en urgencias y el efecto instituyente que genera en el ejercicio profesional.

Referencias bibliográficas

Almeida Filho, N., Castiel, L.D. y Ayres, J.R.M. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Revista Salud Colectiva*;5(3), 323-344.

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

Angelini, S. y Larrieu, A. (2016). Consideraciones sobre los conceptos de Peligrosidad y de Riesgo cierto e inminente. *Implicaciones para las medidas de seguridad 5º Jornadas de Investigación*. Facultad de Psicología (UNLP).

Aquín, N., Custo, E. y Torres, E. (2012). El problema de la autonomía en el Trabajo Social. *Revista plaza pública*, (8), 304-320

Ardila, S. y Galende, E. (2011). El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (1).

Arito, S., Imbert, L., Jacquet, M., Cerini, L., Rigoli, A. y Kriger, P. (2020). *Desastres y catástrofes: herramientas de pensamiento para la intervención*. Editorial EDUNER.

Augsburger, A.C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedad*, 6 (2), 71-80.

Barukel, A. y Stolkiner, A. (2018). El problema del diagnóstico en salud mental: clasificaciones y noción de enfermedad. *Saúde em Debate*, 42(118), 646-655. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811808>

Basaglia, F. (2008). *La condena de ser pobre y loco: al-*

ternativas al manicomio. Editorial Topia

Basta, R. Moretti P. y Parra G. (2014). Notas sobre el ejercicio profesional del Trabajo Social en la contemporaneidad. *Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 5,7-23

Bianchi, E. (2012). El problema del riesgo. Notas para una reflexión surgido de la usina genealógica en torno al concepto de riesgo en salud mental. *Espacios nueva serie. Estudios de Biopolítica*, (7),84-97

Bruni, M. (2012). La parte social. Sobre la cosificación del registro del Trabajo Social en la guardia hospitalaria. *Revista Margen*, (66), 1-5

Bruni, M. (2013). El Trabajo Social descentrado de los recursos. Reflexiones en torno al posicionamiento profesional en el dispositivo de Urgencia Hospitalaria. *V Jornadas de Salud Mental y Trabajo Social. Hospital Braulio Moyano*. CABA, Argentina.

Bruni, M. y Tarasiuk, M. (2020). Trabajo Social en la urgencia: sufrimiento profesional, estrategias para el afrontamiento en la tarea y la gestión de los cuidados. En Secretaría de Capacitación y Asuntos Culturales de la APSS (Comp.) *Cuestión Social, Procesos de Organización y Trabajo Social en el debate contemporáneo*. (pp. 6-15).

Bruni, M., Castrogiovanni, N. y Ventura, N. (2024). La intervención social desinstitucionalizante: obstáculos y posibilidades de acción en la sala de internación de salud mental de hospitales generales de CABA. En *Soberanía Sanitaria en Disputa. Reflexiones y luchas del trabajo social y los equipos de salud; Compilación II*. (pp. 149-157). APSS.

Carballeda, A. (2022). *La subjetividad como terreno de disputa*. Editorial Margen.

Carballeda, A. y Tisera, C. (2015). Entrevista. *Clepios, Revista de Profesionales en Formación en Salud Mental*, XXI(66), 34-40

Castrogiovanni, N. (2023). *Trabajo Social y Sanitarismo en Argentina*. Puka.

CELS y MDRI. (2008). *Vidas Arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental*. Siglo XXI.

De Iellis, M. (2021). *Salud Pública y Salud Mental. Del paradigma Asilar al comunitario*. Nuevos Tiempos.

Faraone, S. (2015). Reformas estructurales, contexto nacional y proceso de transformación en el campo de la Salud Mental. En Faraone, S. (Comp.) *Determinantes de la*

salud mental en ciencias sociales: actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26657. (pp. 63-77). UBA.

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

Franco, T. y Merhy, E. (2011). *El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado*. *Revista Salud Colectiva*, 7(1), 9-20

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Lugar Editorial

Galende, E. y Kraut, A. (2016). La intervención estatal en defensa del paciente. *Revista del Ministerio Público de la Defensa*. (11) 7-9

Ghioldi, L. y Martinez, T. (2010). Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria basada en la peligrosidad para sí o terceros. *Cuadernos de Medicina Forense Argentina*, (1), 25-35.

González Laurino, C. y Leopold Costábile, S. (2010). La Noción de Riesgo Social en la práctica del Diagnóstico Social de las Familias Uruguayas en el Área Socio jurídica. *Revista Trabajo Social*, (9), 1-21

Grassi, E. (1989). *La mujer y la profesión de asistente social. El control de la vida cotidiana*. Editorial Hvmantas

Guerra, Y. (2015). *Trabajo Social: fundamentos y contemporaneidad*. Colección Debates en Trabajo Social. CATSPBA.

Iamamoto, M. (2000). La metodología en el servicio social: lineamientos para el debate. En Borgianni, E. y Montaña, C. (Orgs.) *Metodología y servicio social, hoy en debate*. (pp. 93-103). Cortez Editora

Ley 153/1999. Argentina. Básica de Salud. Disponible en: <https://bit.ly/4r5jq7n> [consulta, noviembre de 2025].

Ley 448/2000. Argentina. CABA. Salud Mental. Disponible en <https://bit.ly/4i1Vbmm> [consulta, noviembre de 2025].

Ley 26.529/2009. Argentina. Derechos Del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Disponible en: <https://bit.ly/4oGCdUR> [consulta, noviembre de 2025].

Ley 26.657/2010. Argentina. Salud Mental y Derechos Humanos. <https://bit.ly/2XL2V3k> [consulta, noviembre de 2025].

Lorenzo, D. (2014). Riesgo, cierto inminente, peligrosidad e imputabilidad. *¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas Subjetividades, nuevos dispositivos*. (pp. 293-306). Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte".

Mantilla, M. J. (2010). La construcción de las decisiones de internación psiquiátrica: un análisis de los argumentos psicoanalíticos y los contextos de interacción social. *Revista Intersecciones en Antropología*, (11), 145-157

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

Mitjavila, M. (2020). Sobre la medicalización de la infancia socialmente problemática: objetos y trayectorias de la psiquiatría. *Política y Sociedad*, 19(46), 95-114. DOI 0.5007/2175-7984.2020.e75356.

Montaña, C. (2000). El Debate Metodológico De Los 80/ 90. El Abordaje Ontológico Versus El Abordaje Epistemológico. En Borgiani, E. y Montaña, C. (Orgs.) *Metodología Y Servicio Social. Hoy En Debate*. (pp. 9-33). Editorial Cortez.

Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. UNESCO

Najmanovich, D. (2005). Interdisciplina. Artes y riesgo del Arte Dialógico. Biblioteca virtual de la comunidad de pensamiento complejo, pág. 1-8, CABA, Argentina.

Nebra, M. J. (2018). Feminización del Trabajo Social: implicancias en la construcción del perfil y la identidad profesional en estudiantes y docentes de la Universidad de Buenos Aires. *Revista Trabajo y Sociedad*, (31), 261-284

Oliva, A. (2007). *Trabajo Social y lucha de clases*. Imago Mundi.

Oliva, A. y Mallardi, M. (2011). *Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social*. UNCPBA.

Parola, R. (2024). El Trabajo Social interrogado desde los feminismos. *Revista Intersticios de la política y la cultura*, (25), 93-112.

Parra, G. (2001). *Antimodernidad y Trabajo Social: Orígenes y Expansión del Trabajo Social Argentino*. Espacio Editorial.

Parra, G. (2002). Los proyectos socio-profesionales en el Trabajo Social Argentino. Un recorrido histórico. En VVAA *Nuevos escenarios y práctica profesional*. Espacio Editorial.

Parra, G. (2004). *Reflexiones sobre debate contemporáneo en el Trabajo Social argentino*. Cooperativas/UNLu.

Ponce de León, A y Krmpotic, C. (2012). *Trabajo Social forense: balance y perspectivas*. Espacio

Pontes, R. N. (2003). Mediación: Categoría Fundamental Para El Trabajo Del Asistente Social. En E. Borgiani, Y. Guerra y C. Montaña, *Servicio Social Crítico. Hacia La Construcción Del Nuevo Proyecto Ético-Político Profesional*. (pp. 201-220). Cortez.

Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Topia

SAME. (2003). *Normas de atención médica del SAME*. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

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

Freitas de Macêdo Jorge, L., Pimenta Filho, A., Sotelo, M. I., Belaga, G., y Santimaría, L. (2010). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental. *Revista Psicología em Revista*, 16(1), 1-16

Stolkiner, A. (2015). Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. En L. Tesler (Comp.) *¿Qué hacer en salud-Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria?* (pp. 57-70). Colihue

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental". *Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología: Salud mental y mundialización. Estrategias posibles en la Argentina de hoy*. Posadas, Misiones, Argentina.

Travi, B. (2006). *La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social: reflexiones y propuestas acerca de la entrevista, la observación, el registro, y el informe social*. Espacio Editorial.

Toro Martínez, E. (2011). "La noción de 'situación de riesgo cierto e inminente' en la Ley 26657/10: acerca de la diferencia entre 'estar' y 'ser' y sus consecuencias médico legales". En *Revista Psiquiatría*, 16, pp. 19-26

Valero, A. S. (2005). Pasos judiciales hacia la interacción psiquiátrica: reflexiones y posibles aportes des-

de la aproximación antropológica. *Revista de Antropología*, (7), 114-117

Valero, A. S. (2024). Apertura. Des/institucionalización en salud mental. Debates desde el sur de América Latina. Faraone, S. (coord.), Torricelli, F., Valero, A. S., Bianchi, E., y Oberti, M. (2024). *Diálogos en ciencias sociales, salud mental y derechos humanos: Problemáticas, desafíos y oportunidades transeccionales*. (pp. 57-61). Te-seo

Notas

1. Esta modalidad de intervención interdisciplinaria se encuentra mencionada en la Ley N° 448, la LNSM, la Ley Básica de Salud de CABA N° 153 y la Ley Nacional de los derechos del paciente N° 26.529.

2. Por razones expositivas esta propuesta analítica se encuentra en el capítulo N° 4 de la tesis referida.

3. Estos tres momentos refieren a la dinámica relación de poder entre los criterios profesionales del Trabajo Social y la demanda institucional.

4. En un grupo analizado, las TSG realizan seguimientos sociales a pacientes de clínica médica internados en guardia y sin criterio de urgencia, el cual fue una imposición del servi-

cio social hospitalario.

5. Se registró una marcada diferenciación entre equipos de salud mental con una mayor o menor valoración de la mirada social ante el análisis de los padecimientos psíquicos.

6. Dentro de las funciones relevadas en la encuesta, la socio terapéutica se posicionó como la principal.

7. Para ampliar ver: Angelini y Larrieu (2016), Carballada y Tisera (2015), CELS y MDRI (2008), De Iellis, (2020) , Galende (2015) Ghioldi y Toro Martínez (2011), Heredia y P... (2017) L... (2014) M... (2016) T... M...



De redes e hilos: memoria y representantes del movimiento antimanicomial en América Latina

ASSIS, Aisllan.

Doctor en Salud Colectiva, especializado en psiquiatría y salud mental. Profesor de Salud Colectiva en la Escuela de Medicina de la Universidad Federal de Ouro Preto (UFOP), Minas Gerais, Brasil.

Contacto: aisllanassis@ufop.edu.br

ORCID: 0000-0003-1727-4211

Recibido: 04/08/2025 - **Aceptado:** 25/10/2025

Cómo citar: Assis, A. (2025). De redes e hilos: memoria y representantes del movimiento antimanicomial en América Latina. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 155-177

Resumen

Este artículo se basa en una investigación de doctorado dedicada al análisis de la relación entre los procesos de reforma psiquiátrica y los movimientos sociales en América Latina. A partir de una metodología que combinó entrevistas con militantes, usuarios y profesionales en países de la región, observación participante en eventos nacionales e internacionales, así como análisis documental y revisión bibliográfica, se reconstruyó la trayectoria histórica del Movimiento Antimanicomial Latinoamericano, desde algunos de sus representantes. El texto destaca como punto de partida la resistencia de los locos y locas mexicanos internados en el hospital "Manicômio Geral de la Castañeda", cuyas cartas, fugas y participación en la Revolución Mexicana representan una denuncia inaugural contra la institucionalización psiquiátrica. Nise da Silveira, desde el "Centro Psiquiátrico Nacional" del Brasil, rechazó la violencia terapéutica y construyó un espacio basado en el afecto,

la expresión simbólica y la libertad, revolucionando las prácticas psiquiátricas con la terapéutica ocupacional. En Argentina, se destaca la acción de Gregorio Baremlitt y psicoanalistas militantes, quienes articularon crítica teórica, compromiso político y producción institucional alternativa. El pensamiento de Franco Basaglia, desde Italia, en seminarios e intercambios, introdujo la psiquiatría democrática como plataforma ética y política de denuncia y transformación social. Paulo Amarante organizó redes de militantes, intelectuales y usuarios, y con los “Loucos pela Vida” visibilizó experiencias que reinventaron el lugar social de la locura en la Reforma Psiquiátrica brasileña. Se analiza la resistencia e importancia de Las Madres de La Plaza de Mayo en los Congresos de Salud Mental y Derechos Humanos, en Argentina. Finaliza mostrando cómo la constitución de la Red Latinoamericana y del Caribe de Derechos Humanos y Salud Mental, y RedEsfera actualizan el movimiento antimanicomial latinoamericano, históricamente formada por el tejido de redes e hilos que unen a las personas, la memoria y la acción colectiva en la lucha por una América Latina sin manicomios.

Palabras clave: América Latina, Lucha antimanicomial, Derechos Humanos, Procesos de desinstitucionalización, Movimientos sociales latinoamericanos

Of networks and threads: memory and representatives of the anti-asylum movement in Latin America

Abstract

This article is based on doctoral research dedicated to analyzing the relationship between psychiatric reform processes and social movements in Latin America. Using a methodology that combined interviews with activists, service users, and professionals in countries across the region, participant observation at national and international events, as well as documentary analysis and a literature review, the historical trajectory of the Latin American Anti-Asylum Movement was reconstructed, focusing on some of its key figures. The text highlights, as a starting point, the resistance of Mexican patients confined to the “Manicômio Geral de la Castañeda” hospital, whose letters, escapes, and participation in the Mexican Revolution represent an initial denunciation of psychiatric institutionalization. Nise da Silveira, from the “Centro Psiquiátrico Nacional” in Brazil, rejected therapeutic violence and constructed a space based on affection, symbolic expression, and freedom, revolutionizing psychiatric practices with occupational therapy. In Argentina, the work of Gregorio Baremlitt and activist psychoanalysts stands

out, as they articulated theoretical critique, political commitment, and alternative institutional production. The thought of Franco Basaglia, from Italy, introduced democratic psychiatry as an ethical and political platform for denunciation and social transformation through seminars and exchanges. Paulo Amarante organized networks of activists, intellectuals, and service users, and with the “Loucos pela Vida” movement, he brought to light experiences that reinvented the social place of madness within the Brazilian Psychiatric Reform. The resistance and importance of the “Madres de la Plaza de Mayo” at the Mental Health and Human Rights Congresses in Argentina are analyzed. The text concludes by showing how the establishment of the Latin American and Caribbean Network for Human Rights and Mental Health, and RedEsfera, revitalizes the Latin American anti-asylum movement, historically formed by the network of threads that connect people, memory, and collective action in the struggle for a Latin America without asylums.

Keywords: Latin America, anti-psychiatric struggle, Human Rights, deinstitutionalization processes, Latin American social movements

Introducción

La historia de la locura en América Latina ha sido marcada por procesos de exclusión, medicalización y confinamiento, en los cuales el manicomio se consolidó como institución central del aparato psiquiátrico moderno (Viqueira, 1970; Machado, 1978). La psiquiatría, se firmó tal cual un régimen de normalización que atravesó dimensiones médicas, jurídicas y morales (Scull, 1979; Foucault, 2009). Sin embargo, desde los inicios del siglo XX, emergieron resistencias a este orden manicomial (La Haye, 2007). Este artículo propone una aproximación sociohistórica a la trayectoria del Movimiento Antimanicomial Latinoamericano, a partir del reconocimiento de algunos de sus representantes históricos y del análisis de sus contribuciones ético-política.¹

El movimiento antimanicomial puede ser comprendido como un proceso social de larga duración, en el sentido propuesto por Elias (2006). La historia de la psiquiatría en América Latina no puede ser pensada sin considerar las luchas que, desde diferentes lugares, resistieron a la medicalización, cuestionaron las verdades instituidas y produjeron otros sentidos posibles a la locura. Este artículo propone reconocer la contribución de algunos de los representantes históricos como los locos y locas de hospital “Manicômio Geral de la Cas-

tañeda", Nise da Silveira, Gregorio Barembliitt, Franco Basaglia y Paulo Amarante, cuyas trayectorias revelan dimensiones éticas, políticas y epistémicas que son base de la lucha antimanicomial en América Latina. Buscamos también promover una reflexión crítica y aportar a la construcción de una historia política del movimiento antimanicomial latinoamericano.

A lo largo del texto, la trayectoria y el legado de los representantes históricos actúan como ejes empíricos que nos permiten problematizar y consolidar categorías conceptuales esenciales del movimiento social. De esta manera, las figuras históricas se convierten en anclajes concretos que demuestran la aplicación y la relevancia de las tesis conceptuales en la transformación real de las prácticas antimanicomiales y la defensa de los derechos humanos en América Latina.

Metodología de una investigación militante

La investigación que fundamenta este artículo parte de un compromiso explícito con la lucha antimanicomial y con la defensa de los derechos humanos, expresado y defendido en una tesis doctoral en Salud Colectiva, en Brasil (Assis, 2019). La metodología adoptada no separa al sujeto investigador del objeto de investigación, se trata de una investigación militante, que busca

no sólo describir y analizar, sino también transformar la realidad social (D'Souza, 2010; Rodrigues, 2003; Vasconcelos, 2002).

El estudio se basa en una estrategia sociohistórica, inspirada en el pensamiento de Eduardo Mourão Vasconcelos (2002). A su vez, se adopta el concepto de proceso social formulado por Norbert Elias (2006), que permite pensar la historia de la locura como una dinámica de larga duración. Esta concepción ofrece instrumentos teóricos para identificar fases, rupturas y contradicciones dentro del proceso de constitución del movimiento social.

El procedimiento metodológico principal fue la reconstrucción de la trayectoria del Movimiento Antimanicomial Latinoamericano, a partir del análisis de eventos, prácticas, discursos y trayectorias personales. Este método implicó la recolección, organización y análisis de múltiples fuentes y se desarrolló entre Brasil, México, Argentina y Uruguay, principalmente.

Se realizaron 15 entrevistas con usuarios de servicios de salud mental, profesionales, intelectuales y militantes del movimiento social. Otra fuente central fueron los documentos históricos consultados en el acervo del Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Men-

tal e Atenção Psicossocial (LAPS) de la Escuela Nacional de Salud Pública "Sérgio Arouca", de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), coordinado por Paulo Amarante. El análisis de estos documentos permitió reconstruir momentos clave, identificar marcos teóricos y trazar conexiones internacionales del movimiento. Entre estos materiales se destacan las cartas de eventos, discursos históricos de líderes, libros y colectáneas que condensan el pensamiento y las prácticas del colectivo.

Una herramienta fundamental fue la elaboración de una periodización histórica, siguiendo la propuesta de Walter Melo (2007), que distingue entre una etapa manicomial, originado en la medicalización e institucionalización de la locura y psiquiatría, y una etapa antimanicomial, surgido como resistencia a este proceso. Cada fase fue analizada en función de los contextos políticos y económicos, buscando comprender cómo estos influyeron en las posibilidades de organización y acción colectiva.

Esta reconstrucción no busca establecer una historia oficial, la metodología adoptada articula elementos cualitativos, históricos y militantes. Como señala Jasper (2016), los movimientos sociales modifican significados, producen discursos y crean nuevos espacios sociales. Esta investigación, al reconstruir la historia

política del movimiento antimanicomial en América Latina, se inscribe en ese esfuerzo por comprender, resistir y transformar.

Locos y locas mexicanos: revolución dentro y fuera del manicomio

La historia del movimiento antimanicomial en América Latina no puede comenzar sin mencionar a quienes, desde el encierro, resistieron a la lógica manicomial. A principios del siglo XX, el hospital "Manicomio General de La Castañeda", inaugurado en 1910 en la Ciudad de México, se convirtió en el símbolo de la modernización psiquiátrica y del proyecto higienista del régimen porfirista (Sacristán, 2002). Su historia no se reduce a la arquitectura, a los diagnósticos ni a las estadísticas. De sus camas de hierro nacieron cartas que atravesaron los muros (Molina, 2009).

Como muestra Rivera-Garza (2001a, 2001b), los pacientes internados en "La Castañeda" no fueron meros receptores de violencia psiquiátrica. En las cartas que enviaron a directores, jueces, médicos y familiares, se revelan pensamientos críticos, deseos de libertad, denuncias de injusticia y afirmaciones de dignidad (Molina, 2004, p. 26-27).

Las prácticas de los internos no se limitaron al papel. En los años intensos de la Revolución Mexicana, varios de ellos escaparon y se unieron a las filas zapatistas, combatiendo junto a campesinos e indígenas por tierra y libertad. Esta participación muestra que la frontera entre el adentro y el afuera del manicomio no era tan nítida como la pretendía la psiquiatría (Rivera-Garza, 2001b). Así, los locos y locas mexicanas no sólo protagonizaron una revolución dentro del manicomio —con sus cartas, fugas y denuncias— sino también una revolución fuera de él, en armas, en lucha, en comunidad.

Los archivos del "Manicomio General de La Castañeda", revisitados por investigaciones recientes (Marcilla, 2019), evidencian que los sujetos internados fueron etiquetados con base en criterios morales, raciales y de clase. La locura, entendida como diferencia intolerable por la razón médica, se volvió también espacio de creación, de desobediencia, de potencia. Rivera-Garza (2001a).

En este sentido, los locos y locas mexicanos deben ser reconocidos como representantes fundacionales del movimiento antimanicomial en América Latina. Ellos y ellas encarnan la historia no contada de la resistencia a la psiquiatría como aparato de poder. Sus actos se reproducen, de modo simbólico y concreto, en la vida de

tantas otras personas que también se rebelaron contra el régimen de exclusión manicomial.

La experiencia mexicana resuena más allá de sus muros: en la denuncia de la violencia institucional, la producción de saberes situados, la construcción de comunidad dentro del encierro, la fuga como estrategia de libertad, la palabra como arma política. Al reconocer a estos locos y locas como sujetos históricos, se abre la posibilidad de repensar la historia de la locura desde abajo. No se trata de idealizar la locura, ni de romantizar el sufrimiento, todavía es necesaria para construir una salud mental democrática, que se prolonga en los movimientos de usuarios (Pires et al, 2023), en los grupos de ayuda mutua, en las marchas por una sociedad sin manicomios. Se prolonga en cada hospital que se transforma, en cada profesional que escucha, en cada colectivo que lucha. En este sentido, los locos y locas mexicanos son parte de una genealogía viva de lucha, resistencia y creación.

Nise da Silveira: el afecto como catalizador de libertad y resistencia antimanicomial

La historia de la psiquiatría en Brasil tiene como uno de sus marcos la inauguración del "Hospicio Pedro II" en 1852, en Río de Janeiro, por el emperador Dom

Pedro II (Machado, 1978). A semejanza de los procesos de urbanización europeos, asignando al Hospicio un papel central en la reorganización del espacio urbano. Con la proclamación de la República en 1889, la institución cambió de nombre a "Hospital Nacional dos Alienados", marcando la consolidación de un aparato manicomial donde la segregación era el objetivo predominante. Como ejemplo de esta dirección, surgieron las llamadas "colonias agrícolas", inspiradas en el "tratamiento moral" de Pinel. El trabajo buscaba corregir, dentro de un ideal de productividad, la "moleza" del pueblo brasileño, en palabras de Resende (1987), reforzando visiones clasistas y racistas sobre el comportamiento social.

En este contexto institucional opresivo, surgió una figura que marcaría profundamente la psiquiatría brasileña y latinoamericana: Nise da Silveira. Médica formada en Salvador en 1926. En Río de Janeiro, se aproximó a círculos marxistas y comunistas, lo que la llevó a ser arrestada en 1936. Fue encarcelada en la misma institución donde trabajaba como psiquiatra: el "Hospício Pedro II" (Carvalho y Amparo, 2006). Compartió celda con figuras como Olga Benário y Graciliano Ramos, consolidando su percepción de que el manicomio y la cárcel comparten la misma lógica de violencia institucional (Motta, 2008).

Después de siete años en clandestinidad, regresó a Río de Janeiro en 1944 y fue reasignada al "Centro Psiquiátrico Pedro II", en el Engenho de Dentro, Rio de Janeiro. Aceptó dirigir el sector de Terapia Ocupacional, marginal en la institución por no aplicar tratamientos invasivos (Silveira, 2006). Este espacio, fue transformado radicalmente por Nise. Allí instauró una práctica clínica inspirada en las teorías de Carl Jung (Silveira, 1981), y desarrolló un método terapéutico donde el arte y el simbolismo adquirirían centralidad. Trasladó esa idea a la clínica, considerando que el proceso psíquico se orienta espontáneamente hacia la cura si se permite su expresión (Castro y Lima, 2007). A través de la observación de la producción artística de los pacientes, Se identificó formas complejas de expresión del sufrimiento y del mundo interno, antes invisibilizadas por la mirada psiquiátrica tradicional. En sus palabras, "el mundo interno del psicótico encierra insospechadas riquezas" (Silveira, 1981, p. 11).

En una institución con más de 1500 pacientes abandonados, el taller atrajo, se convirtió en espacio de resistencia cultural y política. Su enfoque clínico consistía en establecer una relación, su trabajo inspiró el reconocimiento de la creación artística de personas con sufrimiento psíquico no como síntoma, sino como lenguaje legítimo.

Nise da Silveira fundó también el Museo de Imagens do Inconsciente, donde resguarda la producción artística de los pacientes, y el Grupo de Estudos C.G. Jung, fomentando la investigación clínica desde una mirada humanista. También desafió las fronteras entre ciencia y arte. Su trabajo atrajo a artistas, filósofos y antropólogos. Entre sus interlocutores estuvieron Mário Pedrosa y Ferreira Gullar (1996). A través del arte, se confronta la medicalización brutal de la locura y propuso una nueva ética del cuidado, donde la escucha, la creatividad y el respeto a la alteridad fueran principios fundamentales. Su influencia no se restringió al ámbito clínico. Fue inspiración directa para generaciones de profesionales de la salud mental, artistas, activistas y usuarios de servicios. Su experiencia demostró que es posible construir espacios de cuidado basados en el reconocimiento del otro como sujeto.

Gregório Baremlitt, el subsuelo político y el fermento comunista en la psicoanálisis argentino

Las décadas de 1930 y 1940 marcaron profundamente la historia política y social de Argentina (Rock, 2018). El país vivió una sucesión de gobiernos conservadores y autoritarios, intercalados por breves períodos democráticos. La población creció con fuerza durante las décadas de 1930 y 1940, los cambios demográficos

y la intensa urbanización alteraron la distribución de clases y modificaron el eje político nacional. Este proceso culminó con el ascenso de Juan Domingo Perón. Su gobierno estableció un programa de industrialización y justicia social, sellando una alianza duradera entre el Estado, la Iglesia y sectores populares (Torre y Riz, 2018).

En ese contexto turbulento, el campo de la psicoanálisis también se vio atravesado por profundas tensiones políticas. La Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), fundada en 1942 por un pequeño grupo de médicos influidos por Freud, se mantuvo inicialmente al margen de la escena política. Su primera configuración institucional, basada en el modelo de la Associação Psicoanalítica Internacional (IPA), evitaba posicionamientos ideológicos, incluso frente al primer peronismo, que se mostraba hostil a las ideas freudianas (Vezzetti, 2009).

Sin embargo, varios de los fundadores de la APA poseían trayectorias políticas comprometidas con las luchas sociales. Ángel Garma era un republicano exiliado, Marie Langer militó en el Partido Comunista Suizo y Pichon Rivière (1998) simpatizaba abiertamente con el socialismo. Esta dimensión política, latente en el origen de la institución, se intensificó en los años 60, cuando la

radicalización social y universitaria afectó incluso a los círculos psicoanalíticos. Se forjaba así un movimiento de analistas politizados que buscaban transformar la práctica profesional y la sociedad (Langer, 1973).

Se ha destacado, Marie Langer, exiliada austríaca, combinó su militancia marxista con una sólida carrera clínica en la APA. Para ella, el freudismo debía servir como instrumento de liberación subjetiva, así como el marxismo lo era para la transformación social (1973). Enrique Pichon Rivière (1998) desarrolló una psicología social fuertemente enraizada en lo comunitario. José Bleger (1973), médico y militante comunista, propuso una profunda integración entre marxismo y psicoanálisis.

A fines de los años 60, el estallido del “Cordobazo” y la efervescencia universitaria pusieron en jaque la neutralidad institucional de la APA. El movimiento estudiantil y obrero catalizó una politización radical entre jóvenes analistas, que comenzaron a cuestionar el elitismo, los altos costos de formación, el autoritarismo interno y la desconexión de la APA con los problemas sociales reales (Langer, 1973). Este clima dio origen al grupo *Plataforma*, liderado por figuras como Gregorio Baremlitt, quien en 1971 leyó un manifiesto que formalizaba la ruptura con la APA (Galhano Balieiro

y Dumont Flecha, 2018). Poco después, emergió otro grupo contestatario dentro de la propia APA: *Documento* (Hur, 2014). Ambas agrupaciones compartían una crítica frontal a la estructura vertical y conservadora de la institución.

Gregorio Baremlitt desempeñó un papel central en esta explosión crítica. Médico y sociólogo formado en la escuela de Psicología Social de Pichon Rivière, Baremlitt defendía una articulación entre el psicoanálisis, el marxismo y el esquizoanálisis. En 1973 fundó un grupo que estudiaba la obra de Deleuze y Guattari, y creó el concepto de *esquizodrama*, una forma de intervención clínica e institucional transformadora (2014). Con la intensificación de la represión estatal a partir de 1974 y el golpe militar de 1976, muchos de los integrantes de *Plataforma* y *Documento* fueron perseguidos o exiliados.

La ruptura con la APA también se expresó internacionalmente. En los Congresos de la IPA de 1969 y 1971, miembros de *Plataforma Internacional* —una red mundial de colectivos afines— promovieron contracongresos con el lema “Teoría y práctica psicoanalítica a la luz de los diferentes caminos hacia el socialismo” (Kelsseman, 1973, p.250). La unión entre psicoanálisis y marxismo, entre clínica y política, entre subjetividad

y revolución, se forjaron nuevas formas de cuidado y militancia que reverberaron en toda América Latina (Duarte et al., 2012).

Sin embargo, la contribución de Baremlitt y el psicoanálisis crítico no se agotó en la teorización, pero se articuló a través de diversas experiencias concretas. Mauricio Goldenberg en el “Hospital General de Agudos de la Zona Operativa Norte” (AMBA), que ya en la década de 1950 demostró la viabilidad de la atención psiquiátrica en un marco de hospital general (Diamant, 2010), y la experiencia de la comunidad terapéutica de la “Colonia Nacional de Alienados en Federación” (Entre Ríos), bajo la dirección de Raúl Caminos, un antecedente clave de la desmanicomialización (Vainer, 2013). La provincia de Río Negro se convertiría en un faro al lograr la sanción y aplicación de una ley de salud mental que, de facto, promovió la sustitución de hospitales psiquiátricos (Cohen y Natella, 2013). Estas luchas históricas, impulsadas también por figuras como Hugo Cohen en el ámbito de la salud comunitaria, convergieron finalmente en la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 en 2010. En conjunto, representan la materialización política de las críticas institucionales y éticas fermentadas desde las décadas anteriores en el subsuelo de la salud mental y la psicoanálisis argentinos.

De Réseau a la Red, pasando por “El Borda”: Franco Basaglia en las Américas

Franco Basaglia (1924-1980), médico y psiquiatra italiano, es ampliamente reconocido como el principal precursor de la reforma psiquiátrica italiana, también conocida como Psiquiatría Democrática (La Hayne, 2007). En 1961, al asumir la dirección del “Hospital psiquiátrico de Gorizia”, Basaglia emprendió cambios dirigidos a transformarlo en una comunidad terapéutica. Sin embargo, pronto comprendió que la mera humanización del hospital era insuficiente ante la violencia estructural del modelo. Para Basaglia, negar el sistema manicomial implicaba cuestionar el campo mismo en el que se actúa. Según él, toda sociedad basada en distinciones de clase, cultura y competencia genera zonas de exclusión para fijar una parte negada de su propia subjetividad. Tal crítica se plasma en su afirmación de que el paciente mental es un excluido absoluto, cuyos actos son todos definidos por la enfermedad (1985).

En 1970, Basaglia asumió la dirección del “Hospital Provincial de Trieste”, donde promovió el cierre del hospital psiquiátrico y su sustitución por una red territorial de atención en salud mental. En 1976, el hospital fue oficialmente cerrado, y en 1978 se aprobó en Italia la famosa Ley 180 (Goulart, 2008), también conocida

como Ley Basaglia, que sancionó la reforma psiquiátrica italiana. Sus ideas y prácticas se extendieron más allá de Italia, integrándose al movimiento europeo Alternativas à Psiquiatria, conocido como *Réseau*, que congregaba experiencias críticas de toda Europa (La Hayne, 2007).

La red europea se conectó con América Latina a través de una serie de encuentros internacionales, entre ellos el III Encuentro de Trieste en 1977 y, en 1981, el Primer Encuentro Latinoamericano de Alternativas a la Psiquiatria, en Cuernavaca, México. Este evento marcó la llegada del pensamiento de Basaglia y de la Psiquiatria Democrática al continente. En él participaron figuras clave como David Cooper, Félix Guattari, Marie Langer, Robert Castel, además del propio Basaglia (Portolese e Figueiredo, 1979).

Antes de Cuernavaca, Basaglia ya había estado en Brasil en 1978, invitado por Gregorio Baremlitt al congreso del Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos (IBRAPSI). En 1979 regresó y ofreció conferencias que impactaron profundamente al naciente Movimiento de los Trabajadores de Salud Mental (MTSM), especialmente por la reciente aprobación en Italia de la Ley 180, que simbolizaba la primera legislación que prohibía el uso de manicomios como forma de tratamiento

psiquiátrico. En 1983, en Belo Horizonte, tuvo lugar el Segundo Encuentro Latinoamericano de la Red, con la presencia de Franca Basaglia, Antonio Slavich y Robert Castel (Goulart, 2025).

La influencia de Basaglia también fue notable en Argentina, en particular en el “Hospital Nacional José T. Borda” —conocido como “El Borda”, epicentro de experiencias innovadoras de atención y militancia. Allí, equipos de salud mental, colectivos artísticos y movimientos sociales encontraron inspiración en la propuesta basagliana de sustituir la lógica de encierro por una de inclusión, protagonismo y libertad. “El Borda” se convirtió en una referencia emblemática del movimiento antimanicomial argentino (Moffatt, 1980).

Basaglia también visitó Estados Unidos en 1969, donde conoció la psiquiatria preventiva de Gerald Caplan. Afirmó que, sin una transformación real de las condiciones sociales, toda innovación terminaba por encubrir formas de dominación más sofisticadas (Amarante, 2010). Para él, era construir un nuevo vínculo entre sociedad y locura, basado en el reconocimiento del sujeto, su historia y su derecho a la diferencia. Esa propuesta implicaba también una reconfiguración del trabajo del profesional de salud mental, no como técnico, sino como agente de transformación social.

Este ideario fue fundamental para el proceso brasileño de reforma psiquiátrica. El movimiento antimanicomial en el país, surgido en el contexto de las luchas contra la dictadura militar, encontró en la experiencia italiana un horizonte posible de transformación (Amarante, 1995). La articulación entre las ideas de Basaglia, la praxis de los trabajadores, el pensamiento de Gregorio Baremlitt y las redes latinoamericanas generó un movimiento plural, político y profundamente comprometido con los derechos humanos en Brasil.

Paulo Amarante y los “Locos por la vida”: movimiento antimanicomial y reforma psiquiátrica en Brasil

La historia de la reforma psiquiátrica brasileña está profundamente vinculada a la trayectoria de Paulo Amarante, uno de sus principales protagonistas (Amarante, 2017). Psiquiatra, docente, militante y pensador, Amarante fue uno de los médicos residentes que, en 1978, denunció públicamente las condiciones inhumanas en que vivían los internos de los hospitales psiquiátricos del Ministerio de Salud, considerado uno de los puntos de partida del movimiento antimanicomial brasileño y de la reforma psiquiátrica en el país. Ese mismo año, el MTSM organizó su primer congreso nacional, se articuló con las luchas por la democratización del

país, convergiendo con la Reforma Sanitaria y el surgimiento del Sistema Único de Salud (SUS).² En 1987, durante el Congreso de Bauru, São Paulo, se dejó de ser una organización técnica para convertirse en un movimiento social amplio, autónomo, plural, y militante, que adoptó el lema “¡Por una sociedad sin manicomios!” (Amarante, 1995). En dicho congreso, también se instituyó el 18 de mayo como el Día Nacional de la Lucha Antimanicomial, reafirmando su compromiso con la superación radical del modelo psiquiátrico tradicional.

Paulo Amarante participó activamente de todos estos procesos. No solo fue un organizador clave del MTSM y del Movimiento Nacional de la Lucha Antimanicomial (MNLA), sino que también se destacó como investigador y divulgador, registrando las memorias, luchas y conquistas del movimiento. Su libro *Loucos pela vida* (1995) rinde homenaje a la Asociación homónima liderada por el músico y activista Luisinho Gonzaga, quien grabó un LP llamado *Terras do Juquery* que se convirtió en símbolo de resistencia y arte en la lucha antimanicomial.

A lo largo de los años 80 y 90, el movimiento se expandió en todo el territorio brasileño, articulando usuarios, familiares, trabajadores, artistas, juristas y académicos. Esta diversidad se convirtió en una de

sus mayores fortalezas, permitiendo la construcción de una compleja y extensa red de servicios comunitarios de salud mental. La Reforma Psiquiátrica brasileña se caracterizó por ser gradual, continua y cuidadosa, evitando rupturas bruscas que pudieran generar desatención. Fue una transformación ética, centrada en el respeto a los derechos humanos y en la sustitución del hospital psiquiátrico por servicios abiertos, territoriales y humanizados (Amarante, 2007). En este sentido, se articuló directamente con la conquista de derechos, en el marco del SUS, convirtiéndose en una plataforma fundamental para la ciudadanía de las personas en sufrimiento mental (Amarante y Nunes, 2018).

En el plano internacional, Paulo Amarante desempeñó un rol clave en la construcción del movimiento antimanicomial latinoamericano. Estuvo presente en tres momentos históricos decisivos: en 1981, en la creación de la Red Latinoamericana de Alternativas a la Psiquiatría; de 2001 a 2013, en los Congresos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental promovidos por la Universidad Popular de las Madres de Plaza de Mayo; y en 2017, en la fundación de la Red Latinoamericana de Derechos Humanos y Salud Mental.

Su presencia constante en estos espacios contribuyó a consolidar la posición de Brasil como el principal re-

ferente de la lucha antimanicomial en América Latina. A través de encuentros, congresos y redes de militancia, se tejieron alianzas con experiencias de Argentina, México, Uruguay, Chile, Perú, Paraguay entre otros países. En todos esos espacios, el ejemplo brasileño servía como inspiración práctica y teórica (Vasconcelos, 2008).

El impacto de la reforma psiquiátrica brasileña también se manifestó en el ámbito normativo. La aprobación de la Ley 10.216/2001 (Brasil, 2001), reconoció legalmente la necesidad de garantizar los derechos de los usuarios, priorizar el tratamiento en servicios comunitarios, y erradicar progresivamente los hospitales psiquiátricos. Esta legislación fue pionera en el hemisferio sur y sirvió de base para otros marcos regulatorios en la región (Desviat, 2015).

Cabe destacar que la Reforma Psiquiátrica brasileña no se limitó a un rediseño institucional, sino que propuso una verdadera transformación cultural y antimanicomial (Silva, 2013). Tal transformación fue posible gracias a la movilización constante de movimientos sociales que lograron involucrar a la sociedad en el debate sobre la exclusión psiquiátrica, generando espacios de reflexión, participación y creación colectiva. Por su continuidad, territorialidad, pluralidad y articulación

con los derechos humanos, la reforma brasileña se ha convertido en un modelo de referencia internacional.

Las Locas de la Plaza de Mayo: derechos humanos y salud mental en América Latina

En la historia reciente de América Latina, pocas figuras simbolizan con tanta fuerza la intersección entre derechos humanos, salud mental y resistencia política como las Madres de Plaza de Mayo. Surgidas en pleno terror de la dictadura cívico-ecclesiástica-militar argentina, estas mujeres transformaron su dolor en una potente denuncia pública, enfrentando no solo al Estado represor sino también al discurso psiquiátrico que buscaba patologizar su lucha (Balboa, 2010).

Desde finales de la década de 1970, las Madres se organizaron para exigir la aparición con vida de sus hijos e hijas desaparecidas. En lugar de aceptar el silencio impuesto, tomaron la plaza pública, irrumpiendo en el espacio político con pañuelos blancos que se convirtieron en símbolo de una maternidad politizada. Como señala Nabuco y Amarante (2011), estas mujeres desafiaron la domesticación política del duelo y reclamaron su lugar en la historia con acciones concretas de desobediencia civil. Pero su movimiento también fue blanco de discursos clínicos e institucionales que intentaban clasifi-

car su persistencia como producto de un desequilibrio mental, tachándolas de "locas" en un intento de deslegitimar sus reclamos.

La "locura" atribuida a las Madres no era solo un diagnóstico clínico; era una estrategia de desarticulación política. Sin embargo, como destaca Tello (2001), el gesto de caminar en círculo, de buscar justicia en la repetición incansable, fue también un acto de invención subjetiva y política. Las Madres resignificaron el insulto: si eran llamadas locas, entonces esa locura sería su bandera. Una locura lúcida, profundamente ética y comprometida con la vida.

A partir del año 2000, este legado se expandió y se articuló con otros movimientos en América Latina a través de espacios como la Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo y los Congresos Internacionales de Salud Mental y Derechos Humanos. Estos encuentros, organizados anualmente en Buenos Aires, se convirtieron en polos de agitación crítica, donde confluyeron profesionales, sobrevivientes, colectivos, familiares y activistas de múltiples países. En estos congresos, se denunciaban las violencias institucionales ejercidas por el modelo manicomial tradicional; se tejían redes de saberes colectivos, experiencias situadas y resistencias concretas. Como recuerda Amarante (2017), estos eventos

permitieron la emergencia de una cartografía alternativa del conocimiento en salud mental, donde la experiencia vivida se transformó en fuente epistemológica válida. Fue allí donde se escucharon testimonios como los de SinCo en México, Radio Vilardevoz en Uruguay o las redes de usuarios organizados en Brasil y Chile entre tantos otros de Latinoamérica.

La Universidad Popular, en particular, cumplió un papel pedagógico y político clave. No solo formó profesionales críticos, sino que también fortaleció la voz de quienes históricamente habían sido objeto del saber psiquiátrico. En sus aulas y encuentros se forjó una comunidad continental del desacuerdo, unida por el rechazo al encierro manicomial y la defensa intransigente de los derechos humanos.

Gregorio Kazi (2004), por ejemplo, fue uno de los primeros en pensar el manicomio no solo como institución médica sino como dispositivo político de disciplinamiento social. Sus escritos y militancia alimentaron una praxis radicalmente comprometida con la desmanicomialización, articulando saberes clínicos y lucha por la dignidad. Gregorio Baremlitt aportó una lectura transdisciplinaria que desbordó los marcos psiquiátricos clásicos. Influido por la esquizoanálisis, el pensamiento complejo y la epistemología crítica, Ba-

remblitt contribuyó a una conceptualización de la locura no como déficit sino como potencia de diferencia.

Por supuesto, ninguna teoría ni ninguna figura individual puede eclipsar el legado de las propias Madres. Su presencia en los congresos, su palabra encarnada, su capacidad de convocar la memoria como acto político las transformaron en pilares vivos del pensamiento crítico latinoamericano. No es casual que su voz haya inspirado a colectivos de salud mental comunitaria, grupos de teatro popular, experiencias radiofónicas y escuelas de formación en derechos humanos.

Así, el campo de la salud mental en América Latina se ha visto profundamente atravesado por la presencia de estas mujeres y por la fuerza política de su "locura". La memoria de sus hijas e hijos desaparecidos se convirtió también en memoria de quienes fueron encerrados, silenciados o medicalizados por atreverse a vivir fuera de la norma. En esta trama, la figura de las Madres se amplía: ya no son solo madres biológicas, sino madres políticas de una nueva subjetividad insurgente (Kazi, 2007).

Hoy, cuando los discursos securitarios y patologizantes resurgen con fuerza, recordar la lucha de las Madres y su articulación con los movimientos anti-

manicomiales de América Latina es una tarea ética y política urgente. Ellas nos enseñaron que no hay salud sin justicia, que no hay cuidado sin escucha, y que la verdadera locura es permanecer indiferente frente al dolor colectivo.

Conclusión: de la *Réseau* a la RedEsfera

La historia del movimiento antimanicomial en América Latina es, desde sus inicios, una historia de redes e hilos. Redes de afectos, de saberes, hilos de resistencias. Desde las primeras articulaciones en los años 70 y 80, hasta la reciente constitución de la Red Latinoamericana y Caribe de Derechos Humanos y Salud Mental en 2017 y la Declaración de Lima de la RedEsfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial en 2018, se mantiene una fuerza constante que impulsa el movimiento social.

En junio de 2017, durante el Encuentro en Florianópolis, se creó la Red Latinoamericana de Derechos Humanos y Salud Mental. Esta red se propuso como un espacio de encuentro, acción política y resistencia colectiva. Entre sus objetivos, destacan construir nuevas formas de atención desde la perspectiva de los derechos humanos (Assis y Techera, 2018). Esta red no es solo una estructura organizativa, sino también un espacio de

memoria. En ella resuenan las voces de quienes construyeron las primeras reformas, como Paulo Amarante, Gregorio Baremlitt, Franco y Franca Basaglia, Marie Langer y tantos otros. Sus legados, al mismo tiempo que son homenajeados, son también problematizados y resignificados por una nueva generación de activistas, usuarias, trabajadores, personas locas y sobrevivientes que no se reconocen sólo como objetos de políticas públicas, sino como sujetos políticos, productores de saber y protagonistas de sus propias vidas.

La Declaración de Lima (2018), formulada por la RedEsfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial, representa un momento clave en esta actualización del movimiento antimanicomial. Allí, personas usuarias, ex usuarias, sobrevivientes de la psiquiatría, personas locas y con discapacidad psicosocial, provenientes de 10 países, se reconocieron como un colectivo históricamente discriminado, pero también como portadoras de dignidad, autonomía y saber. Declararon su derecho a decidir sobre sus vidas, denunciaron las violencias psiquiátricas y exigieron el fin de prácticas como el electroshock, la medicación forzada, el encierro y la esterilización involuntaria.

Tanto la Red Latinoamericana de Derechos Humanos y Salud Mental como la RedEsfera reafirman que la

lucha por la salud mental no es solo una lucha sanitaria, sino una lucha por los derechos, por la justicia, por la vida. Una vida que sea vivible para todos y todas, incluso —y especialmente— para quienes históricamente han sido considerados desechables, peligrosos, enfermos o locos.

Desde la memoria de los Encuentros de Cuernavaca, Belo Horizonte, Buenos Aires, Florianópolis, Montevideo y Lima, hasta las proyecciones del próximo encuentro, de nuevas redes latinoamericanas, se dibuja una cartografía viva de resistencia, deseo y creación. Cada red que se teje, cada colectivo que se forma, cada testimonio que se escucha, cada ley conquistada o cuestionada, forma parte de este movimiento que no se detiene.

Los cuerpos, las memorias y las palabras de quienes han sostenido estas luchas —desde las Madres de Plaza de Mayo hasta los colectivos de sobrevivientes en Lima, desde los trabajadores de los CAPS brasileños hasta las asambleas de trabajadores y usuarias en Chile y Uruguay³— constituyen una genealogía de la desobediencia psiquiátrica, una historia que se escribe en los márgenes, pero que cada vez más se posiciona en el centro del debate público y político sobre el cuidado, la ciudadanía y los derechos humanos.

En definitiva, el movimiento antimanicomial latinoamericano, hoy expresada en la Red y en la Redesfera, es una lucha que actualiza sus sentidos en diálogo constante con la historia, con la memoria de sus representantes y con la potencia de sus nuevas generaciones. Es una fuerza que no solo denuncia lo que debe morir —el manicomio, la psiquiatría autoritaria, la lógica del encierro— sino que afirma lo que debe vivir: la comunidad, la dignidad, la locura libre, la palabra compartida, el derecho a ser diferente.

Finalmente, es imperativo abordar la sutil, pero crucial, distinción entre la lucha antimanicomial y los movimientos antidictatoriales de la región. Si bien el auge de la crítica psiquiátrica y la reivindicación de los derechos humanos se gestaron y fortalecieron en el mismo caldo de cultivo de resistencia política no se trata de luchas homogéneas. La consigna antimanicomial no se limitó a la contestación del autoritarismo político, sino que dirigió su arsenal teórico y práctico específicamente a la desconstrucción de la lógica de exclusión, reclusión y cronificación inherente al modelo asilar. Sin embargo, la lucha por una sociedad sin manicomios posee una historicidad y una especificidad conceptual propia que trasciende los ciclos políticos, manteniendo su vigencia incluso en contextos democráticos.

Por eso, decir hoy “Por una América Latina sin manicomios” no es repetir un eslogan del pasado, sino anunciar una tarea urgente del presente: seguir tejiendo redes, construyendo mundos donde la locura no sea temida ni ocultada, sino reconocida y cuidada. Una América Latina sin manicomios es posible, y su construcción ya está en marcha, sostenida por quienes sueñan, luchan y viven la locura como fuerza política y colectiva.

Bibliografía

Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Editora Fiocruz.

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Fiocruz.

Amarante, P. (Org.). (2010). *Escritos seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica (F. Basaglia)*. Garmond.

Amarante, P. (2017). *Lugares da memória: Causos, contos e crônicas sobre loucos e loucuras* (1ª ed.). Zagodoni.

Amarante, P. y Nunes, M. de O (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067–2074.

Assis, A. D. de. (2019). *Louca América: a luta por uma América Latina sem manicômios* [Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro].

Assis, A. D. de, y Techera, A. (2018, 9 de outubro). Por una América Latina sin manicomios: la construcción de la red latinoamericana de derechos humanos y salud mental. *Hemisferio Izquierdo*.

Balboa, M. (2010). Las madres de Plaza de Mayo: resistencia y salud mental. In H. Foladori (Comp.), *Salud Mental y Contrainstitución*. Universidad de Chile.

Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico* (H. Jahn, Trad.). Edições Graal.

Baremlitt, G. F. (2014). Presentación del Esquidrama. *Teoría y crítica de la psicología*, 4, 17–23.

Bleger, J. (1973). Psicanálise e marxismo. In M. Langer (Org.), *Questionamos: A psicanálise e suas instituições* (pp. 17–37). Vozes.

Brasil. (2001). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Diário Oficial da União.

Carvalho, S. M. M. de, y Amparo, P. H. M. (2006). Nise da Silveira: a mãe da humana-idade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(1), 126–137.

Castro, E. D. de, y Lima, E. M. F. de A. (2007). Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. *Interface*, 11(22), 365–376.

Cohen, H., y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Rio Negro* (1a. ed.). Lugar Editorial.

Desviat, M. A. (2015). *Reforma psiquiátrica* (2a. ed.). [s.n.].

Diamant, A. (2010). Mauricio Goldenberg, un camino hacia la psiquiatría humanizada: Marcas para la inserción de la psicología universitaria. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(1), 383–392.

D'Souza, R. (2010). As prisões do conhecimento: pesquisa ativista e revolução na era da “globalização”. In B. S. Santos & M. P. Meneses (Orgs.), *Epistemologias do Sul* (pp. 251–274). Cortez.

Duarte, M. G. S., Fernandes, P. J., y Rodrigues, H. B. C. (2012). Os “psicanalistas argentinos” no Rio de

Janeiro: problematizando uma denominação. In A. M. Jacó-Vilela, A. C. Cerezzo Y H. B. C. Rodrigues (Orgs.), *Clio-psyché: Fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Elias, N. (2006). *Escritos & ensaios; 1: Estado, processo, opinião pública*. Jorge Zahar Editor.

Foucault, M. (2009). *História da loucura: Na idade clássica* (J. T. C. Neto, Trad.). Perspectiva.

Galhano Balieiro, H., Y Dumont Flecha, R. (2018). A influência dos argentinos do grupo plataforma na reforma psiquiátrica brasileira. *Pretextos - Revista Da Gradação Em Psicologia Da PUC Minas*, 3(5), 207–224.

Goulart, M. S. B. (2008). Os 30 anos da “Lei Basaglia”: aniversário de uma luta. *Mnemosine*, 4(1).

Goulart, M. S. B. (2025). *As raízes italianas do movimento antimanicomial* (2ª ed., ampl.). GM Editorial; CFP.

Gullar, F. (1996). *Nise da Silveira: uma psiquiatra rebelde*. Relume-Dumará.

Hur, Domenico Uhng. (2014). Trajetórias de um pensador nômade: Gregório Barembliitt. *Estudos e Pes-*

quisas em Psicologia, 14(3), 1021-1038.

Jasper, J. M. (2016). *Protesto: uma introdução aos movimentos sociais* (C. A. Medeiros, Trad.). Zahar.

Kazi, G. (Coord.). (2007). *Subjetivaciones, clínicas, insurgencias: 30 años de la lucha* (1a. ed.). Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Kazi, G. (2004). *Salud mental y derechos humanos: Subjetividad, sociedad e historicidad* (Ed. Madres de Plaza de Mayo). Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Kesselman, H. (1973). Plataforma Internacional: psicanálise e anti-imperialismo. In M. Langer, S. (Org.). (1973). *Questionamos: A psicanálise e suas instituições*. Vozes.

La Haye, J. L. de. (2007). *A morte do manicômio: História da antipsiquiatria*. Imaginação; Editora da Universidade Federal do Amazonas.

Langer, M. (1973). *Questionamos: A psicanálise e suas instituições*. Vozes.

Machado, R. (1978). *Danação da norma: A medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Edições Graal.

Mancilla, F. J. D. (2019). La locura como acción po-

lítica: el movimiento antipsiquiátrico en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(1).

Melo, W. (2007). Maceió é uma cidade mítica: o mito da origem em Nise da Silveira. *Psicologia USP*, 18(1), 101-124.

Moffatt, A. (1980). *Psicoterapia do oprimido: Ideologia e técnica da psiquiatria popular* (P. Esmanhoto, Trad.). Cortez Editora.

Molina, A. R. (2004). Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX. *Frenia*, 4(2).

Molina, A. R. (2009). El Manicomio General La Castañeda en México. *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos*, 9.

Motta, A. A. da. (2008). Humana, demasiadamente humana. *Psique Especial Ciência e Vida: Psiquiatria no Brasil – Nise da Silveira*, 3(7).

Nabuco, E., y Amarante, P. (2011). Las “locas” de la Plaza de Mayo: La lucha de las Madres de Mayo contra la dictadura militar a favor de la vida. *Átopos - Salud Mental, Comunidad y Cultura*, 11, xx-xxvi.

Pichón-Rivière, E. (1998). *Psicologia da vida cotidiana*. Martins Fontes.

Pires, R. R., Alencar, A. B., Ferreira Júnior, A. R., y Sampaio, J. J. C. (2023). O cuidado em saúde mental e a participação política de usuários e familiares na ressignificação do estigma sobre os transtornos mentais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33, e33038.

Portolese, D. A., y Figueiredo, G. R. (1979). *Franco Basaglia: A psiquiatria alternativa - Conferências no Brasil*. Ed. Brasil Debates.

RedEsfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial - Locura Latina. (2018). *Declaración de Lima*.

Resende, H. (1987). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Vozes.

Rivera Garza, C. (2001). "She neither Respected nor Obeyed Anyone": Inmates and Psychiatrists Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castaneda Mexico, 1910-1930. *Hispanic American Historical Review* 81(3), 653-688.

Rivera-Garza, C. (2001b). Por la salud mental de la nación: Vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930. *Secuencia*, (51), 56-89.

Rodrigues, P. H. A. (2003). *Apocalipse não: O estado de bem-estar social sobrevive à onda neoliberal* [Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro].

Rock, D. (2018). Argentina, 1930-1946. In L. Bethell (Org.), *História da América Latina: A América Latina após 1930: Argentina, Uruguai, Paraguai e Brasil* (Vol. X). Editora da Universidade de São Paulo.

Sacristán, M. C. (2002). Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944. *Frenia*, 2(2).

Scull, A. T. (1979). *Museums of madness: The social organization of insanity in nineteenth-century England*. Allen Lane.

Silva, M. B. B. (2013). O que a Reforma Psiquiátrica Brasileira produziu? Sobre tecnologias psicossociais e categorias antimanicomiais. *R@U: Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCAR*, 5, 57-68.

Silveira, N. da. (1981). *Imagens do inconsciente*. Alhambra.

Silveira, N. da. (2006). Retrospectiva de um trabalho vivido no Centro Psiquiátrico Pedro II do Rio de Janeiro. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Funda-*

mental, 9(1), 138–150.

Tello, M. E. (2001). La fuerza de la cosa dada: derechos humanos, política y moral en las “indemnizaciones” a las víctimas del Estado en Argentina. In R. K. de Lima & R. R. Novaes (Orgs.), *Antropologia e direitos humanos 1* (Prêmio ABA/FORD). EdUFF.

Torre, J. C., y Riz, L. (2018). Argentina, 1946–1990. In L. Bethell (Ed.), *História da América Latina: Volume X A América Latina após 1930: Argentina, Uruguai, Paraguai e Brasil*. Editora da Universidade de São Paulo.

Vainer, A. (2013). Pioneros de la desmanicomialización. *Revista Clepios*, 19(3), 44–50.

Vasconcelos, E. M. (2002). *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: Epistemologia e metodologia operativa*. Vozes.

Vasconcelos, E. M. (Org.). (2008). *Abordagens Psicossociais, volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. Aderaldo & Rothschild.

Vasconcelos, E. M. (2017). *Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: Diálogos com o marxismo e o serviço social*. Papel Social.

Vezzetti, H. (2009). Psicanálise e marxismo: A fratura da Associação Psicanalítica Argentina (1971). *Tempo Social*, 21(2), 61–85.

Viqueira, C. (1970). Los hospitales para locos y “inocentes” en Hispanoamérica y sus antecedentes españoles. *Revista Española de Antropología Americana*, 5, 341–383.

Notas

1. La selección de los casos y figuras históricas aquí presentados obedece a criterios de emblematicidad conceptual, relevancia histórica y alcance regional. Más que ofrecer un panorama exhaustivo, el artículo se concentra en aquellos hitos que funcionan como nodos y puntos de inflexión en la trayectoria del Movimiento Antimanicomio Latinoamericano, articulando las categorías teóricas con la evidencia empírica. Los casos elegidos representan: (a) la crítica inaugural a la reclusión (en manicomio “La Castañeda”, en Mexico), (b) el quiebre de paradigmas terapéuticos (Nise da Silveira), (c) el fermento teórico y político que precede las leyes de reforma (Barembly y psicoanalistas argentinos), y (d) la consolidación de los modelos de salud mental comunitaria y legal (Río Negro, Ley 26.657 y la Reforma Brasileña). Se trata de un hilo conductor representativo para trazar la memoria de la lucha.

2. Sistema Único de Saúde (SUS): Es el sistema público de salud universal de Brasil, creado por la Constitución Federal de 1988, que garantiza el acceso integral, igualitario y gratuito a los servicios de salud a toda la población. Su relevancia en la reforma psiquiátrica reside en ser el marco legal y operacional que fundamenta y financia la red de atención psicosocial sustitutiva a los manicomios.

3. Si bien el presente artículo se enfoca en figuras históricas y marcos legales como puntos de anclaje para la reflexión conceptual, es fundamental reconocer que el Movimiento Antimanicomial Latinoamericano y Caribeño es un proceso vasto y plural, construido desde las bases. Hacemos aquí un reconocimiento a la militancia anónima y organizada de los colectivos de usuarios/as, familiares, las asambleas, los movimientos sociales, y las diversas iniciativas de radios comunitarias, grupos de teatro y de arte que operan en los territorios. Estos grupos, que en su vida cotidiana confrontan la lógica manicomial y construyen alternativas psicosociales, son la verdadera fuerza viva que sostiene y da sentido a los procesos de reforma psiquiátrica en la región. Su trabajo es indispensable y constituye la trama de base de la memoria aquí trazada.



Alojamiento y producción de subjetividad. Reflexiones sobre las prácticas en un dispositivo de salud mental y consumos problemáticos en la ciudad de Rosario

GIL, Mariano.

Doctor en Humanidades y Artes con mención en Antropología, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Investiga acerca de dispositivos estatales de abordaje de consumos problemáticos en Santa Fe (CEACU-UNR). Ha trabajado en dispositivos de alojamiento para usuarias/os de salud mental y en un centro de día para personas con discapacidad

Contacto: marianokd@gmail.com
ORCID: 0000-0001-7455-8646

GUIRADO, Carla.

Antropóloga. Becaria doctoral del consejo nacional de investigaciones científicas y técnicas (ISHIR/ UNR-CONICET). Investiga procesos de des/institucionalización mediante estrategias clínico-políticas de sustitución de lógicas manicomiales en Rosario. Trabajó en dispositivos de alojamiento para usuarias/os de salud mental y consumos problemáticos, y en dispositivos de asistencia

Contacto: carlitaguirado@gmail.com
ORCID: 0000-0001-7902-5435

Recibido: 29/10/2024 -**Aceptado:** 10/07/2025

Cómo citar: Gil, M. y Guirado, C. (2025). Alojamiento y producción de subjetividad. Reflexiones sobre las prácticas en un dispositivo de salud mental y consumos problemáticos en la ciudad de Rosario. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 178-189

Resumen

En este trabajo nos proponemos reflexionar en torno a nuestra práctica como antropólogos/as en un dispositivo de alojamiento para usuarios/as de salud mental, en la ciudad de Rosario, Santa Fe (Argentina). Para ello, retomamos elaboraciones realizadas en un trabajo anterior y exponemos dos situaciones que consideramos significativas para la construcción de la reflexión. Asumimos que el diálogo práctica-teoría se constituye en un eje vertebrador para la praxis en salud mental comunitaria. Articulamos aportes del campo conceptual y del marco normativo con experiencias concretas con la intención de teorizar y reflexionar críticamente sobre el dispositivo y sobre nuestras prácticas, partiendo de nuestra propia implicación.

Palabras clave: dispositivo de alojamiento, antropología, reflexión sobre prácticas, salud mental, Rosario.

Hosting and subjectivity production. Reflections on the practices in a mental health and problematic consumption device in the city of Rosario

Abstract

In this work we propose to reflect on our practice as anthropologists in a hosting device for mental heal-

th users, in the city of Rosario. To do this, we return to elaborations carried out in a previous work and expose two situations that we consider significant for the construction of the reflection. We assume that the practice-theory dialogue constitutes a backbone for community mental health praxis. We articulate contributions from the conceptual field and the regulatory framework with concrete experiences with the intention of theorizing and reflecting critically on the device and on our practices, starting from our own involvement.

Keywords: hosting device, anthropology, reflection on practices, mental health, Rosario.

Introducción

En un trabajo anterior señalamos algunos aportes de la antropología al campo de la salud mental para dar cuenta de ciertas articulaciones en los terrenos de la investigación y la intervención, así como en sus bordes (Gil, Guirado y Llovera, 2022). Reflexionamos en torno a cuestiones teórico-metodológicas y construimos ejes problemáticos en común: la dimensión social y cultural de los padecimientos subjetivos, la capacidad de la antropología de ubicar la cotidianidad en relación a los procesos sociales más generales, el enfoque etnográfico.

co, la posibilidad de la co-teorización, y la problematización de marcos diagnósticos y sentidos morales de la intervención, entre otros.

En este trabajo nos proponemos reflexionar en torno a nuestra práctica como antropólogos/as en un dispositivo de alojamiento para usuario/as de salud mental, en la ciudad de Rosario. Para ello, exponemos dos situaciones que consideramos significativas para la articulación de la reflexión. En primer lugar, describimos el dispositivo de alojamiento donde trabajamos para luego presentar las viñetas mencionadas. Articulamos aportes del campo conceptual y del marco normativo con experiencias concretas con la intención de teorizar y reflexionar críticamente sobre el dispositivo y sobre nuestras prácticas, partiendo de nuestra propia implicación (Lourau, 1975).

Presentación del dispositivo

El dispositivo de alojamiento que presentamos se enmarca en la perspectiva de derechos de las personas usuarias de salud mental y/o con consumos problemáticos. Surge a partir de la co-gestión entre una organización social con larga trayectoria en el abordaje de consumos problemáticos, y diferentes áreas del Estado nacional y provincial. Su diseño se fundamenta en el

abordaje integral de carácter intersectorial, interdisciplinario y desde el paradigma de reducción de daños. El equipo de trabajo está conformado por un equipo de coordinación, y un equipo de acompañantes convivenciales.¹ Nuestro modo de alojar se diferencia de la lógica asistencial tradicional, en tanto buscamos construir el alojamiento en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 y la Ley Provincial de Salud Mental N°10.772/91, como un espacio intermedio, transicional, entre la necesidad de una internación, y el sostenimiento y re-construcción del lazo social.

En este sentido, este dispositivo funcionaba de 18 a 8 h. y no sólo ofreciendo/brindando el aspecto material/habitacional/edilicio, sino -y ante todo- un el alojamiento simbólico y afectivo, propiciando un espacio donde el/la usuario/a pueda recuperar el valor de su palabra, fortalecer su identidad como sujeto de derecho y donde la construcción de autonomía se constituya en el eje del trabajo cotidiano. El abordaje apunta a lo colectivo teniendo en cuenta lo subjetivo/singular.

La propuesta del dispositivo busca incorporar de modo acompañado y respetuoso hábitos cotidianos (tales como limpieza, comida, horarios, etc.) y aspectos vinculares (todo aquello que apunte a la creación, refuerzo o restauración de los lazos sociales, la con-

fianza en sí y en los otros, coordinadas de solidaridad, etc). Los/las jóvenes participan de las actividades de la casa y de la organización de las mismas, las comidas son ordenadores de la cotidianidad, de los tiempos, del compartir del hacer para sí y para otras/otros. Asimismo, participan de diversos talleres en su triple sentido, brindando un espacio de socialización, entretenimiento y formación.

Según el Proyecto institucional, los/las usuarios/as ingresan por pedido de equipos matriciales y/o de referencia, por razones de salud mental/consumos problemáticos y/o resguardo territorial.² Los ingresos se hacen a pedido de los equipos de referencia territoriales (Centros de Salud, Centro de día, organización social, agencia provincial de consumos problemáticos, etc.). Antes de ingresar al dispositivo, invitamos a la persona a unas entrevistas para conocerla y que nos conozca a quienes trabajamos allí, a la institución, las instalaciones y la propuesta. El día que se define el ingreso, nos tomamos el tiempo necesario para construir el consentimiento informado, es decir, no es sólo un acto burocrático-administrativo de ingreso, sino que es una instancia a la que le damos el *estatus* de ritual en el que nos encontramos para presentarles la propuesta, las características del dispositivo, las “reglas básicas” de convivencia (que se van acordando en asambleas entre

usuarios/as y trabajadores/as). Es un tiempo-espacio clave para construir acuerdos, conformar una terceridad a la cual apelar, pero la firma de eso también funciona a modo de una “ceremonia mínima”, en términos de Minnicelli (2008), a la cual recurrir en momentos conflictivos o que requieran refundar acuerdos. Desde el ingreso pensamos en la estrategia de egreso, elaborando (conjuntamente) las estrategias orientadas a trabajar en la cotidianidad con cada usuario/a. Las/los acompañantes convivenciales trabajan en duplas por turnos. Su tarea fundamental es acompañar los procesos de la casa, la confección de las comidas, la limpieza, organizar las asambleas semanales donde se distribuyen las diferentes tareas (cocinar, lavar los platos, limpiar, etc.), estar dispuestos/as a acompañar procesos subjetivos y grupales. Semanalmente tenemos reuniones de equipo, espacio fundamental de intercambio, escucha y organización. En estos encuentros se establecen colectivamente criterios de trabajo y de intervención, es un espacio abierto a preguntar, discutir y elaborar. Estos criterios acordados entre todas/todos serán insumo para las tomas de decisiones de las duplas en el trabajo cotidiano.

Cabe aclarar que si bien en nuestro discurso, en los proyectos institucionales y en nuestro posicionamiento ético-político defendemos y propiciamos los Derechos

Humanos y los postulados de las Leyes de Salud Mental nacional y provincial, muchas veces en nuestras prácticas cotidianas emergen contradicciones respecto a la participación real de las personas usuarias.³

A continuación, describimos y analizamos dos situaciones que acontecieron en temporalidades diferentes, donde la pandemia marcó una interrupción del alojamiento nocturno. El mismo, al no ser compatible con las disposiciones sanitarias emanadas del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO, decreto 297/2020) permaneció cerrado desde el 20 de marzo de 2020. En junio de aquel año reabrió bajo la modalidad de alojamiento 24 horas, debido a la imposibilidad de trabajar presencialmente de forma ambulatoria, como lo hacía el alojamiento anterior.

“Un dispositivo para el compañero”

Esta situación aconteció en el dispositivo de alojamiento nocturno a finales del año 2019. Tres usuarios/as (dos varones y una mujer) habían establecido lazos de grupalidad muy fuertes entre sí, tanto dentro como fuera del alojamiento. Los fines de semana, al estar cerradas las instituciones por donde transitaban durante el día, recorrían diferentes puntos de la ciudad, hasta el horario de ingreso al dispositivo. En esas recorridas,

se contaban sus historias de vida, atravesadas por diferentes formas de sufrimiento. A su vez, construían estrategias de cuidado para acompañarse en el espacio público. Al llegar, relataban a los/as acompañantes las vicisitudes de cada jornada.

La situación que queremos traer ocurrió en vísperas de la Navidad del año 2019. Al llegar estos/as tres usuarios/as, la usuaria, a quien llamaremos Paola, nos interpelló diciendo que uno de sus compañeros no tenía con quién pasar las fiestas. Vale aclarar que el alojamiento permanecía abierto durante 363 de los 365 días del año: únicamente cerraba las noches del 24 y del 31 de diciembre. Paola, entonces, nos dijo que “el compañero Víctor no tiene dónde pasar la Navidad”, y nos consultó si podíamos “armar un dispositivo” para él.

Consideramos que en esta interpelación Paola se apropió de varios principios que desde el equipo se transmiten. En primer lugar, el nombrar a Víctor (nombre de ficción) como “compañero” puede haber sido tomado de los discursos del equipo de acompañantes, quienes nos dirigíamos con esa palabra para referirnos los/as unos/as a los/as otros/as. Por otro lado, el empleo de la palabra “dispositivo” nos llamó poderosamente la atención, ya que es un término que también solíamos mencionar bastante. Ella, además de

transitar por el alojamiento nocturno, contaba con una trayectoria por varias instituciones de salud mental y abordajes de consumos problemáticos. Pesquisamos que hubo una apropiación del discurso de “los/as profesionales” por parte de ella, en pos de formular una demanda: que Víctor cuente con alguna alternativa para pasar la Nochebuena. Por último, deseamos destacar que la apelación a la grupalidad, la solidaridad y el compañerismo era mencionada cotidianamente por el equipo, intentando que el tránsito por el alojamiento contribuya a fortalecer los lazos entre los/as usuarias/os. Esta apropiación, además, no se dio en clave pasiva, sino que implicó la construcción de una demanda hacia el equipo: que armáramos un “dispositivo” para Víctor.

Varias investigaciones (Camarotti, Jones y Di Leo, 2017; Garbi, 2020), señalan cómo algunos espacios de abordaje de los consumos problemáticos, fundamentalmente aquellos basados en el modelo de comunidades terapéuticas, van construyendo en los/as usuarios/as subjetividades donde refuerzan su condición de “adictos/as” e internalizan determinados valores y discursos que los ubican en un lugar subordinado respecto de “los/as profesionales”. Consideramos que el trabajo en clave de derechos humanos puede generar otro tipo de lazos y apropiaciones, fortaleciendo la participación de los/as usuarios/as, como ilustra la interpelación de

Paola al equipo. Por otro lado, desde la antropología, al retomar la textualidad de los enunciados de los sujetos, podemos poner de relieve estas apropiaciones por parte de los/as usuarios/as, entendidas en el marco de procesos de subjetivación. Como corolario de la situación, si bien no “armamos un dispositivo para Víctor”, lo acompañamos en la posibilidad de participar en una cena de Nochebuena para personas en situación de calle que organizó una Iglesia de la ciudad. Nos pareció pertinente esta alternativa ya que el discurso de Víctor incluye elementos fuertemente religiosos.

Entre la subjetividad heroica y la dignidad del riesgo

La siguiente situación que vamos a presentar tuvo lugar durante el año 2020, en plena pandemia de Covid-19, por lo que el dispositivo atravesó algunas transformaciones. En primer lugar, comenzó a funcionar bajo la modalidad 24 horas, lo que requirió -entre otros aspectos- el agrandamiento del colectivo de trabajo. Al grupo de coordinación, entonces, se le sumó un Equipo técnico, encargado de realizar un seguimiento del tránsito de los/as usuarios/as por el dispositivo y de articular con los equipos de referencia de ellos/as. El equipo de coordinación, que antes tomaba esta función, pasó a ocuparse exclusivamente de la dinámica de

la “casa”. Se incorporaron nuevos/as acompañantes/as convivenciales, quienes, siempre en dupla, rotaban en turnos de 8 horas. La modalidad 24 horas, en un principio, obedecía a que, debido a las restricciones sanitarias vigentes, la circulación por el espacio público se encontraba prohibida. Por lo tanto, el esquema original del alojamiento nocturno, según el cual los/as usuarios/as durante el día realizan determinadas actividades ligadas a su tratamiento, y definidas junto a sus equipos de referencia, para luego ingresar a las 18 horas al dispositivo, no podía sostenerse.

La siguiente viñeta que aquí desarrollamos está situada a mediados del 2020, durante la cuarentena por Covid-19. Esteban (nombre de ficción) fue uno de los primeros usuarios en ingresar al dispositivo de alojamiento de 24 horas, donde permaneció varios meses. Tenía en ese momento 26 años. Es un joven de una localidad de la periferia de Rosario. Se encontraba en “situación de calle” en ese momento, con múltiples vulneraciones de derechos desde la infancia, numerosos pasos por instituciones carcelarias (breves tránsitos en diversas causas), y reiteradas intervenciones e internaciones por consumos problemáticos. Cuenta con “frágiles” lazos afectivos (un entorno de abusos y violencias en la familia), y “problemas territoriales” con la policía y con “bandas” de barrio. Durante su tránsito por el dis-

positivo Esteban estableció fuertes vínculos afectivos con el equipo y con sus compañeros/as de alojamiento.

Un día Esteban “egresó” del dispositivo, es decir, decidió irse. Recordemos que, más allá de la excepcionalidad de las restricciones del ASPO, el alojamiento es de carácter voluntario, por lo tanto, cada persona puede irse si así lo decide. Esta situación puede ser pensada como un analizador en términos de Lourau (1975), concepto que articula el campo de intervención y el campo del análisis institucional, funcionando como provocadores del habla social, lo que revela aspectos de la estructura de las instituciones.. Por lo tanto, nos resulta significativo para continuar reflexionando sobre nuestras prácticas, intervenciones y el campo de lo ético-político en salud mental/consumos problemáticos. La salida de este joven fue un parteaguas en el colectivo de trabajadores/as (conformado por 16 acompañantes convivenciales, el Equipo técnico y el grupo de coordinación). Con posterioridad a su egreso advertimos que intentamos “retenerlo” para que no se vaya del dispositivo; si bien es un alojamiento voluntario, notamos que durante una semana buscamos múltiples formas para lograr que él decida quedarse. Los motivos por los cuales lo hicimos (como equipo) fue “porque lo queremos” y porque “sabemos” (creemos saber) los “riesgos” a los que “se expone” cuando vuelve al barrio (está amenaza-

do de muerte, problemas con la policía, consumos, etc.) y por los riesgos asociados al COVID.⁴ Luego de cinco días de “buscarle la vuelta” para lograr que se quedara, Esteban se mostraba muy cansado de estar allí y quería irse. Él manifestaba estar muy cómodo y contenido afectivamente allí en la casa, sentirse querido y cuidado “como nunca” en su vida. Nosotros/as -de algún modo- entendíamos eso como una “contradicción” quedarse/irse, por eso nuestro esfuerzo por retenerlo/“cuidarlo”. Él nos decía que necesitaba estar en la calle, irse, “ser libre”. Particularmente en este momento, por el ASPO no se permitía la libre circulación. Los/as usuarios/as solo salían a hacer compras y cuestiones muy puntuales, y con permiso de circulación. Esteban también nos dijo que sentía que se está “ablandando mucho” por los sentimientos de afecto recíproco que se fueron generando en el dispositivo. Esta “sensibilidad” es referida por él con una connotación negativa para él “porque para bancarse la calle hay que no sentir tanto”.

En la reunión de equipo que tuvimos luego de la salida de Esteban, en el grupo de trabajadores/as habitaba el silencio, las dudas, preocupaciones y algo de culpa o tristeza. Luego pudimos empezar a poner en palabras, hablamos de cómo nos costó a nosotros/as “dejarlo ir”. Incluso cuando la relación con él se puso tensa, cuando estaba amenazante y un poco violento,

nosotros/as intentábamos igualmente que se quedara, y lo hicimos “porque sabemos a los riesgos que se expone en el afuera”. Esta premisa posteriormente nos llevó a problematizar nuestra propia implicación en ese largo intento de frenar su salida; ¿lo hacíamos por él o por nosotros/as (o por todos/as)? También -pero a posteriori- pensamos en la “dignidad del riesgo”; y trabajamos en lo arrogante y obturadora que devienen las subjetividades heroicas (De La Aldea y Lewkowicz, 2004). Reflexionamos sobre la implicación, sobre la dignidad y la libertad de elección de los modos de vivir, de hacer y de ser, sobre todo la tensión que nos habita cuando no son “mundos” compartidos.⁵ Entró en contradicción el concepto mismo de “riesgo” y cómo se articula en las situaciones de “vulnerabilidad social”. A la hora de pensar estas cuestiones, tomar decisiones, realizar intervenciones, entendemos que operó un *deber ser* ligado a la subjetividad heroica, permeada por una cosmovisión (jóvenes profesionales, egresados/as y/o estudiantes en su mayoría de la Universidad Pública, con perspectiva de Derechos Humanos). Finalmente, pudimos evaluar de modo positivo la salida de Esteban del dispositivo, ya que lo hizo en “buenos términos” (despidiéndose emocionado, agradecido y con un “hasta luego”) y eso nos alivió porque tiene un “historial” de irse de modos violentos/amenazantes de otras instituciones, con despliegues de violencia, amenazas y autolesiones. Re-

flexionar sobre esto nos permitió analizar que el único modo de frenar que se vaya era mediante lo involuntario, mediante el encierro (con una internación involuntaria por ejemplo, como en otras ocasiones tuvo), pero, ¿eso queríamos? No, y no sólo porque no había criterio alguno que lo amerite, sino porque claramente trabajamos para construir otros modos, trabajamos en la construcción de vínculos y lazos que sostengan, que acompañen, y que no encierren. Desde el dispositivo, y en coherencia con nuestra Ley Provincial y Nacional de salud mental, apuntamos a transformar espacios y lógicas manicomiales, potenciando las capacidades y libertades de los usuarios/as como sujetos de derecho.

Como antropólogos/as, además de utilizar el recurso de la desnaturalización y la problematización (Lins Ribeiro, 1989), intentamos poner en juego cómo se construyeron históricamente los vínculos y las elecciones de vida de ese joven, con qué/quienes contó (y con qué/quienes no), su historia de vida inscripta en un tiempo, un espacio determinado; comprender sin juzgar ese mundo de sentidos (tan distinto al nuestro, pero no por ello más o menos válido), cómo “desde afuera” aquello es leído como un “riesgo” o una “vulneración”, cuando para otro (diverso) eso es sencillamente su modo de vivir, el que él conoce, el que “le tocó” y/o también el que “elige”; y que también es digno aceptar

(hacer el esfuerzo por comprender y respetar); la dignidad de elegir cómo vivir.

Reflexiones finales

El proyecto institucional del dispositivo y los/las trabajadores/as que lo integramos procuramos avanzar en la construcción de modos alternativos de alojamiento que amplíen el acceso a derechos. En este trabajo mediante dos situaciones/viñetas indagamos en las potencias del dispositivo en tanto productor de subjetividades y en estas experiencias como insumo de reflexión para seguir pensando, problematizando y construyendo prácticas/lógicas comunitarias/no-manicomiales. Deseamos destacar algunos ejes analíticos:

La contribución del dispositivo a construir lazos afectivos, de solidaridad y cuidado. En las dos situaciones, los/as jóvenes entablaron relaciones muy permeadas por la afectividad, tanto con los/as integrantes del equipo como con la mayoría de sus compañeros/as. En una de ellas, esto operó en pos de construir una grupalidad entre los/as usuarios/as que redundó en prácticas de cuidado entre ellos/as y en actitudes de solidaridad basadas en la preocupación por dónde iba a pasar Nochebuena uno de los usuarios. En la otra situación, advertimos que estos lazos afectivos permearon las relaciones

entre Esteban y los/as trabajadores/as del dispositivo, al punto de generar en estos/as últimos/as prácticas orientadas a “convencerlo” de que no se fuera del lugar. Leímos, a posteriori, estas prácticas como reñidas con la lógica desde la cual nos posicionamos.

Cierta apropiación de los discursos y propuestas de los/as trabajadores/as por parte de las personas usuarias y la demanda de crear nuevas estrategias ante lo que acontece. Desde la antropología destacamos la importancia de documentar lo no documentado (Rockwell, 2015). Es decir, recuperar la textualidad de los intercambios entre sujetos sociales. En tal sentido, la apelación de Paola a la creación de un “dispositivo” para su compañero nos permitió leerla como la apropiación del discurso de “los/as profesionales/as” en clave reivindicativa. A su vez, entendemos que la apertura y flexibilidad del dispositivo la habilitó a formular esa demanda.

La importancia de las instancias de re-trabajo de equipos y lo obturante de las subjetividades heroicas. Las instancias de re-trabajo en las reuniones de equipo son componentes indispensables del trabajo en equipo interdisciplinario. En ellas hemos podido reelaborar colectivamente las situaciones que se presentaban y problematizar constantemente nuestra práctica. Al re-trabajar la salida de Esteban del dispositivo pudimos

advertir que operaron en nosotros/as ciertos elementos de las subjetividades heroicas que describen De La Aldea y Lewkowicz (2004). Avanzar en estas reflexiones nos permitió producir nuevas prácticas, nuevos modos de alojar, que necesariamente deberán ser puestos en cuestión una y otra vez. Destacamos la importancia de “salir de la urgencia”, buscar instalar otras temporalidades que nos permitan reflexionar sobre nuestras prácticas, problematizarlas, escribirlas, describirlas, metabolizar e incluso teorizar.

Poner en valor que todos/as somos portadores de conocimientos y experiencias. Destacamos que la articulación de antropología y salud mental que intentamos ensayar se inscribe en el marco colectivo de un equipo interdisciplinario. Un aspecto que resaltamos desde nuestra disciplina es la concepción de que todas las personas somos portadoras de saberes, en tanto sujetos sociales, culturales y simbólicos. Esta noción, que se articula con el campo de la salud mental comunitaria, nos permite ser respetuosos/as de la otredad, expresada en otras *modalidades de estar en el mundo*. Entendemos entonces que la salud mental comunitaria se nutre necesariamente de una multiplicidad de saberes (profesionales y no profesionales) que hacen a la construcción de prácticas respetuosas de los Derechos Humanos.

En conclusión, las viñetas aquí presentadas se emplearon a modo de herramientas analíticas para promover la problematización y reflexión. En este marco, el dispositivo de alojamiento se constituye como un espacio de producción de subjetividad que posibilita ampliar el acceso a derechos, al mismo tiempo que pone en tensión prácticas y discursos que exigen una reelaboración permanente. Las viñetas analizadas muestran cómo la co-construcción entre usuarios/as y el equipo de trabajo puede potenciar procesos, siempre desde un posicionamiento ético-político.

Referencias bibliográficas

Camarotti, A., Jones, D. y Di Leo, P. (2017). *Entre dos mundos Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas*. Teseo.

De la Aldea, E. y Lewkowicz, I. (2004). "La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud". Recuperado de <https://www.xpsicopedagogia.com.ar/la-subjetividad-heroica>

Garbi, S.(2020). *De aislamientos y encierros. Modos "legos" y "expertos" de tratar los consumos problemáticos de drogas*. Teseo.

Gil, M., Guirado, C. y Llovera, M. S. (2022). Al-

gunas aproximaciones al diálogo entre antropología y salud mental. *Salud Mental y Comunidad*, 13, Pp. 74-94. <https://doi.org/10.18294/smyc.2022.5182>

Ley Nacional N° 26.657 de 2010. Derecho a la protección de la salud mental. B. O. República Argentina, 2/12/2010. Decreto reglamentario 603/2013, B.O. República Argentina, 29/5/2013.

Ley Provincial N°10.772 de 1991. Salud Mental de la Provincia de Santa Fe. B. O. Provincia de Santa Fe, 26/12/1991.

Lins Ribeiro, G. (1989). "Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica. Un ensayo sobre la perspectiva antropológica". *Cuadernos de Antropología Social*, 2(1), 65-69

Lourau, R. (1975) "Hacia la Intervención Socioanalítica". En Lourau, R. *Análisis Institucional*. Amorrortu.

Minnicelli, M. (2008). Escrituras de la ley en la trama social. Ensayo sobre la relación entre dispositivos, ceremonias mínimas y prácticas profesionales. *Revista Pilquen*, 5.

Rockwell, E. (2015). *La experiencia etnográfica: historia y cultura en los procesos educativos*. Paidós.

Notas

1. Trabajadores/as sociales, antropólogos/as, psicólogos/as, educadores/as populares, referentes territoriales, acompañantes terapéuticos, psicólogos/as sociales y artistas.

2. No es la intención de este escrito indagar en esto, pero vale abrir la pregunta sobre si es posible deslindar esas problemáticas: ¿El problema es el consumo? ¿El problema es su relación con las sustancias? ¿Cómo se relaciona el consumo con estar en situación de calle? ¿La persona está en situación de calle porque consume? ¿Consume porque está en situación de calle? ¿Qué otros aspectos podrían estar afectando a ese sujeto? ¿Los padecimientos de salud mental son previos, contemporáneos o consecuencias de su problema de consumo? ¿Cómo se relacionan esos consumos con su trayectoria de vida, las violencias, los territorios, con otras violencias previas (coercitivas, simbólicas, epistémicas, prácticas sociales discriminatorias, desigualdades, opresiones)? Podríamos seguir con muchas preguntas/problematizaciones más, pero lo que queremos destacar es que es imposible pensar que ingresan por un (sólo) motivo, sino más bien por un conjunto de complejidades, un entramado de violencias, vulnerabilidades y vulneraciones sistemáticas e instituidas.

3. Muchas veces en las reuniones de equipo o en los encuentros con los equipos de referencia de las personas usua-

rias tomamos decisiones que no son construidas/consultadas con ellas. Resulta ser muy frecuente establecer estrategias terapéuticas o intervenciones/acciones/omisiones que no contemplan o dejan en segundo plano las necesidades y elecciones de los sujetos. Creemos que esta poca/nula participación de las/los protagonistas en la toma de decisiones también se encuentra atravesada por relaciones de poder.

4. En este momento en la ciudad atravesamos un pico en la cantidad de contagios y crisis en la disponibilidad de camas en hospitales.

5. Esto nos posibilita una comprensión más cercana a las experiencias y condiciones de vida de ese sujeto y de esa comunidad, y cuanto más conocemos a ese sujeto/comunidad/territorio, más interesantes y transformadoras pueden ser nuestras prácticas. Más respetuosas, integrales e inclusivas.

Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental en Córdoba. Apuntes históricos para nuestro presente

SANCHEZ, Amancio.

Residente de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM)- Córdoba. Hospital Nuestra Señora de la Misericordia. Miembro de Letra Psi, espacio de transmisión del psicoanálisis.

Contacto: amanciosnchz@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5618-8060

GIRAUDO, Enzo.

Residente de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM)- Córdoba. Hospital Tránsito Cáceres de Allende.

Contacto: enzogirau18@gmail.com

ORCID: 0009-0008-1611-4340

Recibido: 14/11/2024; **Aceptado:** 10/07/2025

Cómo citar: Sanchez, A. y Girauo, E .(2025). Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental en Córdoba. Apuntes históricos para nuestro presente. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 190-202

Resumen

La Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM) surge en Argentina en el contexto de la vuelta de la democracia en los años 80, como modelo de formación diferente a las residencias psiquiátricas tradicionales. En Córdoba, estas residencias se crean en 1985, situado como el proyecto más ambicioso de la Dirección General de Salud Mental de entonces. Este trabajo surge a partir de nuestras inquietudes y cuestionamientos situados en la experiencia como residentes en nuestra provincia. El contexto actual nos lleva a interrogarnos respecto de qué lugar ha ocupado y ocupa este sistema de residencias, de su función dentro de las políticas de formación, vinculada a las políticas de salud mental. A partir de esto, iniciamos la búsqueda de documentos y testimonios que permitan pensar en clave histórica nuestra actualidad como residentes. Recoger algunos relatos quienes han transitado por la RISaM en distintos momentos está guiado por una búsqueda

de referencias que ayuden a echar luz sobre nuestro presente. Que se elijan testimonios remite a que en la memoria se elaboran marcas históricas que en sus continuidades y discontinuidades nos llevan a enmarcar nuestro presente y los desafíos que nos convocan hoy.

Palabras Claves: salud mental, residencia interdisciplinaria, RISaM, historia, formación

Interdisciplinary Residencies in Mental Health in Córdoba. Historical notes for our present

Abstract

The interdisciplinary residency in mental health emerged in the context of the return to democracy in the 1980s, as a training model different from traditional psychiatric residencies. In Córdoba, these residencies were established in 1985, positioned as the most ambitious project of the General Directorate of Mental Health of the province at that time. This work arises from our concerns and questions based on our current experience as residents in our province. The current context leads us to question the role that this residency system has played and continues to play, as well as its function within training policies linked to mental health policies. From this point, we began the search for documents and testimonies that would allow us to re-

flect on our present as residents from a historical perspective. Gathering some testimonies from individuals who have experienced the RISaM at different historical moments is guided by a search for references that help shed light on our present. The choice of testimonies points to the fact that in the memories of these individuals, historical marks are shaped, and through their continuities and discontinuities, we are led to frame our present and the challenges that call us today.

Key Words: mental health, interdisciplinary residency, RISaM, history, training.

Sólo si dejamos de comportarnos con la historia como si fuéramos eunucos que la miran de modo castrador y castrado, que la vigilan para que de ella no salgan más que historias, sólo si dejamos de ser esos guardianes impotentes, es que de ella podremos liberar, en lugar de historias, acontecimientos

Pelbart (2009a, p.230)

Introducción

La Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM) resulta un objeto que puede ser abordado desde una multiplicidad de líneas, en las cuales estamos vinculados como sujetos producidos por ella y como productores de esa experiencia. Así, puede ser tomada desde su vertiente como una formación de posgrado

con prácticas rentadas, entre otras ofertas formativas; encararla desde el programa de formación y contenidos que propone y el perfil deseado del residente; asimismo, desde las instituciones que la que atraviesan en su conformación; en disputa con otros modelos de formación; o como política de formación de profesionales en el campo específico de la salud mental y la salud pública. Una manera, no excluyente de las anteriores, de pensar la RISaM ha sido para nosotros abordarla desde cierta perspectiva histórica.

Este trabajo tiene la finalidad de presentar la historia de la RISaM en la ciudad de Córdoba (Argentina), la cual fue reconstruida a partir de encuentros con quienes fueron residentes (“ex-risams”) de distintas generaciones. Durante los mismos se realizaron entrevistas que fueron desgrabadas, entre los meses de junio, julio y agosto de 2024. Se invitó a los participantes a compartir materiales escritos y visuales de su paso por la residencia. Los ejes temáticos fueron: contexto de la época, aspectos formativos y contribuciones de la residencia al rol del profesional de la salud mental. También hemos tomado para esta reconstrucción la lectura de testimonios y trabajos escritos que residentes han dejado como marcas. En este sentido, el armado de la historia que presentamos es una apuesta por el presente de nuestra residencia que transita momentos complejos, de nove-

dades que no son tan novedosas. Entre ellas destacamos el énfasis en la productividad y el rendimiento que se imponen por sobre los criterios formativos; los cierres y reaperturas imprevistas de llamados para concurso, acompañados de un aumento notable de cupos para residencias privadas en psiquiatría; la progresiva desvinculación de instituciones que han sido históricamente referencia de residentes, así como cambios en las estructuras de formación y lugares para las jefaturas. Esto en un contexto nacional y provincial de ajuste presupuestario en salud. Todos estos son aspectos que no podemos dejar de leer en términos de continuidades y discontinuidades en la historicidad de la RISaM y nuestra actualidad. En estos términos, seguimos a Gilou García Reinoso, en ocasión de prologar la primera edición de *Las Huellas de la Memoria* (Carpintero y Vainer, 2005):

(...) recuperar la memoria, y aprender de la experiencia, incluso de las derrotas. Para ello es necesario modificar la posición subjetiva: no tomar la realidad como hecho consumado sino como hecho a transformar, en una actitud más participativa (...) Se trata de pensar el grado de libertad o de servidumbre que nos habitan: legibles en las situaciones límite, mudos en las situaciones que parecen ordinarias pues se juegan adhesiones que pueden parecer inofensivas pero si permanecen sin ser procesadas críticamente, tendrán

un alto costo impidiendo pensar y desear un futuro diferente. (p. 12)

Contexto de nuestro texto residente

La RISaM consiste en un programa, estatal y becado, de formación de posgrado de cuatro años de duración, destinado a profesionales de distintas disciplinas que participen del campo de la salud mental. El objetivo general consiste en:

(...) la construcción de un rol profesional caracterizado por el desempeño idóneo, pertinente y oportuno en la aplicación de los conocimientos disciplinarios y en el abordaje interdisciplinar que permitan dar respuesta a las necesidades sanitarias individuales, grupales, comunitarias y regionales. (2024, p.4)

Al momento de la escritura de este texto, la trayectoria particularmente en Córdoba capital, se estructura de la siguiente manera: con sede en dos hospitales generales donde los residentes asisten para sus actividades de guardia, capacitación e investigación a cargo de dichas instituciones. El primer año corresponde a la inserción en actividades del hospital general, el segundo a la inclusión en hospitales monovalentes para tratar específicamente problemáticas agudas, el tercero a la inclusión en dispositivos de prevención y asisten-

cia en consumos problemáticos y adicciones, y el cuarto año en el paso compartido por dispositivos alternativos (hospital de día, centro sociolaboral, casa de medio camino, etc.) y por un hospital infanto-juvenil.

A partir de los interrogantes que nos hemos planteado, es que decidimos apelar al recurso de la construcción de un relato posible de la historia de la RISaM local a través de los años. Signada en algunos archivos y en la memoria de quienes han sido sus protagonistas, de tal forma de no tomar la realidad como ya dada y acabada, y a nosotros mismos como espectadores pasivos, sino en tanto sujetos de dicha historia, que no sería tal si no es en el ejercicio de escuchas y lecturas historizantes, contextualizadas y críticas.

1. Huellas

El campo y las políticas en salud mental tienen una historia que antecede a la constitución de la RISaM. El mismo se propone como cuestionador y sustitutivo al modelo asilar-manicomial, centrado en la figura hegemónica del médico y en la enfermedad y peligrosidad. Desde comienzos de la década de 1950, a nivel global, se ha gestado un movimiento de reforma de prácticas, saberes, disciplinas, y agentes que apuntan al abordaje comunitario, en red de instituciones sustitutivas al asi-

lo/hospital psiquiátrico.

No obstante, en nuestro país, desde la última dictadura cívico-militar, en sus consecuencias sociales y psíquicas, este proceso de “sustitución paradigmática” se vio de manera general paralizado y detenido, incluso retrocedido, para instalar una lógica individualista y despolitizada del campo social, con una metodología de represión, silencio y censura, desaparición y exilio (Stolkiner y Rosales, 2023). Este impulso para la transformaciones en el campo resurgirá en el período post-dictadura, con sus tensiones internas y cohabitación de tendencias, prácticas y sentidos por momentos contrapuestos en los sucesivos momentos históricos hasta nuestro presente.

Las RISaM no escapan a este principio de inteligibilidad. Estas prácticas tienen un contexto de surgimiento en el año 1985 en Córdoba, en la estela del retorno de la democracia. La Dirección Nacional de Salud Mental de aquel entonces, a cargo de Vicente Galli, propuso dicho proyecto de formación de personal, llevando la recomendación a las provincias. Tenemos que entender la formación de la RISaM en este suelo histórico como una política de formación que intenta retomar los valores reformistas previos a la dictadura, continuar en cierta medida en un horizonte de sustitución para-

digmática del modelo asilar-manicomial y del médico hegemónico. Según la historización de Alejandro Vainer:

El proyecto era que el residente se formara en equipos interdisciplinarios desde el inicio; y se partiera de la salud para llegar a la enfermedad. De la prevención primaria en primer año a la terciaria en tercero. Un programa para formar recursos en Atención Primaria de la Salud. Eran tiempos en los que se esperaba la Salud para todos en el año 2000. (2003, párr. 7)

Resulta de interés destacar que la alineación política entre el radicalismo del retorno de la democracia y el gobierno provincial favoreció la articulación de la propuesta nacional con la efectivización en Córdoba, inaugurando la RISaM con tres sedes principales (Hospital Emilio Vidal Abal, Santa María de Punilla y Neuropsiquiátrico Provincial), con un plantel de disciplinas que comprendían psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y comunicación social.

Cabe aclarar que previo a la creación de la RISaM, el único espacio de formación de posgrado en salud mental en Córdoba era la tradicional residencia en psiquiatría con asentamiento en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, la cual no cumplía teórica ni ideo-

lógicamente con la nueva política en salud mental en la provincia (Ase, 1994).

Los primeros diez años de funcionamiento de la residencia son recordados por algunos como “el tiempo de gloria de la RISaM”, traducido en cantidad de puestos llamados a concursar, cierta alineación ideológica-política de cambio de paradigma de la salud mental y la participación social en las realidades donde se desplegaba la práctica de los equipos de residentes.

Lo anterior se vuelve memoria en uno de los ex-residentes entrevistados, según constatamos en los dichos:

Era un cambio de paradigma, pasar del modelo médico hegemónico donde la mayoría de las disciplinas eran auxiliares de la medicina, al abordaje interdisciplinario. Para poder hacerlo, Córdoba se vale de la RISaM. (Entrevista 2)

La RISaM vino para cambiar ese paradigma, fue llevar la salud mental a la comunidad. (Entrevista 3)

El paradigma de salud mental pasa a la comunidad y por eso la residencia empieza desde el primer año en comunidad. Pasar de pensar desde la enfermedad a pensar desde la salud mental. (Entrevista 2)

En su inicio, los puestos a concursar eran para 34 profesionales: 13 para psicología, 11 para psiquiatría, 5 para trabajo social, 5 para enfermería, 3 puestos para jefe de residentes y 5 para instructores. En 1987, se agregan las disciplinas de comunicación social y terapia ocupacional, incrementándose también los puestos para jefes de residentes e instructores, pasando de 3 a 16 los primeros y de 5 a 7 los segundos (Ase, 1994).

Es a raíz de esto que comenzamos a leer cierto “clima de época” que atravesaba la RISaM en su conformación y devenir que lo volvía más que una simple elección formativa, entre otras. La cuestión de “qué produce la experiencia de la RISaM, qué es lo que se forma allí” (Entrevistado 4) comienza a escucharse en los relatos y entrevistas.

El tema de la formación en el campo de la salud mental en general, y en el campo de la RISaM en particular, se presenta en múltiples líneas de abordaje y tensión, vislumbrada en los debates y encuentros internos, en diálogo con las instituciones y textos escritos. Además de la complejidad introducida por la variante temporal y espacial, respecto de qué se entiende por formación y por formación salud mental pública a lo largo del tiempo y en los distintos contextos institucionales y sociales.

En la formación se entrecruzaban los aspectos de formalización de un programa homogéneo que se espera brinde un marco orientador y operativo respecto del perfil esperado del residente que se aspiraba formar y producir. Sumado a los aspectos más heterogéneos relativos a los deseos y marcas históricas y profesionales que habitan a cada cuerpo del residente en su particularidad y en el encuentro con otros en los distintos territorios donde se despliega su “formación en servicio”.

Hemos constatado en las entrevistas y archivos escritos, que la revista *Clepios* ha sido una referencia ineludible, que la tensión respecto a la formación ha sido permanente y ha encontrado sus diversos marcos y declinaciones particulares en la historia de la RISaM.

En este sentido, leemos que en los primeros tiempos se produjo una polaridad marcada entre la flamante residencia interdisciplinaria y la de psiquiatría existente previamente. La primera quedaba marcada por las líneas de APS, por una enseñanza que partía de lo preventivo hacia la asistencia en lo agudo y la rehabilitación, orientada de la comunidad hacia la institución hospitalaria, de la salud a la enfermedad, con un impronta de trabajo interdisciplinario. Mientras que la segunda, quedó asociada al asistencialismo, la descontextualización de los padecimientos, la enfermedad, la

cronificación y el biologismo. Representativo de esto fue la contraposición entre “los revolucionarios” (los RISaM como “portaestandarte”, “punta de lanza”, “vehículo de transformación”, “agentes de cambio”) y “los psiquiatrones”. Constatamos en estos significantes contrapuestos, sometidos con el tiempo a revisión, que en la residencia se producía un plus respecto de lo estrictamente técnico de la labor formativa, encarnada en un rol específico.

Aspecto no menor en nuestra historia representará el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, como lugar de pertenencia y sede formadora. En la memoria de los ex residentes “el neuro” aparece como representante del paradigma manicomial, asilar y médico hegemónico, en paralelo y paradójicamente a cierta usina del cambio de paradigma en cuanto a la forma de entender la salud mental y el padecimiento, y la apertura a la comunidad. Representado esto desde propuestas como el departamento de psicoanálisis que funcionó con producción escrita, cursos de posgrados, pasantías de grado, ateneos interdisciplinarios y la constitución del área de rehabilitación con talleres artísticos abiertos a la comunidad nucleados en la Asociación Civil “Abracadabra”.

2. El “Cuerpo Risam”

2.1 El cuerpo ante la fragmentación

“Cuerpo Risam” es el nombre que agrupa, desde 2019/2020 hasta la actualidad, a los residentes de la sede Córdoba. El armado de dicho cuerpo surge en un contexto singular, el de la pandemia, pero no es sin las marcas de la historia de la residencia, de sus lugares de anclaje, de los cuerpos que lo precedieron y de las múltiples orientaciones que ha tomado desde el escenario de su surgimiento hasta el nuestro. Así lo recuerda una de las entrevistadas:

Creemos el hacer cuerpo juntos en un momento en que no había instructor ni referente, a veces no teníamos jefas”, “Sostener esos espacios fue medio una defensa”. (Entrevista 6)

De los relatos a los que accedimos sobre el tiempo que va de la pandemia a la actualidad, identificamos la falta de una política integral de salud mental, prevaleciendo en cambio políticas de fragmentación y ajuste presupuestario, caracterizadas por prácticas de intervención sobre instituciones como cierres, vaciamientos, traslados forzados de profesionales, apertura de espacios armados a partir de esos traslados, etc.¹

La pandemia- sostiene una ex residente y actual jefa- fue algo que vino perfecto para el cierre (...) Recuerdo que

cuando nosotros ingresamos el hospital tenía murales y lo pintaron de blanco. (Entrevista 5)

Identificando una falta de integración, expresa que:

Todo sigue fragmentado y los residentes también... se hace sin pensar, sacamos de acá y llevamos allá... el monovalente por un lado y el hospital general por otro. (Entrevista 5)

Otro de los entrevistados, refirió que la reciente apertura de las unidades de salud mental en los hospitales generales, se produjo como consecuencia del vaciamiento de otras instituciones, propiciando un cambio en infraestructuras que no necesariamente reflejan cambios en las prácticas, agregando que *cuando algo está hecho como consecuencia de lo que querés destruir no puede salir algo bueno de allí* (Entrevista 2).

En este escenario de fragmentación, las respuestas que parecen estar delineando el perfil de las instituciones y, por ende, de las residencias como un dispositivo que no puede pensarse por fuera de ellas, consisten -según los entrevistados- en la administración burocrática, el control de la asistencia y la productividad al servicio de las estadísticas. En este sentido:

El hospital -sostiene un ex residente y actual trabajador de planta- se convirtió en algo burocrático, en venir a poner el dedo, ni siquiera en venir trabajar y la residencia no puede ser distinta. (Entrevista 2)

Recientemente los instructores han sido desvinculados de la formación por razones que, según hemos recabado, responden estrictamente a criterios burocráticos y la formación del residente ha pasado a ser “en servicios”, atravesados por las prácticas de fragmentación que venimos describiendo. Según lo relató un ex-instructor y residente, *la explicación fue por la cuestión de horarios y por marcar el dedo, por una cuestión burocrática* (Entrevista 2). Al momento de la escritura de este trabajo, parte de los residentes se encuentra asistiendo a sus horarios de actividades, sin espacios de formación ni supervisión.

Es en el Cuerpo, siempre un poco al margen de las instituciones, donde no solo nos contenemos, nos bancamos “un poco de catarsis” y alojamos a los nuevos, sino que también leemos y estudiamos en un intento de trascender la mera queja. Ahora más que nunca resulta crucial preguntarnos qué residencia queremos, con qué orientación, recuperando su historia, su impronta fundacional, no para repetirla sino para relanzar la apuesta.

A partir de las entrevistas podemos rastrear que este tipo de prácticas resuena en la historia de la residencia. Promediando los años 90s, en el contexto de políticas neoliberales y desfinanciamiento generalizado, se percibe un achique concreto, representado por la disminución de puestos -según se recuerda- a tres vacantes por disciplina, cambios en las condiciones de la jefatura, no convocatorias a todas las especialidades, etc. Ya en este momento constatamos la preocupación de las y los residentes por la construcción de la historia de la residencia en Córdoba, fogueado por la realidad vivida en aquél entonces, plasmada en un artículo publicado en la revista *Clepios* “Historia de la RISAM en Córdoba. ¿En Córdoba la RISAM es Historia?” (Boccanera, *et al.*, 1996). Este ha sido un antecedente crucial, como archivo que tomamos como una de nuestras primeras huellas de la memoria en nuestro territorio.

Si bien con el neoliberalismo se produce una precarización generalizada que incluyó el campo de la salud, los relatos identifican un impacto más profundo sobre los dispositivos de salud mental y sobre la RISaM como parte de ese dispositivo, durante los últimos años. Así lo refieren algunos residentes:

Los dispositivos instalados en la democracia se sostuvieron hasta hace poco donde están cerrando los equipos comuni-

tarios, donde se cerró el área de rehabilitación, no abrieron más casas de medio camino. (Entrevista 3)

Lo que introducen los relatos de los ex residentes es la controversia de los usos y lecturas posibles de la ley. Para algunos, más allá de algunos avances como *el cierre de las salas de contención o volver a insistir que las valoraciones deben ser interdisciplinarias* (Entrevista 3), no se recuerda que la sanción de la ley en Córdoba hubiera marcado un giro en el trabajo cotidiano. En esta línea, (...) *después de la sanción de la ley -plantea una ex residente y actual jefa de servicio- hubo más achique en relación a los recursos humanos que forman parte de la formación. Asimismo, expresaron que (...) la sanción de la ley no fue un florecer de la salud mental, hubo disciplinas que no se volvieron a incluir más, como comunicación social o enfermería* (Entrevista 3).

Como se puede ver, el contexto descrito hasta aquí, difiere claramente de aquel del surgimiento de la RISaM caracterizado por la expansión, por el *intento de llevar la salud mental a la comunidad* (Entrevista 2), con una provincia que respondía a los lineamientos nacionales de entonces. Nuestra hipótesis es que el Cuerpo se constituye a modo de defensa frente a la fragmentación, pero lo que queremos introducir es que no se trata de un repliegue apático e indiferente frente a la

realidad sino todo lo contrario. En lo que sigue proponemos hacer una lectura del mismo haciendo foco ya no en su carácter defensivo sino productivo, quizás a modo de una posible orientación en los tiempos que corren. Una orientación que responda al cuerpo por sobre la fragmentación y al deseo por sobre la burocracia anestesiante.

2.2. Frente a la fragmentación, el cuerpo

La orientación de la residencia durante su comienzo tenía un programa preciso, inseparable del escenario cultural, político y sanitario de entonces. La RISaM fue un dispositivo constituido para llevar adelante la consigna de la desmanicomialización. Así lo mencionan algunos residentes:

La RISaM vino para cambiar ese paradigma (...) necesitabas residentes porque no le ibas a cambiar la cabeza a los tipos que venían trabajando de una forma custodial, manicomial. (Entrevista 2)

Ahora bien, ¿se puede pretender la misma orientación para nuestra residencia en los tiempos que corren? ¿qué dirección podemos pretender en este escenario que hemos descrito sin renunciar al espíritu fundacional de la RISaM? ¿cómo desertar de la respuesta burocrática, manicomializante, anestesiante a la que

capilarmente nos invitan? En el hacer cuerpo se cultiva una potencia que queremos abrir y sostener a modo de apuesta, de otra respuesta. Hacer cuerpo no es llevar adelante de manera sacrificial la consigna o el programa de la transformación en salud mental pero tampoco es apatía ni conformismo. Hacer cuerpo es una tarea micropolítica. En palabras de Guattari (2006) se trata de un trabajo molecular: “no es una consigna, un programa, es algo que siento, que vivo, en algunos encuentros, en algunas instituciones, en los afectos, y también a través de algunas reflexiones” (p.15).

Hacer cuerpo pasa por despojarse de ciertos ideales, pero no a modo de renuncia sino como condición para recuperar las potencias transformadoras. Una deserción en palabras de Pelbart (2009b), para quien “una cierta desilusión, o más bien una decepción, que implica la ruina de ciertas utopías y esperanzas, puede ser la condición para percibir otras fuerzas que piden pasaje, incluso las más vitales” (p.214).

Orientar micropolíticamente nuestra residencia es “liberar la mente de todo tipo de deberes militantes o morales, es volver sobre la situación, retomar los mapas del principio, cartografiar los caminos recorridos y abrirse, si es necesario, a nuevas perspectivas” (Vercauteren *et al.*, 2010, p.178). Se trata de seguir un programa

que tiene un recorrido pero uno que hay que ajustar a cada momento, según las intensidades y la situación.

Quizás hoy, más que nunca, la invitación a quienes elegimos esta residencia sea la de hacer cuerpo. Una invitación a torcer, por más fuerza que hayan tenido y por más coincidencia ideológica que tengamos, la línea recta de aquellas consignas que instauraron la RI-SaM. Siguiendo las palabras de Suely Rolnik (2009), la invitación es a una inflexión: “Esta inflexión por la cual damos consistencia a las situaciones en las que nos involucramos, descubriendo la capacidad para fabular por nuestra cuenta. Esta labor requiere de una delicada artesanía” (p.46).

Cierre y apertura

El horizonte de este trabajo fue hacer uso del rastreo histórico y de los testimonios de quienes estuvieron antes que nosotros para armar un relato posible que habilite coordenadas deseantes para nuestro andar residente. Tomar nuestro presente por momentos anestesiantes, paralizantes o confusos no como ya dado, sino posible de ubicar sus líneas de fuerzas estructurantes y atisbar alguna línea de fuga.

Un armado que no consiste en la reconstrucción de una cronología más o menos objetiva de los hechos ni

tampoco en una fijación nostálgica o utópica de la historia ideal o trágica, lo cual sería otra forma de cronificarla, sino en un trabajo de des-cronologización que tiene el presente como blanco. Esto es, convocar la memoria como herramienta de lectura del momento que atraviesa nuestra RISaM en tanto entendemos la memoria como fuerza que irrumpe creando posibilidades, escenarios y sujetos nuevos.

Referencias Bibliográficas

Ase, I. (1994). *Análisis y evaluación de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Córdoba.

Boccanera, M.M., Horenstein, M., Lubatti, A.M., Ortuzar, I. y Serafin, V. (1996). Historia de la RISaM en Córdoba. ¿En Córdoba la RISaM es Historia?. *Clepios 5. Una revista para residentes de salud mental*, 2(3), pp 120-128.

García Reinoso, G. (2005). Prólogo. En E. Carpintero y A. Vainer (eds) *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los 60 y 70*. Tomo II: 1970 - 1983, (pp 11-17). Editorial Topia.

Guattari, F. (2006). *Micropolítica: cartografías del deseo*. Traficantes de Sueños

Pelbart, P. P. (2009a). *Filosofía de la deserción: nihilismo, locura y comunidad*. Tinta Limón.

Pelbart, P. P. (2009b). Sobre el agotamiento de los posibles. En Colectivo Situaciones *Impasse: dilemas políticos del presente*, pp 203-216 . Tinta Limón.

Rolnik, S. (2009). Para una crítica de la promesa. En Colectivo Situaciones *Impasse: dilemas políticos del presente*, pp. 47 - 69. Tinta Limón.

Stolkier, A. y Rosales, M. (2023) Fundamentos de la salud mental comunitaria. En A.D. Wilner y F. Torricelli (eds) *Praxis en salud mental. Abordaje y procesos de cuidado*, pp 18-55. Ediciones UNLa.

Vainer, A. (Septiembre de 2003). *Cuatro camadas y un funeral. La RISaM en la Capital*. Topia. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura. Recuperado el 11 de noviembre de 2025 de: <https://www.topia.com.ar/articulos/cuatro-camadas-y-un-funeral-la-risam-en-la-capital>

Vercauteren, D., Müller, T. y Mouss Crabbé, O. (2010). *Micropolíticas de los grupos. Para una ecología de las prácticas colectivas*. Traficantes de Sueños.

Notas:

1. Un acontecimiento en donde este tipo de prácticas quedó a la vista fue el cierre imprevisto del Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción (IPAD) en abril del año 2022, cuya población terminó en las guardias y el internado del Hospital Neuropsiquiátrico y sus profesionales distribuidos forzosamente en distintas instituciones.



Colectivizar lo familiar, tratamientos grupales con familias en una institución de Salud Mental

ZUCHELLI, Julieta.

Licenciada en Psicología, egresada de la Universidad de Buenos Aires. Realizó la Residencia interdisciplinaria en Salud Mental en el Hospital Gral. de Agudos Ramos Mejía. Actualmente es psicóloga del equipo de Adultos del Centro de Salud Mental N°3 “Arturo Ameghino”.

Contacto: julizucche@gmail.com

ORCID: 0009-0007-8208-0647

KISS ROUAN, Malena.

Magíster en Estudios de Género (UCM) Lic. en Psicología (UBA) Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (Hospital Bonaparte). Actualmente se desempeña como psicóloga clínica en el Centro de Salud Mental N°1 “Hugo Rosarios”.

Contacto: malena.kissrouan@gmail.com

ORCID:0000-0001-6045-4520

SCHIAVI, Agustina.

Licenciada y profesora en psicología, egresada de la Universidad Nacional de La Plata. Continuó su formación en la residencia interdisciplinaria de Salud Mental en el Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón de San Martín durante 2019-2023. Actualmente forma parte del Área de Familia en Proyecto Suma.

Contacto: schiaviagustina@gmail.com

ORCID: 0009-0002-8583-7450

Recibido: 15/11/2024 - **Aceptado:** 10/07/2025

Cómo citar: Zucchelli, J., Kiss Rouan, M. y Schiavi, A. (2025). Colectivizar lo familiar, tratamientos grupales con familias en una institución de Salud Mental. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 203-213

Resumen

El siguiente escrito tiene como objetivo contar la experiencia de trabajo en los espacios grupales del área de familia de una asociación civil que lleva a cabo tareas asistenciales y de intervención comunitaria en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Los mismos son las reuniones *Multifamiliares* de Hospital de Día (HDD) y *Familias en Red* del dispositivo de Recuperación en Comunidad (REC). Entendemos que las personas trazan, junto a sus familias, los itinerarios terapéuticos, los movimientos y discursos desencadenantes para la recuperación o preservación de su salud. Nos interesa detenernos a pensar estos encuentros grupales y sus efectos tomando la noción de cuidado como articulador de las experiencias que despliegan. Generar espacios comunitarios supone comprender que, dentro de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, existen aspectos terapéuticos singulares y colectivos involucrados en la búsqueda de la salud. La práctica clínica nos devuelve que estas reuniones grupales para las familias ayudan a colectivizar el cuidado que se espera de ellos en los procesos terapéuticos, así como propiciar un lugar para que se pregunten por sus propios cuidados.

Palabras Claves: padecimiento mental, cuidado, terapia familiar, abordaje grupal

From Family to Community, group-based interventions with families in a mental health institution

Abstract

The following writing aims to share the work experience in the group spaces of the family area of a civil association that carries out assistance and community intervention tasks in the City of Buenos Aires, Argentina. These include the Multi-family Meetings of the Day Hospital (HDD) and Families in Network within the Community Recovery device (REC). We understand that individuals, along with their families, outline therapeutic itineraries, as well as movements and discourses that trigger recovery or the preservation of their health. We are interested in reflecting on these group encounters and their effects, considering the notion of care as an articulator of the experiences they unfold. Creating community spaces involves understanding that within the processes of health-illness-care, there are singular and collective therapeutic aspects involved in the pursuit of health. Clinical practice shows us that these group meetings for families help

to collectivize the care expected of them in therapeutic processes, as well as provide a space for them to inquire about their own care.

Keywords: mental suffering, care, family therapy, group approach

¿Qué entendemos por familia?

La familia no es nada que forme parte de un orden natural, es una creación cultural, atravesada por variables como el tiempo y el espacio. Las familias nacen en el contexto de determinadas civilizaciones, por lo tanto, su organización se encuentra influenciada por variables culturales dadas en un momento histórico determinado. En este sentido, no existe un “saber familiar”, sino que es un complejo, y eso supone que no hay instinto familiar que diga cómo hacer con lxs demás, es un conjunto de vínculos que se establecen entre sus integrantes. Claudia Lijntjens (2006, p. 63) explica:

Sabemos que no hay en la familia nada natural, sino que se trata de una red de lazos voluntariamente decididos, donde se requiere un acto de voluntad, un consentimiento del sujeto para que una función, madre, padre, hijo, se sostenga y se transmita en tanto tal.

Por lo tanto, las funciones no son naturalmente

ocupadas, sino que deben ser adoptadas por cada uno de lxs sujetos allí en juego, para que el intercambio y la transmisión acontezca. Creemos que el trabajo con las familias apuesta a hacer un lugar para que algo de ello pueda ser problematizado.

En el siguiente trabajo realizaremos una aproximación sobre los espacios grupales del área de familia en *Reuniones Multifamiliares de Hospital de Día* (HDD) y *Familias en Red del dispositivo de Recuperación en Comunidad* (REC). Nos interesa pensar estos espacios grupales y sus efectos, tomando la noción de cuidado como articulador de las experiencias que despliegan.

Los cuidados en los procesos terapéuticos

El cuidado es una partícula elemental de la subjetividad y la forma en que nuestra sociedad se ha organizado para su mantenimiento. En los tratamientos frente a la expresión de un padecimiento mental severo también se configura como indispensable construir criterios respecto al cuidado: se aprende a cuidar de unx mismx, y también a manifestar de qué modo unx desea ser cuidadx (Ceminari y Stolkiner, 2018). Dentro de los objetivos terapéuticos es necesario pensar cómo se articulan estas prácticas, con la finalidad de potenciar la autonomía y consecuentemente, desar-

mar lógicas paternalistas, manicomiales y de control. Adentrándonos a la temática, podemos observar que, en el proceso mismo de salud-enfermedad-atención y en los itinerarios que conlleva para los usuarios y sus familias, existen distintas formas de organización del cuidado que se conjugan simultáneamente como parte de lo terapéutico (Pasarín, L., 2011). Muchas de las responsabilidades se reparten en el seno de los hogares, las familias y sus allegados (Bail, 2016). De esta forma, la familia suele ser definida como la unidad ética de cuidado (Borgeaud-Garciandía, 2018), ya que se establece como la principal suministradora de asistencia frente a las necesidades que pueden surgir ante la emergencia de un padecimiento.

El cuidado se configura como un constructo complejo en relación con su condición paradójica. Cuidar implica preservar para que otro pueda ser más independiente, potenciando el crecimiento, respetando la autonomía y la singularidad. A la vez, es necesario no ignorar la ambivalencia subyacente: el cuidado está estrechamente vinculado al amor y el apego, pero también implica hostilidad, cansancio, agotamiento y subordinación. Las formas de cuidar son también aprendidas, imponen ciertas maneras de hacerlo e invisibilizan otras, borrando los matices, contradicciones y complejidades de un proceso que deja marcas en los sujetos.

Si bien existen convenciones culturales acerca de lo que significa cuidar, formulando e imponiendo estereotipos sobre el ideal del cuidado, cada familia hace lo que puede, según sus propias necesidades y posibilidades. La matriz de cuidado que circula socialmente entra en tensión y debe conjugarse con indicaciones dadas por parte de los profesionales tratantes sobre lo que se debe hacer, por ejemplo, luego de una internación, ante las crisis y con la medicación.

Considerando esta matriz social del cuidado, entendemos que los espacios de grupalidad que se presentan en las *Multifamiliares de HDD* y los encuentros de *Familias en Red del REC* son encuentros particularmente interesantes para el despliegue de estas contradicciones.

En cada uno de los encuentros, los familiares toman la palabra para relatar aquello que generalmente se hace sin mucha mediatización ni cuestionamiento, y a la vez en ese proceso de nombrar se encuentran con experiencias de otros, que a pesar de vivir circunstancias similares, seguramente las han singularizado de distintas formas. Esta tensión entre lo homogéneo-heterogéneo de la grupalidad es un elemento que permite ir acompañando la subjetivación de lo sucedido en cada familia. La noción, tan universal del cuidar, se va desinflando con relación a lo ideal-innato y complejizando en el

ámbito de lo posible y lo deseado.

Los encuentros grupales se van tejiendo entre el relato de diversas experiencias y el punto-contrapunto que se arma entre lxs participantes. La escucha se da en todas direcciones, sin embargo, la primera es la de la propia voz. Sucede por momentos que el relato de otrx es reconocido como propio evocando un tiempo pasado, realizando un contrapunto entre dos espacios temporales, lo que fue y es en la actualidad. Si bien la familia es homologada a una institución de cuidado, en su interior la tarea es llevada adelante por alguien que asume la responsabilidad de atender y conferir los cuidados necesarios: *la persona cuidadora principal*.

Generalmente, son las mujeres adultas de los grupos familiares, madres, hijas o cónyuges, quienes ejercen la función de cuidadora principal (García Calvente *et al.*, 2004). Con frecuencia, se naturaliza y se recalca la capacidad y disponibilidad para cuidar, cualidades que se consideran innatas, en vez de ser entendidas como fruto de la socialización y del peso del mandato cultural que asigna tareas diferenciadas por género (del Valle Murga, 2004). Generalmente concurren a los espacios grupales quienes asumieron (tal vez sin saberlo) ese rol de cuidador principal. Colectivizar y espejarse con otrxs en ese mis-

mo rol, posibilita un reconocimiento de los lugares que se ocupa y sobre todo de las dificultades con las que se encuentran. De esta forma el grupo posibilita un sostén de quien sostiene.

Multifamiliar

Las reuniones multifamiliares son un espacio con frecuencia mensual para las familias del Hospital de Día, de modalidad presencial y con una convocatoria de alrededor de 25 participantes. Los encuentros son coordinados entre profesionales del equipo de familia y HDD. A diferencia del encuadre de otras reuniones multifamiliares, como la conceptualizada por García Badaracco (1995), en la cual participan lxs usuarixs y lxs familiares, consideramos desde un punto de vista clínico la pertinencia de recortar allí la presencia de lxs usuarixs, en pos de preservar la intimidad y favorecer el establecimiento del tratamiento. En muchas circunstancias los conflictos vinculares, los temores a decir algo que exacerbe o descompense a sus familiares, impiden el despliegue de preguntas, de miedos o preocupaciones. Por tanto, se intenta propiciar a las familias un espacio seguro para hablar.

En las reuniones multifamiliares suele primar el desconcierto por lo nuevo, muchxs están iniciando en

la institución, pero además son nuevxs en el recorrido de los tratamientos en salud mental: primeras descompensaciones y primeras internaciones. Para acercarnos a la experiencia de las familias, tomaremos algunos recortes de sus intervenciones en las reuniones multifamiliares; los nombres utilizados son de referencia y no corresponden a las identidades reales de los participantes, con el fin de preservar su confidencialidad.

En una de las reuniones, los padres de Camila dicen: *la sensación que tenemos es que nos pasó un tsunami por arriba, no sabemos dónde estamos parados, que tenemos que hacer* (Participante 1, comunicación personal, marzo 2024).

La frase resuena en varios participantes, quienes asienten, y la madre de Gustavo agrega: *es como una montaña rusa, un día está bien y yo estoy bien, si está mal me desespero y le digo que no tiene que estar mal, que no puede dar un paso atrás, que hay que seguir adelante*. El hermano de Gustavo, que también participa de la reunión, agrega: *a mí también me preocupa ella, no está bien tampoco*, señalando a su madre (Participante 2, comunicación personal, marzo 2024). Hablar de tsunami es un modo de nombrar algo traumático. El diagnóstico para las familias puede ser el primer “salvavidas” del cual aferrarse y ordenar lo caótico. La propuesta de

la reunión multifamiliar es, poco a poco, ir poniendo en suspenso los diagnósticos, para ir dando lugar a la historia, los miedos, las preguntas, los saberes. La intervención del hermano de Gustavo, señalando preocupación por su madre y no solo su hermano, es una puerta a la pregunta; ¿qué pasa con quienes cuidan? En otro encuentro propusimos una actividad en la que cada asistente tenía que responder 2 preguntas (¿Qué aspectos serían importantes de lograr dentro de un proceso terapéutico? y ¿Cuáles son los principales obstáculos con los que se encuentran al acompañar a sus familiares?) con categorías dadas, ubicándose desde la más a la menos representativa. Una vez puestos en común los resultados, el padre de un usuario interviene, molesto y de mala manera, por la diversidad de respuestas y miradas; *Esto no sirve para nada, son todos distintos. Tendrían que hacer grupos por diagnósticos* (Participante 3, comunicación personal, abril 2024).

Un grupo de madres de usuarixs se apura en contestar, la madre de Lucas le cuenta su experiencia: *Lucas hace 10 años que está en esta institución, empezó en HDD después estuvo en el Rec y ahora volvió a HDD, siempre tuvo el mismo diagnóstico, pero le van pasando cosas diferentes* (Participante 4, comunicación personal, abril 2024). La madre de Carla toma la palabra y relata que hace 2 meses su hija asiste a la institución y que su hijo participó

en la multifamiliar anterior: *Esteban salió lagrimeando del encuentro, me dijo que le había sorprendido que escuchaba a los familiares y todos estaban hablando de lo que a Carla le pasaba, pero sin conocerla* (Participante 5, comunicación personal, abril 2024).

Reconoce que aquello de lo que padecían en su familia (falta de adherencia de Carla a la toma de medicación) sucedía con otrxs usuarixs. La madre dice que su hijo antes solo se quejaba de su hermana y que ahora pudo ver algo de su malestar. Otra madre le contesta que su hija no tiene diagnóstico, y si lo que él propone se lleva a cabo, se quedaría sin un espacio para poder compartir.

El objetivo del grupo no es unificar, homogeneizar ni conglomerar, sino apostar a un más allá de lo estático de los diagnósticos y los sentidos que aportan. Será buscado que quienes concurren puedan aportar lo propio a lo grupal, sosteniendo la tensión que implica la heterogeneidad, para que en un segundo momento, las resonancias sean recogidas desde la singularidad.

Otras veces, las reuniones multifamiliares son espacios de acompañamiento para aquellos que, ya instalados en el dispositivo de Hospital de Día, están construyendo nuevos vínculos y haciendo movimientos en

sus tratamientos. Este es el ejemplo de tres madres de usuarios del turno tarde, las cuales se presentaron en el contexto de una reunión multifamiliar debido al estrecho vínculo amistoso que construían sus hijos. En el transcurso de los encuentros, esas madres fueron desplegando sus sorpresas y preocupaciones en relación con las experiencias que el grupo de amigxs encaraba en conjunto, particularmente un viaje a Mar del Plata. Estos también resonaban en familiares que acompañaban a usuarixs en situaciones más agudas, y se interesaban por los avances de este trío como un futuro posible para los suyos.

Familias en Red

Este espacio fue pensado para las familias que acompañan usuarixs dentro del dispositivo de Recuperación en Comunidad, como un lugar donde el encuentro entre pares permitiera hacer circular la palabra y la experiencia.

En general, las familias de usuarixs del REC vienen acompañando trayectorias institucionales hace años, o inician sus trayectorias en salud mental por el REC, dado que sus familiares no han atravesado situaciones agudas de descompensación. En este espacio, apostamos a que compartir con otrxs pue-

da producir una pregunta novedosa, una relectura o un cambio de posición. Creemos también que los efectos de lo grupal no solo tocan a cada participante en su subjetividad, sino que también abren la posibilidad de construir nuevos lazos o redes de apoyo. Muchas veces se habla en las instituciones del “nosotrxs” que se produce entre lxs usuarixs, pero también ubicamos que algo de este “nosotrxs” también se reproduce entre las familias. Se observa que si bien suele iniciar como una identificación, será a partir del trabajo subjetivo que se marcará una diferencia singular para cada quien.

En personas con padecimiento mental severo, algunas estrategias de recuperación implican un trabajo sobre la socialización, haciendo hincapié, sobre todo, en la etapa de la socialización primaria. Las familias, que acompañan estos recorridos terapéuticos, necesitan volver a reubicar sus funciones, y participar de un dispositivo grupal genera un espacio amigable para hacerlo, a partir del enunciado de miedos o deseos, limitaciones o estrategias.

Tomaremos el caso de María Rosa y su participación en Familias en Red como un ejemplo para ilustrar la trama que se va configurando en los diversos encuentros. María Rosa se presenta como madre de un usuario

que ha tenido dificultades para adherir a sus tratamientos y que, en múltiples ocasiones, ha dejado la medicación y sus espacios terapéuticos, llegando a situaciones de riesgo. En uno de los encuentros de Familias en Red, frente al enunciado que circulaba grupalmente de la necesidad de respetar la autonomía de lxs usuarixs, acompañándolxs en sus decisiones y actos, María Rosa toma la palabra: *Pero ustedes ¿no tienen miedo? A ustedes ¿no les pasa?* (Participante 6, comunicación personal, noviembre 2023). Busca en el grupo cierta complicidad respecto a las preocupaciones sobre la situación actual y el futuro de su hijo.

Es en ese espacio de intimidad, en donde se empieza a poder nombrar los temores propios y a hacer algo con ellos, que no solo paralice u obligue a la soledad. Cada participante despliega miedos y expectativas para con el futuro de su hijx o hermanx, casi sobre el final, María Rosa dice: *yo solo quiero que esté en pareja y contento* (Participante 6, comunicación personal, noviembre 2023). *A veces esos no van juntos* dice otro participante (Participante 7, comunicación personal, noviembre 2023) y todxs nos reímos. El humor en el grupo, muchas veces, logra desarmar ideas fijas y devolver preguntas.

En otro encuentro, toma la palabra Carmen. Men-

ciona que no ha ido a un evento familiar porque sabe que a su hija no le es fácil sostener los mismos. Cuando se le pregunta respecto a si había conversado con ella sobre la decisión de no ir, se angustia. Comenta que no lo conversó por el momento en que se encuentra: *tuvo días difíciles, llamó a la psiquiatra y le aumentó la medicación, siento que es un retroceso* a lo que José le responde: *es un avance, pudo pedir ayuda* (Participante 8, comunicación personal, noviembre 2023). En el grupo, se cuestiona hablar de avances y retrocesos, y se propone hablar de cuidados. El grupo finaliza con una reflexión de José: *yo creo que es como una mesa de tres patas: la medicación, la institución y la familia* (Participante 9, comunicación personal, noviembre 2023).

Reflexiones y preguntas

A partir de las experiencias grupales que mencionamos, entendemos que estos espacios se prestan como propicios para el despliegue de las preocupaciones y miedos de los distintos momentos del tratamiento, pero también como puntos de encuentro para compartir aprendizajes y experiencias singulares.

En las reuniones multifamiliares priman los relatos vinculados a los momentos agudos y de urgencia, evidenciándose algo de las características propias del dis-

positivo: el grupo convive con una diversidad amplia de situaciones, desde descompensaciones e inicios de tratamiento reciente, hasta personas que ya están instaladas en el dispositivo de hospital de día, y empiezan a desplegar otras etapas. Las reuniones multifamiliares son, tal vez, los primeros espacios donde se comienza a nombrar algo de lo sucedido.

En las reuniones de Familias en Red, el encuadre es diferente, los participantes son menos y estables en el tiempo, también el grupo es más homogéneo en relación con la situación clínica de lxs usuarixs. Esto permite que la temporalidad que se instala en cada encuentro habilita el despliegue de una circulación de la palabra más pausada y disponible a la pregunta por la propia posición. El cómo y cuánto acompañar ya no se reduce a la necesidad de cuidado por el momento de urgencia que atraviesa la persona usuaria, sino que se incluyen reflexiones respecto a lo subjetivo singular en la acción de cuidado.

De este modo, las personas trazan junto a sus familias los itinerarios terapéuticos, los movimientos y discursos desencadenantes para la recuperación o preservación de su salud. Generar espacios comunitarios supone comprender que, dentro de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, existen aspectos

singulares y colectivos involucrados en la búsqueda de la salud. Creemos que estos espacios grupales para las familias ayudan a colectivizar el cuidado que se espera de ellos en los tratamientos, así como propicia un espacio para que se pregunten por sus propios cuidados. La Salud Mental, al fin y al cabo, como describe Franco Rotelli “está ahí donde un sujeto puede existir con otros” (2015, p. 94).

Referencias Bibliográficas

Bail, V. (2016). La problemática del cuidador familiar: salud y sobrecarga. En *Cuidando a quienes cuidan: Guía práctica para cuidadores de enfermos crónicos* (cap. V, pp. 93-104). Editorial Catálogos.

Borgeaud-Garciandía, N. (2019). Introducción. *El trabajo de cuidado* (1.ª ed.) [PDF]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé Edita. (*Horizontes del cuidado / N. Borgeaud-Garciandía*)

Ceminari, Y., y Stolkiner, A. (2018). El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas. En *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires,

Buenos Aires.

García Badaracco, J. E. (1995). El grupo multifamiliar en el contexto de la psicoterapia en general. Congreso Nacional de la APA, Getxo, España.

García-Calvente, M. D. M., Mateo-Rodríguez, I., y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18, 83-92.

Lijstinstens, C. (2006). Conferencia sobre la familia. *Virtualia, Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana*, 5(15), 1-6. <https://www.revistavirtualia.com/articulos/527/dossier-nuevas-ficciones-familiares/conferencia-sobre-la-familia>

Del Valle Murga, T. (2003). Contenidos y significados de nuevas formas de cuidado. En Rincón, A. (Coord.) *Congreso Internacional SARE 2003: “Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado”*. Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea, Fondo Europeo. Vitoria-Gasteiz, 2004.

Pasarin, L. (2011). Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención. En *Los aportes del análisis de redes sociales a la psicología*. Mendoza, Argentina.

tina: Editorial de la Universidad del Aconcagua.

Rotelli, F. (2015). *Vivir sin manicomios: La experiencia de Trieste*. Editorial Topía.



Características epocales: malestares subjetivos de la población infanto-juvenil en tiempos de inmediatez y rendimiento

ORTEGA, Sofía.

Lic. en Servicio Social. Egresada de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental del Hospital Provincial Neuquén. Docente en la Universidad Nacional del COMAHUE. Trabajadora del sistema de salud pública de Neuquén

Contacto: lic.ortegasofia@gmail.com
ORCID: 0009-0003-3504-808X

Recibido: 13/11/2024; **Aceptado:** 10/07/2025

Cómo citar: Ortega, S. (2025). Características epocales: malestares subjetivos de la población infanto-juvenil en tiempos de inmediatez y rendimiento. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 214-226

Resumen

Este escrito corresponde a una síntesis reflexiva que recupera algunas de las narrativas recopiladas en entrevistas de admisión al sector infanto juvenil del Servicio de Salud Mental del Hospital Provincial Neuquén “Dr. Eduardo Castro Rendón” durante tres meses del año 2024. La propuesta se vincula con pensar las expresiones de los malestares subjetivos en niñxs y adolescentes en articulación con las características epocales de un contexto donde prima una lógica basada en el consumo, la inmediatez, el individualismo y las tecnologías digitales. Pensar en la posibilidad de este nexo, implica problematizar el diseño de estrategias de acompañamiento en los procesos de salud y cuidado en el marco de un mundo que en el último tiempo ha transitado grandes cambios culturales en torno a las formas de estar y relacionarse. Coincide la escucha de las entrevistas, tanto a niñxs y adolescentes, como a referentes adultxs, con los últimos meses de mi formación como

Trabajadora Social por la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM). De este transitar, se desprenden algunas reflexiones sobre el impacto que tienen en las experiencias singulares este escenario epocal propio de una sociedad donde el mercado se ha transformado en un configurador de la vida cotidiana en todas sus dimensiones. Los malestares subjetivos siempre se asocian a la reproducción material y simbólica de un momento histórico y muchas de las narrativas aquí recopiladas podrían representar otro (o cualquier otro) espacio-tiempo de un malestar. Sin embargo, considero imperioso repensar los efectos sobre la construcción subjetiva y las estrategias de atención en salud mental que debemos dar como profesionales frente a las características epocales de inmediatez y volatilidad que se han instalado en la vida en la actualidad.

Palabras claves: salud mental, niños, niñas y adolescentes, subjetividad, inmediatez.

Period characteristics: Subjective Distress in child and youth population in times of immediacy and performance

Abstract

This document corresponds to a reflective synthesis that recovers some of the narratives collected in

the admission interviews for the Child and Adolescent Sector of the Mental Health Service at Dr. Eduardo Castro Rendón Provincial Hospital in Neuquén during three months of 2024. The aim is to explore expressions of subjective distress in children and adolescents in connection with the contemporary features of a context marked by logics of consumption, immediacy, individualism, and digital technologies. Considering the possibility of this linkage involves problematizing the design of support strategies within health and care processes in a world that has recently undergone major cultural transformations regarding the ways of being and relating to others. The listening process in the interviews—both with children and adolescents and with adult caregivers—coincided with the final months of my training as a Social Worker within the Interdisciplinary Mental Health Residency (RISaM). From this experience, several reflections emerge concerning the impact that this contemporary landscape—characteristic of a society in which the market has become a key shaper of everyday life in all its dimensions—has on singular experiences. Subjective forms of distress are always linked to the material and symbolic reproduction of a historical moment, and many of the narratives collected here could correspond to another (or any other) space-time of distress. However, I consider it imperative to rethink the effects on subjective cons-

truction and on the mental health care strategies we, as professionals, must develop in light of the current era's characteristics of immediacy and volatility that have become embedded in community life.

Keywords: mental health, child and adolescents, subjectivity, immediacy

Introducción

Como primer punto, es interesante comprender que el concepto de salud mental es una construcción social e histórica que se ha ido modificando a lo largo del tiempo. La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 reconoce a:

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 todas las personas. (2010, Artículo 2º)

Con el paso del tiempo, la concepción de la salud en general y de salud mental en particular, ha ido cambiando en pos de la instauración de nuevos paradigmas basados en estrategias comunitarias que se tensionan

con antiguos modelos de abordaje y atención ligados al encierro y la exclusión. Todo ello convive y permanece en la actualidad a través de discursos y representaciones sociales vinculadas a la (a)normalidad como categoría hegemónica de construcción de la salud mental. Los cambios en las conceptualizaciones, los modos de acompañamiento de los procesos de salud y la manifestación de los malestares subjetivos están íntimamente relacionados con las condiciones de vida, las formas de producción de las poblaciones, los avances tecnológicos y científicos, que justamente son los condicionantes que determinan e inciden en el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados del sufrimiento subjetivo.

En virtud de dicha descripción, resulta no solo interesante sino necesario, poder pensar en el impacto de las nuevas formas de habitar el mundo que se vienen dando desde hace algún tiempo, donde el lazo social y la identidad son redefinidos bajo nuevas lógicas de visibilidad, rendimiento y control. Lipovetsky (2006) explica cómo vivimos inmersos en dos culturas simultáneas: la física, estructurada por la presencia, los espacios territoriales y los ritmos del cuerpo, y la virtual, organizada por la lógica algorítmica, la instantaneidad y la hiperconectividad. En la misma línea, Trimboli (2025) menciona que “las rutinas, los vínculos, el descanso, el juego y el trabajo se ven progresivamente reorganiza-

dos en función de tiempos digitales: lapsos cortos, simultáneos, exigentes” (p.25). Finalmente y siguiendo estos planteos, Byung-Chul Han, en su libro *No-cosas* (2021), explica cómo hemos transitado desde una cultura centrada en la presencia física, la estabilidad y la duración hacia una cultura gobernada por la intangible, lo efímero y lo inasible. Aparece lo que comúnmente conocemos como orden digital. En lugar de experiencias ancladas en la realidad física, emergen interacciones fugaces, mediadas por pantallas, donde lo instantáneo y lo volátil reemplazan a lo reflexivo a lo profundo. Las particularidades de esas dinámicas relacionales dadas en el mundo digital devienen en experiencias subjetivas absolutamente atravesadas por la necesidad de responder a ese modo efímero e inmediato donde no es posible la demora.

Conocer estadísticas y sistematización de datos regionales

Al articular el campo de la salud mental y la población infanto juvenil resulta pertinente recuperar algunas estadísticas sobre este tema. Según datos brindados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) se estima que la mitad de los padecimientos psíquicos se inician en una edad anterior a los catorce años. Según este estudio, una quinta parte de lxs niñxs y jóvenes de

la población mundial sufre algún tipo de padecimiento subjetivo. Esto es relevante en la medida que es necesario considerar a la niñez y adolescencia como una etapa del desarrollo condicionada por los acontecimientos que se dan en el contexto familiar y/o socio comunitario. El mismo informe, se recalca que no abordar las problemáticas de salud mental en esta población tiene consecuencias que se extienden a lo largo de la vida de la persona afectando su calidad de vida y la de su entorno. En función de ello, resulta necesario destacar cómo la salud mental es un campo en el que se entrelazan actores sociales, tanto individuales como colectivos, valores familiares y comunitarios, normas culturales, expectativas sociales y las capacidades de desarrollo, por ende es un aspecto de la salud que se construye siempre vinculado a otrxs.

Por otro lado, según UNICEF y Gallup (2021), en el informe *El estado mundial de la infancia 2021: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, en el primer semestre de 2021, 1 de cada 5 jóvenes de entre 15 y 24 años afirmó sentirse deprimido o tener poco interés en realizar alguna actividad. Finalmente, y no menor, el mismo estudio destaca que el suicidio es la quinta causa de muerte más frecuente entre lxs adolescentes de 10 a 19 años; en el caso de lxs adolescentes de 15 a 19 años, es la cuarta causa de muerte más recurrente.

Cabe mencionar que los aquí mencionados desarrollos son algunos de los estudios que visibilizan el estado de la salud mental de la población infanto-juvenil. No obstante, es posible hallar numerosas publicaciones y actualizaciones que continúan demostrando un deterioro y preocupación en torno a esta temática.

Aspectos metodológicos

El proceso indagatorio estuvo centrado en recuperar las narrativas emergentes de las entrevistas de admisión del sector infanto juvenil, a través de la lectura de las mismas. Posterior a esa exploración, me propuse un hilo conductor como posibilidad incipiente de vinculación entre las manifestaciones del padecer y las características propias de este momento histórico. Estas expresiones tienen que ver con la aceleración, lo efímero y lo instantáneo como formas de estar y relacionarse. Todas estas particularidades inciden y condicionan la vida cotidiana, ese tiempo y espacio donde se materializa la existencia.

En relación con la lectura, indagué las evaluaciones correspondientes a los meses de abril, mayo, junio y julio del año 2024, a través del sistema digital denominado ANDES de la provincia de Neuquén, que contiene las historias clínicas. A partir de esta sistematización,

fue posible sintetizar que durante ese período se realizaron 35 entrevistas de admisión de manera interdisciplinaria (psicología, trabajo social, acompañamiento terapéutico y psiquiatría). En un proceso posterior de intercambio junto a otros profesionales del sector, se define si la situación es aceptada por el servicio o derivada al sector o efector correspondiente, según la zona de georreferencia establecida por el domicilio legal.

Del total de las entrevistas, el 65,7 % correspondía a varones, mientras que el 34,3 % a mujeres. El 37,2 % tenía entre 5 y 11 años, y el 62,8 % entre 12 y 17 años.

En relación con las admisiones, si bien la atención está dirigida a niños y adolescentes, es necesario reconocer la importancia de realizar una primera escucha a las redes de cuidado afectivo e institucional que los rodean. En gran medida, son mujeres y/o madres quienes se presentan; en menor proporción, aparecen figuras masculinas como padres, tíos u otros referentes afectivos. Otro porcentaje significativo de las consultas llega derivado desde organismos institucionales que ya se encuentran interviniendo (Ministerio de Desarrollo Social —actual Ministerio de Capital Humano— y/u organismos del Poder Judicial, como Defensorías del Niño, Niña y Adolescente).

En relación a este último aspecto, la mayoría de los casos se da por intermedio de situaciones de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en hogares debido a la existencia de una medida excepcional que implica estén temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo interés superior se encuentra afectado por lo que no permanecen en ese medio según se establece en el Artículo 39º de la Ley Nacional 26.061/2005 de "Protección Integral de los Derechos del NNA".

Con respecto a la llegada de unx niñx o adolescente a una consulta de salud mental, supone pensar en la existencia de algún padecer que transita esa persona y que se encuentra acompañadx -en las mejores condiciones- por referentes adultxs. Por ejemplo y respecto a la información recabada, un adolescente de 17 años comenta en la entrevista de admisión: "tengo dudas sobre mí, de condiciones tóxicas para mí mismo, tengo rabia reprimida que normalicé mucho". En la misma línea un adolescente de 13 años comenta "tengo mucho odio..." y "cuando no me gusta algo, la bardeo".

Por otro lado, una madre de un niño de 5 años refiere no saber "qué más realizar en la crianza" y agrega refiriéndose a éste "tiene demasiada energía todos los días, se acuesta tarde, dejamos todo oscuro y sigue des-

pierto". Un padre de una niña de 12 años menciona que se siente preocupado ya que: "le han comentado en la escuela que agrede verbalmente y luego llora sin saber cómo contenerla". En una entrevista en la que se encontraba una niña de 11 años y su madre, ésta última comentó: "se frustra y se angustia fácilmente y yo no tengo herramientas suficientes para acompañarla, por eso vengo".

El padecer asume una doble complejidad porque no solo se expresa en estas poblaciones, sino también en aquellas que acompañan la situación. En reiteradas oportunidades, quienes acompañan y cuidan solicitan herramientas para sobrellevar vínculos conflictivos que describen. Una madre de un niño de 12 años refiere que éste tiene dificultades en la conducta y agresividad desde el comienzo escolar. Frente a este tipo de demandas lxs adultxs aspiran, a veces solicitan una especie de "resumen metodológico" sobre cómo enfrentar diálogos y comunicaciones que requieren de la palabra y el cuerpo, expresando reiteradamente no saber cómo llevar adelante lo mismo.

En consonancia, la madre de una niña de 11 años comentó que solicitó un turno de admisión en el servicio debido que no sabe cómo vincularse con la hija y expresó: "se torna agresiva ante mis preguntas".

Estas situaciones plantean un gran interrogante, quizás relacionado con la dificultad de poder encontrar la respuesta institucional que esperan lxs adultxs referentes sobre la existencia de herramientas específicas. Se podría pensar que el formato y contenido que se espera responde a esta característica epocal basada en la inmediatez donde priman los *tips* y que se funda en la volatilidad que exige todo en términos de productividad. Quizás ese rendimiento que se anhela, no contemple las posibilidades de contener la incertidumbre de no saber cómo enfrentar los padeceres actuales de NNA en un contexto que presenta cambios culturales exacerbados respecto a los vínculos y a las formas de estar en el mundo físico y sobre todo, en el orden digital de las tecnologías. Respecto a ello, Trimboli (2025) comenta “este entorno novedoso, desmaterializado y etéreo, redefine nuestras formas de habitar, de vincularnos y de construir sentido” (p.35)

Pensar lxs NNA en la actualidad

Sabemos que la infancia y la adolescencia tal como la conocemos no existió siempre, sino que es con la modernidad y la instauración del Estado que los dispositivos productores de sentido comienzan a tener mayor incidencia sobre esta población. Del mismo modo y, con el correr del tiempo, los paradigmas de interven-

ción y los enfoques de derechos se han ido modificando en pos de ampliar la garantía de entender a esta población también como sujetxs de derecho.

Al profundizar sobre el contexto actual, se comprende que es un momento que ha quedado marcado por huellas que dejó la pandemia por COVID-19. El aislamiento en la esfera privada de la vida de las personas y la virtualidad como espacio de socialización implican una aceleración de las tecnologías y de las redes sociales como canales comunicativos. A su vez, esto se ha conjugado con una preponderancia del consumo en el último tiempo que impresiona haber modificado el concepto de ciudadanx por el de consumidorx.

Juan Vassel (2006) realiza un análisis enriquecedor para pensar este momento, al mencionar que la producción de subjetividad se da desde dos dimensiones: “la instituida por el Estado y la instituida por los medios y el consumo” (p.2). Por ende, es importante reparar que el acontecer de NNA en la actualidad también se ve atravesado por otras dimensiones mediadoras e institucionalizantes que van a estar profundamente ligadas al mercado, el consumo y las tecnologías y que serán estos aspectos, traducidos en desigualdad y exclusión, que devienen en manifestaciones de malestares subjetivos. En torno a ello, Miguel Tollo (2025) reflexiona sobre

la dificultad del ejercicio de los vínculos sostenidos por la ternura en la medida que quedan sometidos a lógicas propias de una economía del mercado: “También a la mercantilización de los vínculos que vuelven utilitarios los intercambios y remiten toda valoración a la ecuación costo-beneficio de la economía” (p.40).

Siguiendo esta línea de análisis, es conocido que el desarrollo y crecimiento de NNA tiene la particularidad de asumir dimensiones colectivas en el lazo con otrxs. Ello implica necesariamente el desenvolvimiento por diferentes esferas de la vida social que se da a través de instituciones instrumentadas por distintos discursos que tienen un carácter performativo de la realidad. Al hacer alusión a la idea de performatividad de los discursos, se recupera la propuesta de Judith Butler (2002) quien sostiene que debe entenderse: “no como un ‘acto’ singular y deliberado, sino, antes bien, como la práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra” (p.18). Esto es fundamental para entender que las palabras, lejos de representar o reflejar una realidad externa, hacen cosas, es decir tienen una capacidad netamente productiva. Los circuitos por los que transitan lxs NNA como la familia, los grupos de pertenencia, la escuela, organismos estatales, de la sociedad civil y las tecnologías de la virtualidad son mediadoras de aspectos macrosociales

que devienen en la singularidad a través de discursos productores de sentido. En consonancia, es oportuno dar cuenta de la imposibilidad de separar lo individual y lo social en tanto nuestra historia se constituye en una sociedad determinada, marcada por la historia familiar, personal y la de la comunidad en la que vivimos.

De alguna forma, estos aspectos son un puntapié para pensar la relación entre las demandas que se presentan con la sintomatología que se acuerpa y el momento que corre -no es en vano la palabra corre-donde el formato predominante de internalización de la información se da a través de reels de *Instagram*, *Tik Toks* o publicaciones de otras redes sociales. Es notorio que el formato presentado intenta, resumidamente en algunos pasos y en segundos predeterminado, prescribir pautas, sugerencias y normas que se deben cumplir sobre la forma en que nos debemos relacionar. En consonancia con el planteo de Han (2022), sobre la sociedad en la que vivimos, a la cual denomina sociedad del rendimiento, el autor refiere que promueve una exposición constante, así también como la autoexplotación de múltiples tareas y la competencia. En este marco, el otro deja de ser un interlocutor y pasa a ser un rival, un obstáculo. La crueldad se vuelve performativa, se exhibe, se celebra y se repite. En este sentido, cuando el contenido de lo que circula como información no se

basa en pautas a cumplir, se trata de discursos estigmatizantes sustentados desde la agresión que remiten al odio e intolerancia por la otredad. Tanto lo que incluyen esos discursos como el formato de transmisión responden a características de instantaneidad, simplicidad y eficacia establecidas por un conjunto de personajes con gran alcance de audiencia.

Finalmente, estos canales comunicativos impresionan definir cómo deben ser los vínculos estableciendo características institucionalizantes de nuestras formas de transitar. Interpela saber cómo estas pautas que definen modos de conocer, vincularnos y acceder a la información, en el que predomina un circuito comunicativo basado en la inmediatez, tienen una incidencia subjetivante en el devenir de malestares psicosociales de la población infanto juvenil.

En sintonía con ese análisis, la educadora Graciela Frigerio (2008) se realiza algunos interrogantes que sirven para pensar en estos aspectos socializadores de les NNA:

¿Qué se ve cuando, al mirar a un niño, se lo piensa como «un niño no como los niños»? ¿Quién ofrece la óptica? Puede responderse: el orden simbólico de un período histórico, el imaginario social, las leyes, las

teorías, las representaciones que impone el juego de poder de las políticas, el mundo interno de los adultos. Desde esta perspectiva, pensar a los niños implica el trabajo de pensar, de hacer consciente, de poner en evidencia no sólo las múltiples formas de las infancias, sino algo de los adultos que remite a universos de todos los tiempos y que se expresa en las propuestas políticas que se les destina a los niños. (p.68)

A partir de este planteo, puede pensarse que muchas de las políticas actuales remiten a un entramado de lo social que impresiona haberse fragmentado a un campo más ligado al individualismo en donde aparece el mercado como regulador de la vida, los lazos y los cuerpos.

Esto conduce, entre otras consecuencias, a la mercantilización de múltiples dimensiones de nuestra vida cotidiana. En esta línea, Vasen (2006) analiza el cambio que se produce en la posmodernidad entre los estados nacionales y el mercado internacional. En este sentido:

Este contrapunto ciudadano-consumidor con el creciente predominio del lazo que el consumo instituye, marca aquel pasaje. El consumo es una práctica instituyente de subjetividad, desbordante y difícil de limitar. No sólo en otros, en cada quien. Una práctica que aparenta incluir pero en rigor excluye y fragmenta. Si

los ciudadanos son iguales ante la ley, los consumidores son claramente desiguales según su capacidad adquisitiva. (p. 2)

Reflexiones finales

Resulta indispensable -ética y políticamente- interrogarse sobre los malestares de NNA en vinculación con las características epocales de inmediatez y volatilidad. Vivimos en un contexto donde la exposición a discursos normativos sobre cómo deberíamos sentirnos, actuar o incluso cuidar se han intensificado. El canal que predomina para la transmisión de estos mensajes, cooptando espectadores que internalizan como verdad absoluta aquella información, son los medios de comunicación digitales y las redes sociales. Esto tiene un impacto en la medida que impresiona que hay que ajustarse a ideales imposibles de bienestar, autorregulación emocional y rendimiento. En relación a esto, Miguel Tollo (2025) menciona: “En gran medida, dimensión e intensidad, el sufrimiento psíquico obedece también al estado de la comunidad a la que pertenece y al nivel de padecimiento compartido con otros” (p. 101). En este contexto, no sorprende que lxs adultxs también se sientan desbordados en su rol de crianza -como lo expresa una madre al decir: “no sé qué más realizar” o que lxs jóvenes expresen emociones sin saber cómo tramitar-

las, “tengo mucho odio”. Esta lógica de la urgencia con la que se debe responder y realizar todas las acciones de la vida cotidiana coloniza también el modo en que se aborda la salud mental, promoviendo discursos que apelan a tips o hábitos saludables que muchas veces no contemplan la profundidad ni el tiempo necesario para elaborar malestares subjetivos.

Todo ello que se interioriza y/o se consume en términos de discursos, información y verdades, de algún modo, determina la reproducción social de la vida en comunidad aludiendo a esa idea de cambio estructural que Zygmunt Bauman (2007) describe en Vida de Consumo. Es interesante el análisis que realiza este autor al señalar el pasaje de una sociedad centrada en la producción a una en la que el consumo se convierte en eje organizador de las relaciones sociales, la economía y la vida subjetiva. Tomando esta idea pero en otras palabras, se podría decir que en esta configuración no solo se consumen objetos sino estilos de vida y narrativas sobre cómo hay que vivir. En la misma línea, Trimboli (2025) sostiene: “así el mundo digital no solo refleja la sociedad de consumo: la potencia y la redefine, extendiéndola a territorios que antes permanecía parcialmente al margen, como la infancia, la vida íntima o el descanso” (p.27).

Por otro lado, es interesante articular lo anterior con la idea de Judith Butler (2002) de que las palabras, hacen cosas. En virtud de ello, la idea de hablar/narrar, le agregaría “streamer” o publicar en redes sociales es netamente producir un acto. Las palabras producen, y producen acciones que consumimos. De manera tal, que el discurso no se encuentra en una instancia paralela o subordinada a la acción, sino que, por el contrario, hablar es hacer. Es en ese devenir del decir-hacer que los malestares atraviesan la subjetividad. Quizás pueda ser una certeza frente a tantas incertidumbres entender que las características epocales devienen en narrativas que tienen una capacidad netamente productiva y por ende performativa. Sin duda, la particularidad de ello tiene que ver con la rapidez con la que circulan por la comunidad. En este sentido, puede pensarse que los malestares de lxs NNA —y las preguntas de sus referentes afectivos en torno a cómo vincularse— no son otra cosa que expresiones de un malestar contextual que, en su búsqueda de alivio, exige respuestas inmediatas.

Este escenario de instantaneidad e hiperconectividad ha multiplicado los discursos de rendimiento y regulación de una vida asociada a los patrones y valores del mercado. Cuando existe una presión constante por ajustarse a ideales imposibles de bienestar, autorregulación y rendimiento no sorprende que los malestares

subjetivos se profundicen. Muchos de estos discursos circulan en nombre de la libertad. No obstante, no sólo juzgan al otrx por pertenecer o no, por ser o no de una determinada manera o por asumir o no determinado tipo de consumo, sino que también lo definen en una etiqueta que le sea funcional al mercado para al mismo tiempo, hacer de un problema social una responsabilidad individual.

Frente a las demandas institucionales que presentan lxs adultxs sobre las infancias y adolescencias y frente a los malestares que esta población acuerpa cabe la responsabilidad de pensar qué estamos diciendo para que esos discursos normativos se hayan transformado en el mensaje político predominante y performativo de nuestra manera de vivir. No obstante y más importante aún, es preguntarnos qué podemos hacer para que esa interacción basada en algoritmos, fluidez, inmediatez y rendimiento no rija nuestros vínculos. Es necesario actores sociales capaces de reflexionar sobre el impacto de estas características para que estas no se transformen en la regla que nos relacione.

En suma, los fragmentos presentados tan solo reflejan una subjetividad contemporánea marcada por un mundo que exige respuestas inmediatas basadas en características como la eficiencia tanto como para la

crianza como en el transitar de un malestar subjetivo. Es necesario repensar las intervenciones en un marco ético-político que sea posible desde el campo de la salud y en esa misma línea recupero el planteo de Miguel Tollo (2025) al decir:

Destaquemos algunos conceptos. Por un lado, el de la ética: con qué etiqueta construiremos lo social. Por el otro, la necesaria e íntima relación entre el crecimiento subjetivo y el colectivo social. Y, desde luego, la política, sin la cual no hay una posible evaluación ni transformación de la realidad que dé verdadera posibilidad al desarrollo de las infancias y adolescencias. (p.99)

En virtud de ello, es urgente reflexionar sobre los procesos de acompañamiento como espacios de sostén así como apelar a la construcción de discursos políticos y performativos que garanticen el acceso a una vida con menos sufrimiento subjetivo. Resulta necesario e imperioso revalorizar, en las infancias y adolescencias, la potencia del encuentro con otrxs, aquella que tiene que ver con el habitar el espacio público como territorios de experiencia y de creación compartida, a fin de trascender lo que parece imponerse como el único espacio de encuentro en la actualidad: la virtualidad. No se trata de negar, ni demonizar el mundo digital sino de poner

en cuestión el contenido y los valores que transmiten tales como la individualidad, la inmediatez y la meritocracia para habilitar otros modos de estar y ser donde la palabra, la presencia y la demora vuelvan a tener lugar.

Finalmente con estas reflexiones considero que ofrecen apenas algunas coordenadas para pensar el lugar que ocupamos, el contexto que habitamos y los modos en que nos vinculamos con el mundo. Aunque este escenario sea un marco macrosocial, la tarea más significativa se despliega en la micropolítica cotidiana: en el encuentro con otrxs. Quizás así, podremos construir herramientas concretas para que lxs pibxs tengan una vida más vivible.

Referencias bibliográficas

Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Paidós.

Congreso de la República Argentina. (2005). Ley N° 26.061 Protección Integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes. Buenos Aires: Congreso de la República Argentina.

Congreso de la República Argentina. (2010). Ley N° 26.657 Salud Mental. Buenos Aires: Congreso de la República Argentina.

Danani, C. (2024). La desigualdad, a revisión: Notas acerca de las consecuencias de vivir en sociedades desiguales. Año 14 - Nro. 27 - Enero/Junio 2024. Revista Debate Público Reflexión de Trabajo Social Del Estante Editorial.

Han, B.C. (2022). *La sociedad paliativa. El dolor hoy*. Taurus.

Lipovetsky, G. (2006). *La era del vacío*. Anagrama.

Tollo, M. (2025). *Avatares del yo en tiempos de fragmentación social y consumismo: la complejidad de la escuela y el aporte de la ternura en la clínica*. 1a Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Trimboli, A. (2025). *Ciberlaxia. Riesgos de la exposición digital ingenua en infancias y adolescencias. Intervención clínica y prevención de los consumos problemáticos en entornos digitales*. 1a Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Vasen, J. (2006). Niños, padres y maestros hoy. Recuperado en: <https://bit.ly/3LxolOk>



Salud mental y literatura: la Biblioteca Pública Infante Juvenil como un dispositivo comunitario para la promoción de la salud mental

JARAMILLO VELASQUEZ, Ana María.

Licenciada en Psicología, Universidad San Buenaventura Medellín-Colombia. Ex concurrente del CESAC 10 y del Hospital J.M. Ramos Mejía (CABA). Maestranda en Psicoanálisis de la AEAPG-Universidad de la Matanza. Ha sido docente universitaria de grado y posgrado en cátedras de Psicología clínica (Colombia), Salud Mental (Argentina) y Psicología Infante - Juvenil (Argentina). Ex Becaria Centro de Salud Mental N°1 "Dr. Hugo Rosarios" (Nov 2022 - Dic 2023).

Contacto: lic.anajaramillo@gmail.com
ORCID: 0009-0001-9560-4223

Recibido: 24/11/2024 - **Aceptado:** 10/07/2025

Cómo citar: Jaramillo Velasquez, A.M. (2025). Salud mental y literatura: la Biblioteca Pública Infante Juvenil como un dispositivo comunitario para la promoción de la salud mental. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 227-238

Resumen

El presente escrito relata la creación e implementación de la Biblioteca Pública Infante Juvenil y Adultos Responsables de la Crianza en el Centro de Salud Mental N°1 "Dr. Hugo Rosarios" ubicado en la Ciudad de Buenos Aires - Argentina, como un dispositivo comunitario innovador que articula el campo de la salud mental con la literatura, en el marco de la promoción de la salud mental desde una perspectiva de derechos.

Se describe la experiencia comprendida entre febrero 2022 y noviembre 2023, etapa en la cual la autora de este relato participó del proyecto institucional, inicialmente en la creación e implementación del espacio de la biblioteca infante juvenil, y posteriormente en la coordinación y ejecución de los talleres y las actividades desarrolladas en el dispositivo. Con base en los objetivos planteados en este proyecto, se realizaron diversas acciones: a. clasificación y organización del material re-

cibido a través de donaciones; b. desarrollo del sistema de inscripción y préstamo de libros y; c. realización de talleres abiertos a la comunidad dirigidos a niños/as y adolescentes para promover su desarrollo integral, res-tituir sus derechos, reducir la desigualdad y la enorme brecha en el acceso a libros.

Los beneficios evaluados trascendieron la institu-ción, siendo llevados por los mismos participantes a sus escuelas, hogares y a su comunidad.

Palabras clave: promoción de la salud mental, salud mental comunitaria, infancias, adolescencias, biblioteca infanto juvenil.

Mental Health and Literature: The Children and Youth Public Library as a Community-Based Resource for Mental Health Promotion

Abstract

This paper describes the setting up and running of the Public Library for Children, Youth and Child-Rearing Adults as an innovative community means that bridges the field of Mental Health with Literature within the scope of promotion of mental health from the standpoint of their rights.

The period comprised in this study stems from fe-bruary 2022 through november 2023. The author took part in this institutional project by creating and run-ning the settings of the library during the first stage of this term, and later on by coordinating and carrying out the series of workshops and activities designed therein.

Based on the objectives set out in this project, seve-ral actions were carried out: a. classification and orga-nization of the material received through donations; b. development of the registration and book lending sys-tem and; c. workshops open to the community aimed at children and youth to promote their comprehensive development, restore their rights, reduce inequalities and shorten huge gaps in accessing books.

The resulting benefits have gone beyond the insti-tution as participants have brought them back to their schools, homes and communities.

Key words: mental health promotion, communi-ty mental health, children, youth, children and youth library

Descripción del Centro de Salud Mental N°1 Dr. Hugo Rosarios

A continuación se realiza una breve descripción del Centro de Salud Mental realizada en base al artículo de Carlos Nosedá (2018) “CENTRO N°1. Apuntes para una historia (50 años después)” publicado en la revista Narraciones del Centro de Salud Mental N°1 (CSM1).

El CSM1 se creó en 1968, bajo el Plan de Salud Mental del Dr. Mauricio Goldenberg quien estaba a cargo de la Dirección de Salud Mental. Este Plan incluía la creación de cinco Centros de Salud Mental y el establecimiento de consultorios externos y áreas de interconsulta en la mayoría de los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Uno de estos centros fue el CSM1 y el Dr. Goldenberg eligió como director al Dr. Hugo Rosarios, designándose su nombre en 1998.

Durante el golpe militar de 1976, el CSM1 fue intervenido, prohibiendo la mayoría de sus actividades. Las mismas fueron restituidas en democracia bajo la dirección del Dr. Marcos Weinstein.

En el 2006, en la gestión del Dr. Soriano, el centro deja de formar pertenecer al Hospital Pirovano y pasa a depender directamente de la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Actualmente, los servicios con que cuenta son: consultorios externos de Niños, Adolescentes,

Adultos, Adultos Mayores, Familia, Adicciones; equipos de Grupos, Género; Área Comunitaria, Demanda espontánea; servicios de Farmacia y la línea de atención telefónica Salud Mental Responde (SMR). Además, cuenta con dos hospitales de día, uno de adultos y otro de niños.

Población usuaria de los servicios y problemáticas observadas

El CSM1 es un efector de atención especializada ambulatoria en salud mental, con coordinación interdisciplinaria e interinstitucional. Ubicado en la calle Manuela Pedraza 1558 (Comuna 13), se encuentra en el Área Programática del Hospital General de Agudos “Dr. Ignacio Pirovano”, que comprende los barrios de Coghlan, Saavedra, Villa Urquiza, Villa Pueyrredón, Belgrano, Núñez y Colegiales (situados en las Comunas 12 y 13). Se integra además a la Red de Servicios de Salud junto a tres CESACS (2, 12, 27) pertenecientes a dicho Hospital, un Centro Médico Barrial y el Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IMUREP).

La población que concurre asiste desde diferentes puntos de la ciudad y el Gran Buenos Aires, debido a que históricamente ha sido un centro de referencia en Salud Mental y, por su cercanía con la zona nor-

te del conurbano, recibiendo personas de la provincia, así como también de los barrios más vulnerables de la Comuna 12 (particularmente Barrio Mitre). Los/as usuarios/as consultan en forma espontánea o por derivación desde otro efector de salud u otros organismos como escuelas, hogares convivenciales, defensorías y juzgados. A partir de los motivos de consulta de los/as niños/as, adolescentes (en adelante NNyA) y adultos/as cuidadores/as usuarios/as del CSM1, a sus posibilidades de acceso a libros y a experiencias de lectura compartidas; y a las necesidades de abordaje requeridas en el efector, se pudo observar la importancia de contar con un dispositivo como la biblioteca pública infanto juvenil en la institución; siendo algunas de las problemáticas y necesidades observadas:

- NNyA que viven en hogares convivenciales, donde priman los cuidados básicos de subsistencia, pero donde las dinámicas diarias y ritmos institucionales dificultan la atención de necesidades subjetivas y la respuesta a cuidados singulares relacionados a la estimulación de lo lúdico y a los aprendizajes de la lectoescritura.
- NNyA víctimas de violencia, con sus derechos vulnerados, perdiendo con frecuencia su lugar de niño/a o adolescente.

- NNyA con impedimentos para acceder a materiales lúdicos y literarios; como también a espacios de lectura diferentes a los de sus escuelas.
- NNyA que tienen dificultades para integrarse a actividades grupales por diversas problemáticas relacionadas a la salud mental.
- NNyA que evidencian graves dificultades en la lectoescritura y en sus procesos de aprendizaje.

Se observó además la necesidad de ofrecer a NNyA espacios de juego y de lecturas sin pantallas, ya que la mayor parte de su tiempo libre transcurre con el uso de dispositivos electrónicos y también la necesidad de realizar intervenciones vinculares con los/las adultos/as referentes.

Garantizar los derechos del niño

Las intervenciones que se realizaron en la biblioteca buscaron garantizar el cumplimiento de los siguientes derechos enunciados en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989): a la información adecuada para la edad (Artículo 17°), a la salud (Artículo 24°), a la educación (Artículo 28°) y al juego, a las actividades recreativas y a participar libremente en la vida cultural y en las artes (Artículo 31°).

Yolanda Reyes (2020) considera que la calidad de la intervención durante la primera infancia incide fuertemente en el progreso económico y social, y que el abordaje desde un marco político es condición imprescindible para garantizar la equidad de oportunidades desde el comienzo de la vida. Refiere que en el ámbito del lenguaje, está demostrado que el niño depende casi por completo de la influencia de su medio y que los modelos que le brindan los adultos cercanos resultan decisivos para su desarrollo. Señala además:

En esa arista que mezcla lo universal con lo particular y que nos permite reconocernos, diferenciarnos y construirnos mediante el diálogo con las páginas de la cultura, encuentro una justificación profunda para incluir la formación literaria en la canasta familiar, como alternativa de nutrición emocional y cognitiva y como equipaje básico para habitar mundos posibles, a la medida de cada ser humano. (p. 15).

Podemos observar, entonces, como el contacto temprano con la literatura repercute en la calidad de la alfabetización y de las bases del capital simbólico del ser humano, siendo además parte fundamental del desarrollo integral y la garantía de derechos de NNyA. Por su parte, los informes anuales del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia aportan un conocimiento sobre

el desarrollo humano y social de las infancias residentes en el país desde un enfoque de derechos humanos. Se compartirán en este escrito brevemente algunos indicadores relevados en el informe del año 2022, principalmente en las dimensiones de derechos a la estimulación y socialización y al acceso a la información.

En dicho informe Tuñón *et al.* (2022), señalaban importantes retrocesos asociados a la crisis sanitaria, social y económica del ASPO-COVID-19 que afectaron de modo particular a NNyA. Por ejemplo, respecto a la exposición del/a niño/a a la estimulación a través de la palabra, muestran un fuerte deterioro en este indicador, donde cerca de un 50% de niños/as entre 0 y 8 años en 2020 no fueron receptores de cuentos ni narraciones orales, cayendo apenas al 48% en 2021.

Respecto al Derecho a la información, el informe indicaba que en el 2021, 7 de cada 10 NNyA no tenían una biblioteca con libros en su hogar, afectando mayormente a las infancias y adolescencias más vulnerables, siendo un fenómeno que guarda correlación en los procesos de alfabetización y con el aumento del déficit en la estimulación a través de la palabra.

En cuanto a los indicadores de crianza y socialización, referían que producto del rol que los padres ad-

quirieron en la educación de sus hijos/as por las necesidades surgidas durante el ASPO-DISPO, muchas actividades lúdicas, de estimulación a través de cuentos y canciones, así como actividades entre pares en los hogares y en otros espacios, disminuyeron ante las demandas escolares en el espacio familiar.

Por su parte el comportamiento sedentario frente a pantallas (más de dos horas diarias) en el marco del ASPO COVID-19, se incrementó al 69,9%, producto de la suspensión de clases presenciales y la continuidad escolar de forma virtual. Durante la DISPO no se produjo el descenso esperado, probablemente porque el regreso a las aulas fue dispar en el territorio y según estrato social.

En relación al déficit de comportamiento lector de textos impresos, se registró un incremento en el año 2020 del 67,1% de los NNyA.

Con lo dicho, queda evidenciada la importancia de la creación de espacios de acompañamiento para los NNyA y sus cuidadores, donde se busca disminuir la brecha existente con relación al acceso a los libros, a las experiencias de lectura y a las narraciones orales, además de mitigar los efectos que la pandemia por COVID-19 ha dejado. También se observó que estos

indicadores son concordantes con las problemáticas informadas por los/as usuarios/as que consultaban en el CSM1.

El Manifiesto de la UNESCO (1994), proclama a la biblioteca pública “como fuerza viva para la educación, la cultura y la información y como un agente esencial para el fomento de la paz y los valores espirituales en la mente del ser humano” (p. 1), considerándola un centro local de información que facilita a sus usuarios/as toda la clase de conocimiento e información, y que sus servicios se prestan sobre la base de la igualdad de acceso a todas las personas independientemente de su edad, raza, sexo, religión, nacionalidad, idioma o condición social.

Este dispositivo buscó articular la educación y la cultura con la salud mental donde la población general pudo beneficiarse con esta iniciativa. La misma, no estaba restringida sólo a los/las “pacientes” usuarios/as de los servicios, sino que buscó crear puentes entre el CSM1 y la comunidad, construyendo una red con otras instituciones y espacios, disminuyendo así la brecha en el acceso.

Construcción e implementación del dispositivo

Los orígenes

En la dirección como jefe de Unidad del Dr. Horacio Rodríguez O'Connor se empezó a gestar la propuesta de la biblioteca infanto juvenil en el CSM1, pero ésta se termina de consolidar en el año 2022 en la actual dirección como Jefa de Unidad de la Lic. Patricia Álvarez Zunino.

En el año 2021 se recibió una donación del Ministerio de Educación de la Nación, del Rotary Club de Barrancas, de reconocidos/as escritores/as, de profesionales, usuarios/as y de otros/as miembros de la comunidad, llegando a un total de 1,100 libros en octubre de 2023.

La biblioteca se construyó en un consultorio cercano a la sala de espera del primer piso contiguo a los pasillos de distribución hacia los consultorios. La organización, sistematización del material recibido y la decoración del espacio estuvo a cargo de varios/as profesionales de la institución.

Los libros se clasificaron por rangos etarios pero asignándoles colores para que el acceso a ellos no estuviera condicionado por la edad y o por el proceso de lectoescritura de cada NNyA, buscando así una referencia general que facilite la libre exploración. El 24 de agosto de 2022 se inauguró la biblioteca, en un acto

donde participaron trabajadores/as del CSM1, usuarios/as, autoridades e invitados/as de instituciones que articulan con el centro. En diciembre del mismo año, se sumó al espacio una psicóloga concurrente y junto con ella se siguieron realizando las actividades.

Modalidad de trabajo

Con relación a los talleres se tomó la propuesta de Pitluk y Origlio (2007), quienes refieren que:

(...) el taller se plasma especialmente en propuestas de trabajo en pequeños grupos que permiten una participación más activa de todos los involucrados y favorecen el intercambio, la interacción y la posibilidad de un trabajo compartido, sin perder de vista la importancia de compartir lo producido en cada subgrupo y vivenciar momentos personales, desde la idea de que cada individuo se enriquece con los aportes de los otros y la producción grupal se conforma con la participación valorada de todos sus integrantes. (p. 17)

Por las posibilidades de los participantes (distancia y disponibilidad horaria), se decidió realizar grupos abiertos de NNyA de diferentes edades trabajando con los emergentes que surgían. Esta forma de acompañar posibilitó que cada NNyA marcara la ruta de la intervención y no que fuera al revés, desde la considera-

ción y mirada del/la profesional. Para Alicia Stolkiner (1987), la Prevención en Salud Mental es un desanudamiento de situaciones problema, modalidad coherente con la “*concepción participativa integral en salud*”, donde la construcción del conocimiento es permanente y se da en la acción.

Las acciones preventivas buscan facilitar procesos en los cuales se develan conflictos y problemas a elaborar y cuyo objetivo es lograr que las poblaciones afectadas puedan operar en la transformación de situaciones generadoras de malestar. Las diferentes propuestas de lectura y juego estuvieron al servicio de la circulación de estos emergentes, favoreciendo la escenificación de aspectos ligados a los sufrimientos, modos de vida, intereses, proyectos, deseos y anhelos; siendo los/las asistentes participantes principales en delinear el camino para la transformación de sus padecimientos.

En principio concurrieron NNyA derivados de equipos de la institución y luego se sumaron quienes venían a las admisiones, o que estaban en la sala de espera o eran derivados/as al dispositivo por otros efectores que articulaban con el CSM1, o hermanos/as y amigos/as de los/as participantes.

Fue así como paulatinamente el espacio de la biblio-

teca armó red y fue transformándose con los dibujos y manualidades que cada participante dejaba como marca, recuerdo, regalo o bajo nuestro cuidado. Las actividades comenzaron a realizarse dentro de la biblioteca, en la sala de espera, y a veces en los pasillos o en el marco de la puerta con NNyA que tenían dificultades para ingresar al espacio.

Celebramos además fechas conmemorativas en otros lugares de la institución. Para Claudia Bang (2010), las acciones de Promoción de la Salud Mental Comunitaria serían aquellas que favorecen la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios. Refiere además la importancia de la participación de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, generando condiciones propicias para la toma de decisiones de forma autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados. Se observó que la biblioteca se convirtió en un lugar de encuentro y construcción de nuevos lazos sociales entre NNyA y un lugar de referencia para otros/as usuarios/as que si bien no participaban de los talleres, traían sus donaciones, o la recomendaban a personas de su comunidad, y ofrecían sus servicios para leer y narrar cuentos.

El sistema de préstamo e inscripción como socio/a

Para el sistema de préstamo de los libros se confeccionó una ficha de inscripción y un carnet de socio/a. Respecto a la ficha: 1) la llenaba cada NNyA acompañado/a por el/la adulto/a referente del cuidado. 2) Incluía datos personales, los intereses del/a participante, si leen y escriben, si les leen o les cuentan historias, si ellos/as cuentan historias y si conocían otras bibliotecas. 3) Tenía además un apartado dirigido al adulto/a responsable que incluía sus datos personales y tipo de vínculo. 4) Al finalizar, el/la niño/a o adolescente firmaba y luego el/la adulto/a referente del cuidado. Algo que parece tan simple como el llenado de una ficha, era un momento de múltiples asociaciones y emergentes, muchos participantes preguntaban qué es una firma o exploraban posibilidades de firmas con su nombre; y a otros los/las ayudábamos a aprender a escribirlo. Con algunos adultos/as referentes sucedió que al momento de solicitarles firmar comentaban “no soy el adulto responsable”, “soy un adulto medio responsable”, generando una situación que se intervino trabajando la dificultad para ubicarse como responsable del cuidado de ese niño/a o adolescente.

Por otra parte, los carnets tenían datos personales, un espacio para la foto y la firma del socio/a, representando no solo la inscripción a la biblioteca, sino un acto concreto de pertenecer a un lugar que devuel-

ve identidad. El hecho de firmar permitió leer lo que sucedía con el nombre propio y con la representación de la responsabilidad de inscribirse y prestar un libro, dejando la firma como garantía de ese acuerdo y donde el/la adulto/a responsable acompañaba ese acto. Se trabajó también con la devolución (o no) de los libros, con el estado de entrega y el tiempo en que los mismos eran devueltos. También con los límites sobre las ganas de llevarse más libros de los permitidos, el cuidarlos y no rayarlos para que otros/as participantes puedan disfrutarlos, así como el respeto y la convivencia con los demás en el espacio y el uso responsable de pantallas.

La mirada clínica formó parte de la impronta de la biblioteca Infanto Juvenil del CSM1 y esto marca la diferencia con otras bibliotecas. Se buscó trabajar con un encuadre claro, con el vínculo, los emergentes como asociaciones, la transferencia de los participantes de los talleres con los/las profesionales a cargo de las actividades, con el dispositivo y la institución; y se trabajó interdisciplinariamente con otros/as profesionales y lugares con los que se articulaban las intervenciones.

Gianni Rodari (1999) hace una analogía con lo que sucede cuando al tirar una piedra en un estanque se generan ondas concéntricas que se extienden sobre la superficie generando diversos efectos, para decir que:

(...) de la misma manera una palabra, lanzada a la mente por azar, produce ondas superficiales y profundas, provoca una serie infinita de reacciones en cadena, que involucran en su caída sonidos e imágenes; analogías y recuerdos; significados y sueños, en un movimiento que tiene que ver con la experiencia y la memoria; la fantasía y el inconsciente, y que se complica por el hecho de que la mente misma no asiste pasiva a la representación, sino que interviene en ella continuamente, para aceptar y rechazar, relacionar y censurar, construir y destruir. (p. 18)

Nuestro trabajo fue acompañar los efectos que los libros, las historias, los personajes, las imágenes, y los encuentros con otros/as producían en los participantes; en un rol de “mediador de la lectura” que desde la articulación entre salud mental y literatura, implica ofrecerse como un otro interlocutor que brinda el sostén de un espacio para explorar el mundo interno y pensar el vínculo con los demás y con las demandas del entorno.

Para Laura Devetach (2008) el acercamiento a un texto literario pone en juego procesos mentales, emocionales y vivencias que no se relacionan precisamente con la literatura y el texto escrito. Por eso refiere que “tal vez la mejor estrategia para quienes pretendemos

hacer leer a niños o adultos, sea tener en cuenta este caudal propio, que determina la dirección de nuestros pasos hacia la lectura y la escritura” (p. 81).

Por lo general, se representa a la biblioteca como un lugar para que los/as niños/as ejerciten la lectura y mejoren las habilidades de la lectoescritura, olvidando la importancia de la libre exploración y el encuentro con lo literario a través del texto escrito, la narración, “lo que se lee” en las imágenes, en la voz y gestualidad de quien lo cuenta, y en la presencia de quien sostiene esta experiencia literaria.

Reflexiones finales

La Biblioteca Pública Infanto Juvenil y Adultos Responsables de la Crianza, posibilitó: 1) promover en el CSM1 espacios de promoción de la salud mental, brindando intervenciones centradas en el desarrollo integral de NNyA y sus familias con libre acceso, buscando mantener abiertas las puertas de la institución para seguir trabajando en las representaciones que tienen los/as usuarios/as sobre la salud mental heredadas de las prácticas hegemónicas. 2) Dio respuesta a diversas situaciones institucionales como poder acompañar a NNyA que estaban en lista de espera, detectándose situaciones que ameritaban una pronta atención. 3) Per-

mitió que los/as adultos/as cuidadores que necesitaban concurrir a la institución con niños/as o adolescentes pudieran dejarlos en un espacio de cuidado favoreciendo la asistencia a sus espacios de tratamiento. 4) Permitió que estudiantes de grado y profesionales pudieran formarse allí. 5) Además se convirtió en un dispositivo transversal a los diferentes equipos y traspasó las puertas de la institución para extenderse hacia la comunidad.

Referencias Bibliográficas

Bang, C. (2010). La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. En *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación, Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. (pp. 241–244). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Devetach, L. (2008). *La construcción del camino lector*. Editorial Comunicarte.

Noseda, C. (2018). CENTRO N°1. Apuntes para una historia (50 años después). *50 años de historia. Prácticas e intervenciones. Revista Narraciones*, 2(3), 66–69.

Pitluk, L., y Origlio, F. (2007). *Talleres para niños*.

Fundamentos y propuestas. Editorial Hola Chicos.

Reyes, Y. (2020). *La casa imaginaria. Lectura y literatura en la primera infancia*. Editorial Panamericana.

Rodari, G. (1999). *Gramática de la fantasía. Introducción al arte de contar historias*. Panamericana Editorial.

Stolkiner, A. (1987). Prevención en salud mental: Normativización o desanudamiento de situaciones problema. *4to Congreso Metropolitano de Psicología*. Buenos Aires.

Tuñón, I. (2022). Condiciones de vida y desarrollo de la infancia: continuidades y rupturas en la salida de la pandemia (con la colaboración de N. García Balus, J. Inda & V. Passone). *Documento Estadístico #01-2022. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Serie Agenda para la Equidad (2017–2025)*, 25–26, 81–91, 103–114. Universidad Católica Argentina. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/14391>

UNESCO. (1994). *Manifiesto de la UNESCO sobre la biblioteca pública*.

UNICEF. (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño*. 20 de noviembre de 1989.

Notas

1. Parte de la coordinación de la “Biblioteca Pública Infanto-Juvenil y Adultos Responsables de la Crianza” se realizó en el marco de una “Beca de Capacitación/Salud Pública de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud del GCABA” (Nov 2022 – Dic 2023)



Balance público del cumplimiento del Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027

CALMELS, Julieta.

Subsecretaria de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud de Provincia de Buenos Aires

Lic. en psicología, UBA. Actual subsecretaria de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y las Violencias en el Ámbito de la Salud de la provincia de Buenos Aires, desde donde promueve la consolidación de dispositivos de salud mental con perspectiva de derechos. Docente. Ex directora del Centro Ulloa de asistencia a víctimas del Terrorismo de Estado, y violaciones de Derechos Humanos perteneciente a la Secretaría de Derechos Humanos de Nación. Fue Asesora de la Cámara de Diputados y la Cámara de Senadores de la Nación en temas de Salud, Derechos Humanos y Género. Supervisó la Dirección de Orientación, Acompañamiento y Protección a Víctimas (DOVIC) del Ministerio Público Fiscal. Fue directora y actualmente es docente en la diplomatura de Salud Mental y Derechos Humanos de la Universidad de José C. Paz y de la Asociación Civil Enclaves. Investigadora y docente

en temas de Infancias, Niñez y Derechos de la Facultad de Psicología UBA. Entre sus numerosas publicaciones se destacan: Las dimensiones del trauma: reflexiones desde la experiencia argentina (2023), que explora el impacto del terrorismo de Estado desde una perspectiva psicológica y de derechos humanos; Entramar lo humano ante los goces de la crueldad (2024) y, en coautoría, Trabajos de subjetivación en torno a la última dictadura (2019). Es también coautora de La reforma bonaerense en salud mental (2023), un documento clave que detalla los avances y desafíos en la implementación de políticas públicas de salud mental en la provincia de Buenos Aires, y del sistema de atención, cuidados y abordaje de los consumos en el marco del proceso de transformación institucional en la provincia de Buenos Aires.

Cómo citar: Calmels, J. (2025). Balance público del cumplimiento del Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 239-254

Introducción

En este artículo buscamos presentar un balance público sobre el grado de cumplimiento del **Plan Provincial de Salud Mental 2022-2027**, instrumento central de ordenamiento de la reforma bonaerense en salud mental, en lo que hace la transformación del sistema de atención con base en la comunidad, integral y desde una perspectiva de derechos humanos. Hace muy poco realizamos una primera exposición de este balance junto al Gobernador Axel Kicillof y al Ministro de Salud Nicolás Kreplak, en un ámbito que, desde hace seis años, se consolidó como un espacio colectivo de síntesis, debate y seguimiento de la reforma: las Jornadas Provinciales de Salud Mental y Consumos Problemáticos. En esta ocasión, se trató de las VI Jornadas, realizadas el 9 de octubre de 2025 bajo el lema *Ante la complejidad actual, organizar la salud*.

Lo cierto es que, a casi cuatro años del lanzamiento del Plan y a dos años de la fecha límite para su finalización, **nos encontramos muy cerca de alcanzar el 100% de sus objetivos**. Ello da cuenta de la enorme capacidad de trabajo de los equipos de salud, de la voluntad política sostenida para avanzar en una dirección definida y, también, de la profunda vacancia histórica en materia de transformación del sistema de salud

mental. Pero, sobre todo, demuestra que es posible implementar políticas públicas de gran alcance y transformadoras cuando existen planificación, trabajo colectivo y decisión política sostenida con inversión económica que la respalda.

Cabe destacar, además, que el Plan fue diseñado en un escenario sanitario muy diferente al actual: el aumento exponencial de los padecimientos en salud mental, visible hoy en toda la provincia y a nivel nacional (y global), no formaba parte del diagnóstico inicial al momento de su elaboración. Por ello, si miramos desde el presente, creemos que su cumplimiento representa un logro aún mayor, ya que permitió afrontar la crisis de salud mental más significativa de los últimos tiempos. Sin embargo, esta nueva realidad exige profundizar lo realizado y proyectar una nueva etapa. Por ello, durante el próximo año iniciaremos la formulación del nuevo Plan Provincial de Salud Mental 2026-2030, orientado a responder a los desafíos actuales, incluso en un contexto nacional crítico que explica en parte el crecimiento de estos padecimientos.

Como señalamos, el Plan debe leerse en el marco de la Reforma Bonaerense de Salud Mental en su conjunto. Esta reforma se sostiene en un método de trabajo que promueve encuentros regulares entre equipos, espacios

de discusión, intercambio de experiencias y construcción colectiva del rumbo a seguir. Congresos Provinciales de Salud (COSAPRO), Jornadas Provinciales de Salud Mental, Jornadas de Residentes, reuniones por Regiones Sanitarias y los Consejos Regionales (CORE-SA) constituyen instancias que no son accesorias, sino estructurales para consolidar una identidad provincial común, actualizar prácticas e impulsar una transformación profunda. Son estos espacios los que permiten mover “cimientos visibles e invisibles” del sistema, crear nuevas institucionalidades, lenguajes, prácticas y sentidos que orientan el proceso de transformación.

La reforma también cuenta con instrumentos programáticos que ordenan la acción. El Plan Provincial de Salud Mental cumple esta función: define objetivos, líneas de acción, metas, plazos y ejes conceptuales que orientan todo el proceso. De él se desprenden programas específicos, guías técnicas e intervenciones concretas para cada uno de los niveles del sistema. Desde una perspectiva histórica, es importante señalar que el Plan no se elaboró al inicio de la gestión, sino tras dos años de trabajo territorial y diagnóstico profundo. Como sostiene nuestro Gobernador, *“no se puede transformar lo que no se conoce y no se ama”*. Solo después de conocer el sistema en su complejidad, sus problemas, sus resistencias y sus potencias, se elaboró el Plan, partiendo de

una propuesta elaborada desde la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, que luego fue enriquecida mediante rondas de consultas con cada uno de los sectores y áreas involucrados.

La decisión fue plantear un plan con altas expectativas y a la vez concreto, capaz de ser realizado. Su implementación exigió decisiones presupuestarias, normativas y organizacionales, entre ellas la transformación de los hospitales neuropsiquiátricos, el desarrollo de nuevos dispositivos comunitarios y el fortalecimiento de todas las líneas estratégicas de la reforma. A casi seis años del inicio de la Reforma Bonaerense de Salud Mental y a cuatro de la puesta en marcha del Plan como herramienta ordenadora, hemos comprobado que transformar el sistema de salud mental es posible, aun cuando queda mucho por hacer. La experiencia acumulada, los logros alcanzados y la fuerza colectiva construida nos permiten avanzar hacia la próxima etapa con mayor claridad, empuje y compromiso.

El Plan Provincial Integral de Salud Mental, propiamente

El Plan Provincial Integral de Salud Mental fue presentado públicamente en la Jornada Provincial de Salud

Mental del año 2022. Hoy podemos decir con orgullo que se ha cumplido el 92.3% de las metas propuestas, un logro colectivo que nos impulsa a adelantar la elaboración del próximo plan 2026-2030, en articulación con el segundo Plan Quinquenal de Salud. En palabras del Ministro de Salud, Nicolás Kreplak:

La integración del sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires, que nos hemos trazado como meta, implica entre muchas otras cosas la firme decisión de la integración de la salud mental a la salud en lo que hace a su definición política, comprensión problemática y organización de respuestas frente a las demandas y necesidades de nuestro pueblo. Así lo entendimos desde el primer día, siendo el primer e indispensable paso, la jerarquización dada en el Ministerio de Salud de la Provincia a la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública. Para nosotros, “no hay salud sin salud mental” no es una frase vacía.¹

Y no hay salud mental sin acceso efectivo al cumplimiento de los derechos humanos para todas las personas. Siguiendo así parte de las enseñanzas de Emiliano Galende acerca de que “el sufrimiento mental es parte de un campo social amplio [y que se debe tomar en consideración la] relación entre los problemas del

sufrimiento con las condiciones sociales [de su producción].²

Contexto general

Hay un conjunto de variables que inciden en el aumento significativo de los padecimientos en la esfera de la salud mental. Un motivo es global y tiene que ver con las condiciones del capitalismo actual, las tecnologías y un conjunto de determinantes sociales que están incidiendo. Luego de la Pandemia que impactó de un modo que aún hoy estamos comprendiendo y a la vez procurando elaborar sus efectos, su impacto, de un modo colectivo además de singular.

Pero en Argentina, además, se suman un conjunto de determinantes sociales vinculadas a la situación económica y social, que están incidiendo fuertemente en un empeoramiento de las condiciones de vida de nuestro pueblo, y en su salud mental muy particularmente también.

Asimismo, este proceso se desarrolla en un contexto nacional cada vez más complejo. La retirada del Estado Nacional y la crisis económica profundizan el malestar psíquico, incrementando la demanda sobre el sistema público. Estudios recientes —como el de la UCA y los informes

de la OMS 2025— muestran un aumento sostenido de los padecimientos mentales, sobre todo en poblaciones empobrecidas, mujeres, personas mayores y con enfermedades crónicas.

A esto se suma la interrupción de programas nacionales —como Salud Mental-REMEDIAR, DADSE, o el COFESAMA—, que implicaron una pérdida de más de 55 mil millones de pesos en inversión.

A nivel país, a partir del análisis de información brindada por más de 40 hospitales de diferentes provincias³, se desprende un marcado y progresivo aumento de las internaciones por motivos de salud mental: comparando los años 2019 (pre-pandemia) y el año 2025 en curso, muestra un incremento de un 77% de internaciones por salud mental y consumos en el sistema público y más de un 100% en el mismo período de las consultas ambulatorias y guardias.⁴

En la provincia de Buenos Aires, entre 2019 y 2024 las internaciones por motivos de salud mental y consumos en hospitales públicos aumentaron 60,9%, pasando de 28.451 a 45.785. La necesidad de internación de niños, niñas y adolescentes (NNyA) creció 13,4% solo en el último año lo que podría estar evidenciando crisis vitales significativas en esa población.

El sistema público, ya debilitado por el desfinanciamiento nacional, debe afrontar un escenario complejo atravesado además por la retención de fondos coparticipables a las provincias por parte del Gobierno Nacional y que servía para financiar entre otras cosas la salud. En 2024, la coparticipación cayó un 10% en términos reales y las transferencias no automáticas se redujeron un 78,16% respecto de 2023.⁵

Se observa un aumento de pedidos de atención (entre un 12 y 20%) en el subsector público por la pérdida de empleo, la disminución de la cobertura de obras sociales y el abandono de la medicina prepaga por el aumento de precios.

Frente a ese vacío, la Provincia asumió la responsabilidad y reforzó su compromiso con una salud mental pública, comunitaria y con perspectiva de derechos.

El proceso de reforma en el que se inscribe el Plan Provincial Integral de Salud Mental

La reforma bonaerense en salud mental, iniciada en 2019, tiene como eje el paso del modelo asilar manicomial hacia un modelo comunitario y de derechos humanos, articulado con otros ministerios y políticas social-comunitarias.

El presupuesto en salud mental alcanzó el 7% del total del Ministerio de Salud, y un tercio de la inversión proviene de otras áreas como Infraestructura, Hábitat, Cultura y Desarrollo de la Comunidad, entre otras.

Este proceso ha sido reconocido internacionalmente por la ONU ⁶, la OMS ⁷ y la revista The Lancet (Barcala, 2025) como un ejemplo de reforma sanitaria integral.

Con esta reforma nos proponemos poner en primer plano la ineludible necesidad de compromiso del Estado, y el Sistema de Salud en su conjunto, en la gestión de los cuidados y los apoyos para la vida en la comunidad. Poniendo una vez más en cuestión la creencia de que se debe luchar contra la llamada *enfermedad mental* y suprimir los síntomas -que es en lo que consiste la atención asilar- y ordenar todos los esfuerzos en la recuperación de la condición de persona con igualdad de derechos ante la Ley, para todas las personas con padecimiento mental. En palabras del propio Galende, se trata de recuperar la *complejidad* de la existencia humana que demanda, para hacer efectivos los cuidados y los apoyos, articulando en las prácticas de atención una visión acerca de esta *complejidad*, en la que lo biológico, lo social, lo cultural y lo psicológico están integrados en la persona y deben formar parte del proceso de atención

(Kraut y Galende, 2014).

Algunos de los ejes centrales de la reforma pueden sintetizarse así:

- El **proceso de desmanicomialización**, con un movimiento doble de apertura y transformación de los hospitales a las comunidades a la vez que de cierre progresivo de salas de larga estadía y externación de la población que permanecía internada sin criterio clínico. Se prohibió el ingreso y reingreso de pacientes a salas de crónicos, se creó el programa “Buenos Aires libre de manicomios”, se elaboró un plan para cada uno de los 4 manicomios con metas y plazos hasta su sustitución definitiva y comenzó un proceso regular de monitoreo. Al momento logramos cerrar el 50% de los pabellones de larga estadía ó crónicos (18 de los 35 existentes sustituyéndolos por servicios generales de salud, centros de día, polos educativos y deportivos, espacios de memoria etc.) y externar al 65% de la población crónica internada.
- Creación de un **sistema de apoyo e inclusión en comunidad** con 220 viviendas (con

apoyos bajos, medios e intensos) acompañadas por personal de salud donde viven hoy más de 500 personas que estuvieron internadas en manicomios provinciales. Ello se logra por medio de programas que hacen el apoyo a las casas, de un subsidio para la externación que brinda el Ministerio de Desarrollo de la Comunidad y la garantía del Banco de la provincia para alquilar. Mientras avanzamos en construir 40 casas que quedarán al Ministerio de Salud.

- Las **internaciones en hospitales generales**, pasamos de internar en solo 11 hospitales a internar en todos los hospitales provinciales, con una fuerte incorporación de recurso humano de más de 400 trabajadores, algunas reformas edilicias y varias en curso, y con una profunda redefinición del espacio y la función del hospital general y la atención de las crisis y urgencias. No se han cerrado las salas de agudos de los manicomios, lo cual significa que lo hecho en hospitales generales es una franca ampliación del sistema con un incremento en un 68,9% más de camas, en un contexto en que se incrementó la demanda.
- Reformas en la **regulación de instituciones privadas**. Se establecieron normativas para la habilitación, fiscalización y regulación de instituciones privadas de salud mental y consumos ya que la norma vigente era de 1968, iniciando una tarea inédita de adecuación del sector privado a la LNSM y denunciando y cerrando lugares clandestinos de vulneración de derechos.
- **Dispositivos de base comunitaria**. Promovimos la apertura de 30 centros comunitarios de salud mental y consumos problemáticos, con un perfilamiento de dispositivos intermedios con redes de derivación del 1º nivel y hospitalaria. Y actualmente, luego de más de un siglo y medio que la provincia no ejecutaba obra pública en salud mental, estamos inaugurando 14 nuevos centros -con una inversión de 10.600 millones-, dos de los cuales son “unidades residenciales para personas con problemáticas de consumo”, un tipo de dispositivo que urge ampliar y gestionar también por el estado
- **Trabajadores/as**. Se **amplió más de un 37% la planta** total en todos los ámbitos de

trabajo, así como una fuerte política de capacitación por medio diplomaturas, cursos y seminarios de temas claves: urgencias, enfermería, consumos, tecnologías, grupos, infancias y juventudes, desmanicomialización, etc. Alcanzó a más de 22.000 trabajadoras/es desde la Escuela de Gobierno en Salud “Floreal Ferrara”, a lo que se suman los Congresos Provinciales de Salud (COSAPRO) y las Jornadas Provinciales de Salud Mental. Se han producido guías y protocolos de temas claves y capacitaciones situadas para ello.

- **Infancias y Juventudes.** Dos programas destinados a trabajar en asistencia y prevención. Uno de ellos en escuelas secundarias que ya alcanzó a $\frac{1}{4}$ de millón de jóvenes y logró que se brinde asistencia en un 80% de la red provincial a menores de 18 años.

Principales avances del Plan 2022–2027

En el año 2022 presentamos el “Plan Provincial Integral de Salud Mental de la provincia de Buenos Aires, 2022-2027” (PPISM), un hito histórico que impulsó la reforma sanitaria y se tradujo en hechos que se fueron concretando para la construcción de un sistema de sa-

lud mental con diferentes niveles de complejidad, dispositivos comunitarios con diversidad en las modalidades de abordaje y políticas de integración.

Este balance presenta los logros y avances del PPISM promediando el cuarto año desde su elaboración, lo que nos lleva a un hecho inédito: el cumplimiento de más del 90% de lo planificado, casi 2 años antes de los plazos previstos.

Eje 1. Salud mental con base en las comunidades y construcción de redes en salud

La consolidación de un sistema de salud mental con base en las comunidades implica una reformulación del sistema de salud, alternativo a las lógicas hospitalocéntricas, y la creación y fortalecimiento de una red de dispositivos entramados que se organice para garantizar los cuidados y la continuidad de los mismos, y con ello revierta la histórica fragmentación de nuestro sistema de salud. Promoviendo la reorganización y redefinición de las prácticas de los equipos de salud de los distintos componentes del sistema que contemple las tramas comunitarias así como los distintos saberes construidos y, finalmente, un modelo de atención que tenga como centro las necesidades de las personas con padecimiento mental y/o consumos problemáticos para que sean

atendidas en el seno de sus propias comunidades. Y comprendiendo que la internación es un dispositivo clínico más, siempre un recurso que debe articularse con otras estrategias y dispositivos ambulatorios que garanticen el proceso de continuidad de cuidados.⁸

En este sentido se avanzó con la creación de:

- 32 Centros Comunitarios de Salud Mental (94% de la meta).
 - 6 Equipos Móviles de Enlace Comunitario (67%).
- Cumplimiento total: 80,5%

Eje 2. Salud mental en los hospitales generales y urgencias en salud mental y consumos

Resultaba imperativo el desarrollo de servicios y dispositivos de salud mental en hospitales generales, ya que, al inicio de la gestión de este gobierno (diciembre de 2019), la provincia de Buenos Aires sólo contaba con once hospitales generales con guardia de salud mental. Ello implicó el desencadenamiento de procesos de trabajo en los hospitales generales vinculados a sus obligaciones primarias y su modelo de atención: planificación estratégica de ingreso de recursos humanos, adecuación edilicia, procesos formativos para el con-

junto de las y los trabajadores, compras de medicamentos/psicofármacos para la atención, jerarquización de los servicios en aquellas instituciones que en la actualidad se inscriben como áreas o unidades, integración de los servicios y áreas de salud mental al resto de servicios pertenecientes a los hospitales generales. Se trata de un cambio de cultura institucional y del lugar de la salud mental en el sistema de salud que requiere ser trabajado en diferentes dimensiones simultáneamente.

De igual modo, incluir el trabajo de los hospitales en el armado de redes locales por área programática o de referencia, lo que posibilita abrir los hospitales a la comunidad así como mejorar los procesos de referencia y contrarreferencia que garanticen los abordajes con continuidad de cuidados.

Esta estrategia contribuye a que los equipos trabajen desde una mirada integral e intersectorial reduciendo los tiempos de internación y facilitando la inclusión sociocomunitaria. Finalmente los episodios que constituyen urgencias en salud mental, muchas veces requieren intervenciones previas que no se producen en territorio hospitalario. Por ello resulta clave el rol de los equipos móviles de salud mental y consumos, así como el rol de los equipos municipales de urgencias en salud mental y/o de emergencias en salud que asistan tam-

bién situaciones que se dan por dichos motivos. Ello para promover una intervención oportuna y orientada con enfoque de derechos y capacidad clínica específica para ponderar riesgo y orientar circuitos de cuidado, evitar internaciones que puedan ser atendidas en domicilio y/o con otros recursos o sistemas de apoyo familiares o comunitarios, para acompañar familias y/o personas que por diferentes motivos tienen limitantes para acudir a los espacios de atención y/o límites para sortear las barreras de acceso al sistema, y para dinamizar enlaces entre actores institucionales.⁹

En función de este Eje, pudo garantizarse que:

- Todos los hospitales provinciales cuentan con atención e internaciones por motivos de salud mental.
- Adecuaciones edilicias (en salas de agudos de hospitales monovalentes) y formación en urgencias en todos el sistema de salud completadas casi al 100%.
→ Cumplimiento total: 87,2%

Eje 3. Proceso de adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos, hacia una provincia libre de manicomios

Construir una provincia de Buenos Aires Libre de Manicomios implicó llevar adelante acciones que exceden la adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental. Este cambio resulta una pieza estratégica dentro de una transformación más global y profunda, que involucra al modelo de atención en salud mental. Conlleva la necesidad de trabajar sobre representaciones y prácticas instituidas en una lógica de sistema, reorganizando la función de cada uno de sus componentes.

Implica también la creación de nuevos dispositivos de atención y cuidados y la construcción de un sistema solidario, en donde los hospitales neuropsiquiátricos dejen de tener un rol preponderante, y los dispositivos con base en las comunidades, incluyendo los hospitales generales, ocupen la centralidad del mismo, poniendo el eje en las trayectorias y necesidades de las personas con padecimientos en salud mental.¹⁰

A la fecha se ha logrado que:

- 1.143 personas externadas del sector de larga estadía.

- 220 casas en la comunidad, con 624 personas viviendo con apoyos.
→ Cumplimiento total: 98,8%

Eje 4. Monitoreo, fiscalización y habilitación de dispositivos de salud mental y consumos problemáticos sector privado

Para acompañar la transformación institucional y el modelo de atención de salud/salud mental de la provincia de Buenos Aires, resultaba indispensable contar con normas -con las que no se contaba- que permitieran la habilitación, regulación y fiscalización de efectores existentes y a crearse. Las políticas de monitoreo y fiscalización son indispensables para establecer diagnósticos de base e ir evaluando avances, dificultades y necesidades.

También permiten instalar mejoras y elevar los estándares de calidad. La medición de estos procesos debe monitorear las instituciones contemplando dimensiones clínicas y sociodemográficas, el acceso y garantía a derechos y el cumplimiento de estándares previstos en la Ley 26.657, la ley de adhesión provincial y en tratados internacionales de derechos humanos.¹¹

En este sentido se avanzó en:

- Creación de nueva norma de habilitación (100%).
- 218 instituciones en proceso de adecuación.
→ Cumplimiento total: 84,5%

Eje 5. Acceso de uso racional de psicofármacos

Un diagnóstico situacional acerca del uso y consumo de psicofármacos mostró que un importante número de personas no accedía a ellos, mientras que otras los utilizaban de forma excesiva o inadecuada. Lo que generaba consecuencias perjudiciales para las personas, las comunidades y el sistema de salud, produciendo un aumento de situaciones de urgencia y una demanda de atención excesiva y evitable en los dispositivos de atención y cuidados en salud mental. Por otro lado, la medicalización de los padecimientos mentales y/o de los consumos problemáticos es uno de los emergentes de la falta de acceso a una atención sanitaria integral y de calidad, que muchas veces se expresa por la ausencia de criterios clínicos, científicos y éticos. Por ello resultó fundamental el armado de una política de medicamentos que pudiera relevar las necesidades de los efectores de la red provincial de atención, incluyendo en el mismo los efectores del primer nivel de atención, así como

organizar los procesos que iban desde la prescripción del medicamento hasta llegar a la persona que lo requería. Ello involucró, procesos técnico-administrativos, de compras, logísticos, de distribución y de dispensa necesariamente articulados entre sí.¹²

Al momento se ha logrado que:

- 15.500 personas cubiertas; (100%).
→ Cumplimiento total: 84%

Eje 6. Cuidado y asistencia de las infancias y juventudes

Los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNyJ) representan el 32,2 % de la población de la provincia de Buenos Aires y el 38,8 % del total de la población menor de 18 años del país. El acceso a la asistencia, los cuidados y el acompañamiento en salud mental forma parte de una agenda prioritaria y urgente, que debía incorporar no sólo la ampliación de la red de dispositivos de atención y cuidados sino una profunda transformación del modelo de atención con un fuerte eje en la territorialidad y las comunidades donde transitan su vida las infancias y juventudes. Asimismo se observó un marcado déficit en la cantidad de profesionales dedicados y/o formados en la atención de NNyJ, lo que hacía necesaria una política de articulación con los

centros de formación profesional, así como estrategias de formación en residencias hospitalarias y procesos de formación profesional continua. En igual sentido, el acompañamiento de las prácticas profesionales se tornaba otra estrategia clave para incentivar y ampliar la capacidad de atención y cuidados. Finalmente, hasta diciembre del año 2019 no existían programas o líneas de acción específicas sobre el tema.¹³

Como parte de la implementación del Plan se logró que:

- 169 dispositivos contaran con oferta de atención para NNyA.
- Cobertura superada en 20% respecto a lo previsto.
→ Cumplimiento total: 100%

Eje 7. Abordaje Integral de los consumos problemáticos

Los dispositivos de atención predominantes para el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias se han centrado en el prohibicionismo como dimensión política, y el abstencionismo como expresión sanitaria. Sin embargo, se ha demostrado que este modo de abordaje resulta reduccionista e ineficaz, al tiempo que profundiza las barreras de acceso. Como contrapartida,

comenzaron a desarrollarse experiencias alternativas con herramientas teóricas y prácticas, desde el enfoque de reducción de riesgos y daños, que configuran novedosas intervenciones en las que interactúan diversos saberes, tramas institucionales, comunitarias y territoriales. Como parte de los objetivos previstos en el Plan para este Eje, se estableció la necesidad de reducir las barreras de acceso a la atención por problemáticas vinculadas a los consumos en los hospitales generales y otros efectores de la red provincial de atención, incluyendo transversalmente la perspectiva de género; establecer abordajes alternativos basados en la estrategia de reducción de riesgos y daños y que promuevan la continuidad de cuidados; y constituir una red de trabajo con los distintos actores que intervienen en el abordaje de las personas con consumo problemático.¹⁴

- 211 dispositivos con atención en consumos.
- 2.262 trabajadores en la red y 2.000 capacitados.
- Cumplimiento total: 100%

Eje 8. Prevención del suicidio

El suicidio constituye una problemática multideterminada, con impacto en la salud pública, por las pérdidas de vidas que se producen y por sus efectos en los en-

tornos afectivos, redes de apoyo y comunidades de las que forman parte las personas que se suicidan. Si bien una mirada integral en tanto problemática emergente de lo social implica pensar y actuar más allá de lo estrictamente sanitario, para los dispositivos de atención de salud el abordaje de esta problemática trae como desafío una mayor receptividad a las manifestaciones del padecimiento por sobre las diagnósticas. Problematicar lo asistencial, abrirlo a la prevención y trabajar su incorporación por parte de las/os trabajadoras/es de la salud no especializados en salud mental son elementos básicos en la práctica cotidiana. Asimismo la noción de “cuidados y continuidad de cuidados” constituye también para este problema, un eje rector que incide tanto en un buen abordaje en salud mental como para acciones preventivas. En un mismo sentido, la ampliación de recursos en salud con base comunitaria contribuye a una mayor cercanía del sistema de salud a los territorios y a las personas que lo habitan. Como parte de los objetivos de este Eje estuvo previsto diseñar e implementar estrategias de prevención específicas e inespecíficas en relación a la problemática del suicidio, con énfasis en el rol de los medios de comunicación en el manejo de la problemática; articular las acciones de intervención en relación a la problemática del suicidio, de modo que respondan a una perspectiva de manejo integral, desde un marco intersectorial; e incrementar las intervencio-

nes de asistencia adecuadas en relación a la problemática del suicidio en jóvenes en el marco de la política provincial de salud mental y consumos y desde la lógica de cuidados y continuidad de cuidados.¹⁵

En torno a ello se logró avanzar en la creación de:

- Espacio interministerial activo y acciones en más de 43 municipios.
- Difusión de guías y formación permanente en todos los niveles.
→ Cumplimiento total: 100%

Cierre y proyección

Estos resultados expresan un proceso histórico de transformación sanitaria, sostenido por la participación de miles de trabajadores y trabajadoras en todo el territorio bonaerense.

El cumplimiento del 92% del Plan Provincial de Salud Mental nos convoca ahora a profundizar la construcción colectiva del próximo plan 2025–2028 que buscará integrar nuevos desafíos: la ampliación del primer nivel de atención, la sostenibilidad del modelo comunitario, la articulación intersectorial, la profundización de los abordajes de los consumos problemáticos,

la expansión de los sistemas de apoyo, la ampliación y fortalecimiento de las mesas locales de salud mental, la sistematización de la información sobre suicidio y planificación de apoyo local sostenido y la respuesta ante el impacto social de la crisis actual.

Porque lo que centralmente nos sigue importando es incluir la posibilidad de la intervención de las personas en la construcción de su entorno social, económico y cultural. Los procesos de subjetivación también deben ser considerados como morfo-genéticos, es decir, como creación de nuevas formas (subjetividades) cuya clave reside en las formas de vida de la propia comunidad. En los últimos 200 años la psiquiatría y la sociedad han vivido una experiencia en la que se presupone que la persona a la que se le atribuye una enfermedad mental tiene una discapacidad para vivir en la comunidad y es peligrosa, ello por la creencia en su descontrol y agresividad.

El desafío de construcción de una salud mental comunitaria es en este sentido enorme (Kraut y Galende, 2014). Este desafío es parte del proceso de transformación institucional en la provincia de Buenos Aires.

Referencias bibliográficas

Amendolaro, R. (2024). *Fundamentos del campo de la salud mental comunitaria*. Seminario del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

Barcala, A. (2025). La salud mental en Argentina en una encrucijada: repliegues y resistencia local. *The Lancet Salud Regional - Américas*, 51, 101250. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101250>

Calmels, J. y Rey, M. (2023). *La reforma bonaerense en salud mental*. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en <https://bit.ly/48vdOuH>

Galende, E. (2024) Clase del 21/03/2024. *Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLA*.

Kraut, A. y Galende, E. (2014). *El sufrimiento mental, El Poder, la Ley y los Derechos*. Lugar Editorial.

Ley Nacional de Salud Mental. Disponible en <https://bit.ly/44DG2Cb>

Fundación Soberanía Sanitaria - Asociación Civil Enclaves. (2023). *El porvenir de la vida en común*. Documental. Película completa disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=M2rKJZgzrCg>

Fundación Soberanía Sanitaria, Asociación Civil Enclaves. (2025). *Crisis de salud mental en Argentina: retrocesos, desafíos y urgencias*. Informe FSS N°91. Disponible en <https://bit.ly/44yloDA>

Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud. (2025). *Guía para el abordaje de externaciones cuidadas e inclusión sociocomunitaria de personas con padecimientos de salud mental*. Disponible en <https://bit.ly/4opWa1h>

Notas

1. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/plan-provincial-salud-mental/>

2. Galende, E. Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLA. Clase del 21/03/2024.

3. Buenos Aires, Córdoba, Formosa, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur

4. Presentación realizada en el Congreso de la Nación el 05 de agosto de 2025.

5. Fundación Soberanía Sanitaria, Asociación Civil Enclaves. *Crisis de salud mental en Argentina: retrocesos, desafíos y urgencias*. Informe FSS N°91. Agosto de 2025. Disponible en: <https://bit.ly/4rURVxW>

6. Calmels, J. D' Agostino, A. Imperiali, P. Pérez, J. Piñarelli, F. Acosta, M. Maciel, L. (2023) Presentación ante Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Organización Naciones Unidas. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/12/6_salud_mental.pdf

7. Un informe de la OMS destaca los avances en salud mental en la Provincia de Buenos Aires <https://bit.ly/3KPxSQu>

8. Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027. Disponible en: <https://bit.ly/4q5O67l>

9. Ob. Cit.

10. Ob. Cit.

11. Ob. Cit.

12. Ob. Cit.

13. Ob. Cit.

14. Ob. Cit.

15. Ob. Cit.

La salud mental en Argentina en una encrucijada: retroceso y resistencia¹

BARCALA, Alejandra.
Universidad Nacional de Lanús

Cómo citar: Barcala, A. (2025). La salud mental en Argentina en una encrucijada: retroceso y resistencia. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 255-260

Desde diciembre de 2013, Argentina atraviesa una coyuntura crítica, caracterizada por un profundo retroceso en las políticas públicas de salud, con impactos severos en el campo de la salud mental. El gobierno nacional, que se define como libertario, implementó una serie de medidas regresivas que vulneran derechos adquiridos, debilitan la capacidad estatal para garantizar el cuidado de la población y profundizan desigualdades estructurales, afectando especialmente a los sectores más vulnerables.

En el ámbito de la salud mental, este giro político amenaza con dismantelar logros históricos construidos en torno a una perspectiva de derechos humanos, intersectorialidad y abordajes comunitarios. Sin embargo, en medio de este escenario adverso, la provincia de Buenos Aires continúa sosteniendo y profundizando una de las experiencias más consistentes de reforma en salud mental en América Latina, en clave comunitaria y de derechos humanos.

El Decreto de Necesidad y Urgencia 70/2023 y la Ley Ómnibus 27.742 (Presidencia de la Nación Argentina, 2023) otorgaron poderes extraordinarios al Poder Ejecutivo sin debate parlamentario, contraviniendo principios constitucionales y compromisos internacionales en materia de derechos humanos. Este viraje no solo tiene consecuencias económicas y sociales, sino también simbólicas: implica una política deliberada de desmantelamiento del derecho colectivo a la memoria. Una política deliberada de desmantelamiento de sitios y programas destinados a preservar el recuerdo del terrorismo de Estado, busca borrar las huellas del pasado en una práctica institucional que profundiza heridas sociales y debilita la democracia (Horton, 2025).

El sector salud fue uno de los más afectados por el ajuste fiscal. Entre diciembre de 2023 y 2024, se implementaron recortes sustanciales en el presupuesto del Ministerio de Salud, lo que derivó en el cierre de direcciones clave —incluidas las de VIH/SIDA, Salud Sexual y Epidemiología— y en la disolución de programas estratégicos como el Plan ENIA y Médicos Comunitarios. En el campo de la salud mental, se profundizó la desfinanciación de dispositivos fundamentales: el Hospital Nacional Laura Bonaparte, referente público en el acompañamiento a personas con consumos problemáticos y salud mental, enfrenta un proceso de vacia-

miento y amenazas de cierre, con reducción de equipos, interrupción de prestaciones y graves dificultades para sostener tratamientos integrales. Asimismo, la eliminación de institutos nacionales y los recortes críticos en hospitales públicos han generado un preocupante desabastecimiento de medicamentos e insumos, comprometiendo la continuidad del cuidado. A ello se suma la anunciada salida de Argentina de la OMS, que refuerza el aislamiento internacional y limita el acceso a mecanismos de cooperación y vigilancia epidemiológica.

Estas medidas responden a una lógica de liberalización económica que debilita la capacidad estatal de garantizar derechos fundamentales (CEPA, 2024; Analytica Consultora, 2025). El retiro de Argentina de la Organización Mundial de la Salud (OMS) añade un riesgo significativo para la cooperación internacional y el acceso a sistemas de vigilancia epidemiológica y vacunas. Estas medidas responden a una lógica económica orientada por principios de liberalización del mercado —incluida la desregulación de precios de medicamentos—, desinversión sistemática en el sector público, precarización de las condiciones laborales y subordinación de los derechos sociales fundamentales a criterios de rentabilidad y eficiencia económica. En este contexto, la salud mental ha sido especialmente impactada. En contradicción con las recomendaciones

internacionales —incluidas las cinco áreas estratégicas reafirmadas por la OMS para transformar los sistemas de salud mental: liderazgo con enfoque en derechos, servicios comunitarios, desarrollo de recursos humanos, intervenciones centradas en las personas y abordaje de los determinantes sociales (World Health Organization, 2025)— el gobierno propuso modificar la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, reconocida en la región por promover la desinstitutionalización, la articulación intersectorial y el cuidado comunitario. Esta ofensiva se tradujo en el cierre de dispositivos territoriales, despidos de profesionales especializados, deterioro salarial, clausura de espacios de formación y un retorno a discursos biologicistas y prácticas manicomiales. La narrativa oficial vuelve a patologizar la diferencia y debilita un paradigma comunitario construido colectivamente durante más de una década. El recorte presupuestario profundiza esta crisis: en 2024, la inversión en salud mental fue del 1,82 % del gasto sanitario total; en 2025 cayó al 1,68 % (ACIJ, 2025).

Además, este deterioro se ha producido junto con un marcado aumento del malestar social y psicológico, influenciado por múltiples factores, incluidos los efectos persistentes de la pandemia de COVID-19 y determinantes sociales más amplios, como la pobreza, la desigualdad económica, la precariedad laboral, la exclusión

social y la violencia estructural. Entre abril de 2023 y abril de 2025 se notificaron 15 807 intentos de suicidio en el país —un promedio de 22 por día—, afectando especialmente a adolescentes de entre 15 y 19 años (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2025). En 2024 en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires —que concentra el 38 % de la población argentina—se registraron 45 785 internaciones por razones de salud mental, un 9 % más que en 2023 y un 63 % más que en 2019. En junio de 2025, más de la mitad de las camas de guardia en dichos hospitales públicos— estaban ocupadas por personas con cuadros de angustia, pánico, consumos problemáticos o intentos de suicidio (Moreira, 2025).

Si bien las políticas nacionales de Argentina han optado por la austeridad y el recorte presupuestario, es importante destacar que varios otros países de América Latina, como Perú, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay, han impulsado reformas inclusivas en salud mental basadas en la atención comunitaria, los derechos humanos y la colaboración intersectorial. Estos ejemplos demuestran que una transformación significativa es posible y sostenible en la región.

Frente a este escenario adverso, algunas provincias decidieron mantener e incluso profundizar políticas de

salud mental comunitarias. En particular, la provincia de Buenos Aires, continúa con una de las reformas más consistentes en América Latina, fundamentada en la inclusión social, la vida en comunidad y el enfoque de derechos humanos. Esta experiencia incluye el cierre de dispositivos de internación prolongada, la creación de programas de apoyo a la vida independiente, la ampliación de equipos territoriales y la promoción de estrategias de integración socio-laboral.

Muchos de estos avances se lograron entre 2019 y 2023, durante un período de armonización institucional entre las agendas de salud nacionales y provinciales. Desde 2023, si bien las prioridades nacionales de salud han cambiado, el gobierno provincial —reelegido para un nuevo mandato— ha mantenido su compromiso con la reforma de la salud mental. Durante la fase anterior, se cerraron 18 de los 35 pabellones psiquiátricos de larga estancia y más del 50 % de las personas institucionalizadas recibieron el alta. La cobertura de vivienda comunitaria aumentó un 138 %, los subsidios al alta aumentaron un 553 %, las camas de salud mental en los hospitales generales se expandieron un 60 % y el acceso a los psicofármacos mejoró significativamente (Barcala y Faraone, 2023). Durante 2024–2025, en contraste con el desfinanciamiento promovido por el gobierno nacional, la provincia de Buenos Aires profundizó su

política de salud mental comunitaria con una inversión sostenida. Se avanzó en la construcción de 16 Centros Comunitarios de Salud Mental y 2 Unidades Residenciales destinadas a personas con consumos problemáticos. Además, se sumaron 48 camas en Unidades de Pronta Atención (UPA) y otras 42 están proyectadas para 2025. En el proceso de desinstitutionalización, se fortaleció el modelo de externación con la incorporación de 40 nuevas viviendas, alcanzando un total de 187 casas donde grupos reducidos de personas que atravesaron internaciones prolongadas conviven con acompañamiento profesional permanente, favoreciendo su inclusión social. También se incorporaron 100 nuevos profesionales —psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales— al sistema público. Se habilitó una línea telefónica específica, se conformaron equipos interdisciplinarios de urgencias en 37 hospitales generales y se desplegaron dispositivos móviles de atención comunitaria. En el ámbito educativo, el programa “La salud mental es entre todas y todos” amplió su alcance de 93 municipios en 2023 a 112 en 2024, llegando a más de 88.000 estudiantes (Subsecretaría de Salud Mental, 2025).

Otras provincias también han avanzado de manera independiente en la construcción de un modelo de salud mental con enfoque comunitario. La Pampa, por ejemplo, impulsa una estrategia territorial que prioriza

el fortalecimiento de los equipos de salud, la formación continua y el desarrollo de dispositivos y redes integradas de cuidado.

En mayo de 2025, once provincias, convocadas por la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias de la provincia de Buenos Aires, suscribieron en el Congreso Provincial de Salud (CO-SAPRO) la “Carta por un Sistema de Salud Integrado y Fortalecido”. El acuerdo implicó el compromiso de ampliar la cobertura territorial, fortalecer los equipos interdisciplinarios y sostener el paradigma comunitario frente al repliegue del Estado nacional y al aumento sostenido de las consultas por sufrimiento psíquico, intentos de suicidio y consumos problemáticos. Esta articulación interjurisdiccional, en un contexto de ausencia de una coordinación central efectiva, expresa una tendencia creciente en América Latina: el protagonismo de los actores subnacionales como garantes de derechos sociales básicos.

La coyuntura argentina pone en tensión dos movimientos contrapuestos. Por un lado, un retroceso institucional marcado por el ajuste fiscal, la centralización autoritaria y la erosión de políticas públicas. Por otro, una resistencia activa desde territorios que reafirman la salud mental como un derecho humano, una cons-

trucción colectiva y una responsabilidad pública. Las experiencias de Buenos Aires y otras provincias no solo resisten: proyectan un horizonte posible, concreto y replicable en otros contextos del Sur Global.

Referencias bibliográficas

Presidencia de la Nación Argentina. (2023). *Decreto de Necesidad y Urgencia 70/2023: Bases para la reconstrucción de la economía argentina*. Buenos Aires, Poder Ejecutivo Nacional. Disponible en: <https://bit.ly/4oE-hZua> (Consultado 9 de julio de 2025)

Horton, R. (2025). Offline: Argentina-demanding remembrance. *Lancet*. 2025 Jan 11;405(10473):108. doi: 10.1016/S0140-6736(25)00012-1. PMID: 39798972.

Centro de Economía Política Argentina (CEPA). 2024. *La Ejecución Presupuestaria de la Administración Pública Nacional [Public Administration Budget Execution]*. Disponible en: <https://bit.ly/3KIEjVw>

Analytica Consultora. (2024). *Informe sobre ejecución del gasto primario devengado. Argentina 2024* [Report on Accrued Primary Spending Execution. Argentina 2024]

World Health Organization. (2025). New WHO guidance calls for urgent transformation of mental

health policies. Geneva. <https://bit.ly/4oyHPj2> (Consultado 9 de julio de 2025)

Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ). (2025). *Presupuesto 2025. Inversión en salud mental 2025* [Budget 2025, Investment in Mental Health]. Disponible en <https://bit.ly/3Ks2asC>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2025). *Boletín Epidemiológico Nacional N.º 758*, Semana Epidemiológica 21, 18–24 de mayo de 2025: Lesiones intencionales (intentos de suicidio) [National Epidemiological Bulletin No. 758, Week 21: Intentional injuries (suicide attempts)]. Ministerio de Salud. Disponible en <https://bit.ly/44d8MSm>

Moreira, E. (2025). La mitad de las camas de guardia están ocupadas por pacientes con padecimientos mentales [Half of emergency beds are occupied by patients with mental health conditions]. *Página/12*. Disponible en <https://bit.ly/4ozQEsW>

Barcala A, y Faraone S. (2023). Mental health reforms in Buenos Aires, Argentina. *Lancet Psychiatry*, 10(8):579–580. doi:10.1016/S2215-0366(23)00114-1

Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública

(2025). *Políticas de Salud Mental y Consumos Problemáticos 2019–2025* [Mental Health and Problematic Substance Use Policies 2019–2025]. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires,

Notas

1. Este texto es una traducción y adaptación del artículo Argentina's mental health at a crossroads: retrenchment and local resistance publicado en *Lancet Reg Health Am.* 2025;5:100026. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X25002601> bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License. Se han añadido comentarios y análisis adicionales de la autora.

Defender la vida en común: Aportes de Emiliano Galende al posicionamiento del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones

BOTTINELLI, María Marcela.

Doctora en Salud Mental Comunitaria, Profesora investigadora de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) y de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Miembro de la Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Salud Pública

Contacto: mmbottinelli@yahoo.com.ar

ORCID: 0000-0003-3483-6060

BUSTAMANTE, María Cecilia.

Psicóloga, docente universitaria, coordinadora del Área de Salud Mental Pública y Comunitaria de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP)

Contacto: mariaceciliabustamante2@gmail.com

ORCID: 0009-0005-0183-4757

Cómo citar: Bottinelli, M.M., Bustamante, M.C., Demaría, V., Laplace, V., Moreno, T., Noriega, M., Quevedo, S. y Yuliano, G. (2025). Defender la vida en común: Aportes de Emiliano Galende al posicionamiento del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 261-267

DEMARÍA, Viviana.

Licenciada en Psicología, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Psicoanalista. Escritora. Integrante del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones, en representación del Grupo de Estudios Psicológicos y Sociales (GEPS)

Contacto: vivianabeatrizdemaria@gmail.com

LAPLACE, Verónica.

Psicóloga clínica y sanitarista en el municipio de Lanús. Presidenta del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones, en representación de APDH Argentina.

Contacto: veronicalaplace@gmail.com

MORENO, Tatiana.

Psicóloga. Docente de grado y posgrado, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Trabajadora en el sistema de Salud Pública de Santa Fe. Integrante de la Red de Cuidados en Salud Mental Comunitaria de Santa Fe.

Contacto: tatianamoreno965@gmail.com

ORCID: 0009-0003-2672-2271

NORIEGA, Marcia.

Psicóloga. En representación de la Asociación Civil Los Abuelos del Francés. Organización que trabaja con Adultos Mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Contacto: marcia.b.noriega@gmail.com

QUEVEDO, Silvia.

Psicóloga. En representación de la Federación de profesionales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Contacto: silkeuzkadi@gmail.com

YULIANO, Guadalupe.

Terapista Ocupacional. Ex residente y jefa de residentes de Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM). Maestranda en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Miembro de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales.

Contacto: lupeyuliano@gmail.com

La invitación a homenajear a Emiliano Galende nos presenta una oportunidad para recuperar su pensamiento y reflexionar sobre el lugar del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (CCHSMYA) en el actual contexto sociopolítico que hoy atraviesa el mundo y nuestro país en particular. Nos permite además volver sobre los inicios del CCHSMYA, en el que Emiliano fue parte fundamental, aportando su mirada lúcida, su compromiso ético y su convicción profunda en la salud mental como derecho humano.

Emiliano fue un gran impulsor de los procesos de transformación en el abordaje de la salud mental y de la sanción de la Ley Nacional 26.657. Para Galende, dicha Ley marca un cambio de paradigma al reconocer el rol de la sociedad civil en la definición, control y evaluación de las políticas públicas en salud mental. Tal como él sostenía: “la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental requiere dispositivos territoriales, intersectoriales y comunitarios que reconozcan las condiciones sociales del padecimiento y promuevan el acompañamiento desde una lógica de derechos” (Galende, 2018, p. 13).

El CCHSMYA es un actor clave en la definición de políticas públicas y en la implementación de dicha Ley, sancionada en noviembre de 2010. Esta ley fue el re-

sultado de luchas históricas por la transformación del campo de la salud mental. Su texto normativo, reconocido internacionalmente, constituye una ampliación de derechos en sintonía con los compromisos internacionales de derechos humanos adoptados por nuestro país con jerarquía constitucional.

“La ley establece la participación de la sociedad civil en el diseño, control y evaluación de las políticas públicas en salud mental, lo que implica una transformación profunda en la relación entre Estado y ciudadanía” (Ardila, S et Galende, E. 2011, p. 45).

El Artículo 2º del Decreto reglamentario 603/2013 de la Ley 26.657, crea la Comisión Nacional Interministerial para el abordaje de la Salud Mental (CONISMA) y propone la conformación de un órgano consultivo: el CCHSMYA. Este último se establece como un órgano honorario de consulta y referencia de carácter federal, plural y participativo. Entre sus funciones se destacan: realizar las observaciones pertinentes acerca de las políticas que se lleven adelante y la elaboración de propuestas no vinculantes en materia de salud mental y consumos problemáticos, contemplando las particularidades de los distintos sectores a los que representan, en el marco de la legislación vigente.

Desde sus orígenes el CCHSMYA depende operativamente de la CoNISMA, que debe convocar cada cuatro años a su conformación. En 2014 realizó la primera convocatoria pública donde se presentaron más de 40 organizaciones, de las que se seleccionaron 30 siguiendo los lineamientos del Artículo 9º de su creación.¹ Se destaca entre los criterios para la selección el alcance territorial de las organizaciones y la genuina participación de usuarios y familiares de los servicios de salud mental y adicciones (Bottinelli, 2018). Así mismo, en conformidad con el Artículo 2º el CCHSMYA se constituye por organizaciones pertenecientes a distintas categorías: sindicatos que agrupan a trabajadores del campo de la salud mental y las adicciones, asociaciones y colegios profesionales del mismo campo, organizaciones de usuarios y familiares, organismos de derechos humanos, y espacios académicos relacionados con la temática. Finalmente, el Consejo se constituyó formalmente por primera vez en el año 2014, y su acto de asunción se realizó el 10 de octubre de ese año, en consonancia con el Día Nacional y Mundial de la Salud Mental.

El Dr. Emiliano Galende, uno de los principales impulsores de este espacio participó activamente en su primera conformación (2014–2018)². Fue un ferviente defensor de la Ley Nacional de Salud Mental, su pensamiento y trayectoria fueron fundamentales para

aquella primera conformación. Lo hemos reconocido de diversos modos: Dr. Emiliano Galende, Emiliano, Maestro, Profesor, amigo y él respondía siempre con esa amabilidad y sencillez que le eran propias.

Abordaba el mundo con valentía y calma. Por eso siempre era valioso y agradable convocarlo a los desafíos que cada espacio le proponía. Iluminó la historia de la salud mental y nos dejó un legado que perdurará como una huella indeleble en defensa de los derechos de las personas con padecimientos subjetivos.

Toda su obra y transmisión giró en torno a la construcción, desde su propia experiencia, de lineamientos que hacen a los cimientos más importantes de la Salud Mental Comunitaria, el Psicoanálisis y los Derechos Humanos. Se ubicó, desde el inicio, asumiendo una posición crítica frente a los discursos imperantes y naturalizados, generando incomodidad en los poderes establecidos.

Visibilizó la existencia de cierta “ideología asilar” (Galende, 1994), lo que nos permitió reconocer que la transformación necesaria en Salud Mental no solo obedece a la construcción de políticas que favorezcan la vida en comunidad y la concreción de derechos que permitan una existencia digna para todas las personas,

sino también un cambio cultural en cada uno y cada una de nosotras que tensione los modos de tratamiento de “lo diferente”:

(...) la ideología asilar, la que segrega, encierra y custodia al enfermo mental, no es solo del psiquiatra alienista, forma parte de la conciencia y el comportamiento social y requiere para su abolición definitiva actuar sobre los conjuntos humanos y las configuraciones de poder. (Galende, 1994, p. 18)

Según Emiliano la salud mental no puede reducirse a una categoría clínica, sino que debe entenderse como una construcción social atravesada por condiciones de vida, vínculos y derechos. Otorgó al concepto de comunidad un lugar central en el campo de la salud mental, resignificando tanto la atención en el seno territorial y socio-cultural de las comunidades, como en las prácticas profesionales, para que éstas se realicen con participación de personas usuarias, familias y la misma comunidad. Asimismo sostuvo que: “la palabra del sujeto, su voz, no puede ser sustituida por ningún saber técnico.

La participación no es un complemento, sino una condición para la construcción de salud mental como derecho” (Galende, 2015 p. 89). Consideramos que es muy importante poner en valor estos desarrollos pre-

sentados por Emiliano, en tanto constituyen un aporte histórico y profundo de actualidad innegable. Nos ofrece argumentos para pensar todas aquellas acciones y prácticas que permitan llevar adelante las transformaciones necesarias para el cambio paradigmático y la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

En su recorrido histórico sobre el concepto de comunidad sostuvo que lo esencial de la perspectiva comunitaria en salud mental consiste en atender en primer lugar el “lazo social” y que este es también el núcleo de la reforma de la atención sin perder de vista los cambios históricos que tanto en la conceptualización como en las formas y estilos de vida se sucedieron. En este sentido:

Trabajar en la perspectiva comunitaria en salud mental requiere comprender y explicar las condiciones que toma en la actualidad la vida en común, la existencia con los otros de trato y sociedad. Es en ella donde buscamos comprender los avatares del sufrimiento mental y donde queremos construir colectivamente, los profesionales junto a la comunidad, los procedimientos para cuidar y reparar la vulnerabilidad y los daños de la vida psíquica. (Galende, 2011, p. 50)

Asimismo, afirmaba que:

Cuando la gente se enferma, la vida se desorganiza. Y curarse es volver a organizar una vida. Los aspectos que entran en esa vida son muy complejos: hay que tener trabajo, ingreso económico, familia, amigos, inserción dentro de alguna relación social, de algún dispositivo social. Las personas no se curan solo porque se les alivie la ansiedad o se les calme el delirio; se les cura si la vida se les vuelve a organizar. Y esa es la explicación de por qué es necesaria una interdisciplina. (Galende, 2005, p. 92)

Pero además:

La salud mental está ligada a las condiciones de vida, a las formas de organización social, a las posibilidades de trabajo, de vivienda, de educación, de afecto. En contextos de crisis social y vulneración de derechos, el sufrimiento psíquico se incrementa y se convierte en expresión de una conflictividad que no puede reducirse al individuo. (Galende, 1998, p.63)

Estas reflexiones adquieren hoy una especial relevancia si se considera el contexto actual de crisis, ajuste y desmantelamiento del Estado. El CCHSMYA, en su conformación actual, se ve profundamente afectado en su funcionamiento, al igual que el resto de las institu-

ciones del sistema público de salud, particularmente en el área de salud mental. Las medidas adoptadas por el gobierno nacional desarticulan equipos interdisciplinarios, precarizan las condiciones de trabajo y socavan los dispositivos de atención, debilitando precisamente aquellas redes y soportes sociales que, según Galende, resultan indispensables para que la vida pueda reorganizarse. Actualmente, lo conformamos 52 consejeros y consejeras que representamos 26 organizaciones federales que nos hacemos presentes a través de este escrito para acompañar este homenaje recordando al Maestro Dr. Emiliano Galende.

El CCHSMYA promueve la defensa del derecho a la Salud Mental y, bajo esa premisa, continuamos trabajando hoy, frente al desamparo y arrasamiento que hace agonizar las construcciones colectivas y pone en cuestión el lazo social y la comunidad. En este escenario, la defensa de la salud mental como derecho humano implica además la defensa de las condiciones materiales, institucionales y simbólicas que entran la vida en común.

Gracias Emiliano, por todos tus aportes en el campo de la salud mental y nuestras prácticas cotidianas.

Gracias UNLa por permitirnos ser parte de este ho-

menaje, que nos convoca a mantener vivo el legado de Emiliano Galende.

Referencias bibliográficas

Ardila, S., y Galende, E. (2011). El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, (1), 39–50. <https://doi.org/10.18294/smyc.2011.4957>

Bottinelli, M. M. (2018). El derecho a la salud, la salud como derecho. Sobre el marco normativo en salud mental y adicciones, y los dispositivos para su implementación. En A. Tisera et al. (Eds.) *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental* (pp. 13-32). Editorial Teseo.

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

Galende, E. (2005). *La salud mental como política*. Paidós.

Galende, E. (2011). *La salud mental en la Argentina: entre la ley y la práctica*. Topía Editorial.

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Lugar Editorial.

Galende, E. (2018). *Naturaleza y cultura en salud*

mental. *Salud Mental y Comunidad*, (5), 8–16. <https://doi.org/10.18294/smyc.2018.5019>

Notas

1. El Artículo 9º de la mencionada Resolución "A fin de seleccionar a los integrantes del Consejo Consultivo, se tendrán en cuenta los siguientes criterios: a) Historia y compromiso de la organización con la temática de la salud mental y los derechos humanos, b) Calidad de los avales presentados, c) Nivel de representatividad de la organización, d) Distribución federal del consejo consultivo, e) Antigüedad de la organización, f) Alcance de sus actividades, g) Tipo y calidad de actividades desarrolladas".

2. En la primera convocatoria a conformación del CCHS-MyA, Emiliano Galende fue consejero electo junto a María Marcela Bottinelli, representando al Centro de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Durante este primer Consejo fue propuesto como Presidente Honorario del CCH aunque no pudo viabilizarse su designación como tal.



Emiliano Galende y la salud mental comunitaria

APARICIO BASAURI, Victor.

Psiquiatra y PhD. Ex-Asesor de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para Centroamérica, Caribe Latino y México (2006-2012). Ex-Director Regional de Salud Mental del Principado de Asturias (España) (1987-1991). Ex-Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (1986-1990). Docente del Doctorado de Salud Mental Comunitaria de la Universidad de Lanús (UNLa)

Contacto: vabasauri@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-6013-2636

Cómo citar: Aparicio Basauri, V. (2025). Emiliano Galende y la salud mental comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 268-272

Emiliano Galende ha sido un ejemplo de lucidez intelectual, compromiso y escucha. Estas características le han permitido ser un médico y psicoanalista con una visión más amplia que la exclusivamente clínica o psicoterapéutica para tener un papel activo en la defensa de la salud mental comunitaria. Esta defensa ha tenido reflejo en sus escritos incluyendo sus editoriales en la Revista *Salud Mental y Comunidad* de la Universidad Nacional de Lanús.

Sus ideas comunitarias han sido desarrolladas con más amplitud en su libro *Psicoanálisis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica* (1994). Un libro que, como dice D. Korinfield (2025), Emiliano ha sabido “articular el psicoanálisis con el campo de la salud mental”. Ese modo de entender el trabajo desde perspectivas diferentes es un estímulo para paliar el problema de la fragmentación que hoy existe en las redes de salud mental donde los profesionales tienden a trabajar en departamentos estancos con frecuencia bajo un solo

modelo de abordaje. La salud mental es más amplia y precisa de la interdisciplinariedad para poder desarrollar adecuadamente un modelo bio-psico-social. Cuando los profesionales se encajonan en un solo dispositivo y bajo un solo modelo de abordaje se aíslan y no permiten la circulación de ideas diferentes a la línea que manejan y a otras aportaciones técnicas. La fragmentación de los discursos y de las prácticas en salud mental es la antítesis de lo que debe ser una red de salud mental comunitaria donde todos los actores deben tener su protagonismo.

Su segundo gran compromiso con la salud mental comunitaria ha sido la creación en 1996 del área de Postgrado de Salud Mental en la Universidad Nacional de Lanús, donde luego se desarrolló la Maestría de Salud Mental Comunitaria y, a partir de 2000, el Doctorado Internacional de Salud Mental Comunitaria. Estos proyectos académicos no solo han tenido un carácter docente sino que su proyección en el ámbito de la investigación han sido un potencial de gran valor para la implementación de las acciones de la salud mental comunitaria no solo en Argentina sino también en Latinoamérica. A los cursos han asistido profesionales de Chile, Bolivia, Perú, Venezuela, Ecuador, Colombia, Uruguay y sobre todo de las distintas provincias de Argentina. Un programa de Doctorado que en 2024 había

superado los 220 doctorandos y doctorandas, con más de 40 títulos doctorales.¹ Un doctorado que se desarrolla bajo los principios de la salud mental comunitaria y vinculado a la Declaración de Caracas de 1990.

Su libro “..para una crítica de la razón psiquiátrica” (1994.) está estructurado en el tema de la salud mental comunitaria de forma pedagógica con un recorrido histórico sobre el abordaje de la atención a la locura desde el Renacimiento y dando un rol clave a la obra de Foucault del que dice que “sentó las bases de una historia política de la psiquiatría” (pp. 123) y va añadir que “la salud mental, y ya antes la psiquiatría, implica siempre una cierta política respecto de un sector específico de problemáticas humanas” (pp. 129). Esta relación entre política y salud mental va a ser un elemento constante en su obra.

En el libro detalla otros aspectos históricos como es el papel de Pinel en la historia de la psiquiatría y la importancia de los primeros desarrollos legislativos que se dieron en Francia y sirvieron de ejemplo para muchas legislaciones nacionales. Asimismo, coloca como novedosos los desarrollos de la psiquiatría comunitaria en Estados Unidos, el modelo de sector francés y las comunidades terapéuticas inglesas. Sin embargo, creo que bajo su forma de pensar cobra relevancia el modelo

desinstitucionalizador que promovió Franco Basaglia y cuya obra más emblemática fue *La institución negada*. Un modelo que aún perdura y que ha influido de manera significativa en las políticas de la Organización Mundial de la Salud (OPS), donde los procesos de desinstitucionalización se han incorporado como un elemento clave para desarrollar servicios comunitarios basados en los Derechos Humanos. Emiliano vio estas prácticas como un movimiento político muy influenciado en la obra de Gramsci y su concepto de superestructura (sistema de ideas, doctrinas y creencias de una sociedad). En mi opinión (Aparicio, 2020) las ideas basaglianas supusieron una ruptura epistemológica con las formas anteriores de abordar los problemas de salud mental, que no cuestionaban los escenarios asilares. Basaglia luchó por señalar que la institución asilar impedía la rehabilitación de los ciudadanos recluidos y que era preciso la recuperación de la ciudadanía con todos sus derechos para poder construir una rehabilitación e integración social real. El movimiento italiano de “Psiquiatría democrática” ha mantenido la herencia basagliana sobre la desinstitucionalización, pero sin abandonar el abordaje bio-psico-social de los problemas de salud mental.

La importancia del concepto de comunidad le sirve para confrontarlo con la institución asilar y Emiliano considera, junto a Sara Ardila (2011), que es un ele-

mento fundamental para la reforma psiquiátrica. El asilo se basa en separar al paciente de su comunidad pero:

(...) con la salud mental en la comunidad lo que se postula como eje central de la atención y la rehabilitación es, por el contrario, preservar o recuperar en el sufriente mental su capacidad en relación con los otros de su comunidad, la vida en común con sus semejantes.

Sin embargo, ven con preocupación la fortaleza cultural del individualismo en nuestras sociedades más urbanas por el empuje del liberalismo. Todo esto conforma una sociedad con grandes desigualdades que afecta a los más desfavorecidos y que puede dificultar la integración real de los sujetos en la comunidad. En su última editorial (2024b) Emiliano retomaba este tema y volvía a defender el campo de la solidaridad comunitaria “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” (p.9). Él sabía que este esfuerzo es permanente pues hay fuerzas poderosas que promueven la idea del individualismo como un objetivo central de la sociedad. Emiliano en su texto de 2020 “*De los principios a la acción*” concreta como entiendo las acciones que considera necesarias para que

la reforma psiquiátrica llegue a buen puerto. El texto hace una referencia explícita a la importancia de la “Declaración de Caracas” de 1990 que marcó un punto de inflexión en la salud mental de la Región de las Américas al promover la necesidad de modificar el modelo de atención de salud mental mediante un proceso de “reestructuración” que conlleve políticas de desinstitucionalización basadas en la protección de los Derechos Humanos de los usuarios.² En el texto menciona la realidad de Argentina señalando que la reforma no avanza y que las instituciones asilares siguen funcionando sin estrategias de cambio, tan solo la experiencia de la provincia de Río Negro mantiene un proceso de trabajo comunitario a través de los años. Su discurso es claro y tajante “(...) que hasta que no hayamos logrado contar con un modelo de atención basado en la comunidad, (hospital general para internaciones breves y dispositivos de rehabilitación psicosocial), que aseguren una atención de calidad y eficacia, no se podrá cerrar ningún hospital psiquiátrico”. En toda esta estrategia de cambio es clave el rol que debe jugar la atención primaria de salud como primer nivel de atención en un sistema sanitario público.

En una de sus últimas editoriales (2024a) se lanza a un discurso más político y de confrontación con lo que denomina “los bárbaros actuales” cuya tarea es “destruir

la economía, la ciencia, la cultura y la vida en común de sujetos solidarios para garantizar la libertad de los mercados”. Considera que la situación política en Argentina conlleva “una postura absoluta de negación de lo colectivo, del principio de solidaridad y del valor de la integración para la vida en común”. Su discurso vuelve al tema del individualismo y de forma clara lo ve como un problema para la vida comunitaria y la solidaridad entre los ciudadanos.

Una red social de cooperación y solidaridad es la base para una integración de los diferentes y por tanto necesaria en el desarrollo de una política nacional de salud mental acorde con los principios de la salud mental comunitaria y basada en los Derechos Humanos.

Referencias bibliográficas

Aparicio Basauri, V. (2020). Spain: the critical movements and the influence of Franco Basaglia and “Democratic Psychiatry”. En: T. Burns and J. Foot (Ed.), *From asylum to community; Basaglia's international legacy*. (pp. 147-160). Oxford University Press.

Ardila, S. y Galende, E. (2011). El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Salud Mental Y Comunidad*, (1), 39-50. <https://doi.org/10.18294/smyc.2011.4957>

Korinfeld, D. (2025). Marcas, huellas. *Salud Mental y Comunidad*, (18), 27–27. <https://doi.org/10.18294/smyc.2025.5924>

Galende E. (1994, 3ª ed.). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.

Galende, E. (2020). De los principios a la acción. *Salud Mental y Comunidad*, (9), 122–129. <https://doi.org/10.18294/smyc.2020.5116>

Galende, E. (2024a). Editorial. *Salud Mental Y Comunidad*, (16), 9–15. <https://doi.org/10.18294/smyc.2024.5293>

Galende, E. (2024b). Editorial. *Salud Mental Y Comunidad*, (17), 9–12. <https://doi.org/10.18294/smyc.2024.5576>

Notas:

1. Información obtenida de <https://www.unla.edu.ar/carreras/posgrado/doctorados/salud-mental-comunitaria>

2. En la Declaración de Caracas se utiliza este término como sinónimo de reforma



Una conversación que continúa

GRANDE, Silvia Inés.

Magister en Salud Pública. Profesora Honoraria de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Ex directora de la Carrera de Posgrado de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Facultad de Psicología. Ex Trabajadora de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Dirección de Salud Mental.

Contacto: grande_silvia41@gmail.com

VALLES, Iris Delia.

Doctora en Psicología. Profesora Honoraria de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Ex Docente de la Carrera de Posgrado de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Facultad de Psicología. Ex Trabajadora del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Dirección de Salud Mental.

Contacto: delia.iris37@gmail.com

Cómo citar: Grande, S.I. y Valles, I. D. (2025). Una conversación que continúa. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 273-280

Hablar de Salud Mental (en adelante SM) en Argentina nos lleva inevitablemente y de muchas maneras a la figura de Emiliano Galende. Sus posiciones críticas nos instaron a revisar nuestras prácticas para pensar dispositivos de “tratamiento” de los sufrimientos subjetivos que no renieguen de nuestros posicionamientos ideológicos, políticos, epistemológicos y de saberes disciplinares y transdisciplinares. Casi como una especie de “guardián epistémico” nos transmitió la necesidad de interrogarnos acerca de las respuestas que producimos, recordándonos que la salud mental es un campo que desborda las visiones restringidas de una teoría. Tarea inacabada, constante, de crítica acerca de la pregnancia que las construcciones disciplinares producen en los modos de abordar el campo, cercenando y ajustando los problemas a las propias definiciones. Eterno lecho de Procusto. La crítica de la razón psiquiátrica y también de la razón psi, nos concierne profundamente y debemos lograr que “funcione” como advertencia de las recaídas que hacen que una teoría (aunque nos parezca

la mejor) se proponga como interpretante única. Aquella cosmovisión (*Weltanschauung*) que decimos rechazar en lo discursivo, ingresa en las prácticas.

Galende (2021) entiende a la Salud Mental como campo social que excede las disciplinas, definiendo su objeto en el sufrimiento mental, lo que trae aparejado un nuevo objetivo y direccionamiento del eje en las intervenciones. Volveremos sobre esto. En sintonía, nos dice que:

Salud Mental es un campo social nuevo, intelectual y práctico que no se organiza al modo de una disciplina, amplía los saberes disciplinarios y las prácticas formales e informales..., define el sufrimiento psíquico como un objeto complejo que requiere diferentes miradas sobre los determinantes del padecimiento, y habilita prácticas que parten de considerar al sujeto como miembro de una comunidad. ... el eje de las intervenciones de atención y cuidado pasa a ser centralmente lograr la integración del paciente a la vida en común. Ese es su objetivo central (Galende, p.17) (subrayado nuestro)

El desarrollo que realiza a continuación de esta toma de posición en torno a la SM lo lleva a argumentar qué se entiende (desde Foucault) por disciplina, historiza el

desarrollo de la psiquiatría, los objetos que construye (su relación con la peligrosidad, la moral, lo jurídico que amasan el campo en el que se implanta), las percepciones que produce, las instituciones que sostiene y que reproducen ese objeto, las prácticas que habilita como reaseguro de hegemonía y el posicionamiento ético que sostienen.

La definición de SM y el recorrido que realiza nos permite despejar las distintas dimensiones que, en el análisis de una experiencia, debemos revisar al momento de pensar los dispositivos que inventamos para responder a los problemas en SM.

En nuestras prácticas

Estas advertencias adquieren particular peso al momento de abordar las prácticas “psi” en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). La APS apunta a producir un movimiento fundamental para el campo de las prácticas en SM: interpelar las asimetrías de saber y poder necesarias para efectivamente partir de la presunción de capacidad del/a usuario/a, de su posibilidad de decisión y propiciar el desarrollo de autonomía de los sujetos. Trabajar para la producción de relaciones más igualitarias entre equipos y personas usuarias no implica una lectura indolente (disfrazada de abstinencia) y

descomprometida de lo que el/la otro/a supuestamente elige. La posibilidad de que las personas rechacen las ofertas de un equipo, no implica que éste deponga su responsabilidad en los procesos de atención.

¿Dónde está “lo” comunitario?

Desde la Carrera de Especialización Postgrado en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria de la Facultad de Psicología (UNR) los saqueos de 1989 fueron la oportunidad de incluirnos como trabajadores/as de SM en el primer nivel de atención de la administración provincial (llamado APS en ese momento y que continúa). La Municipalidad de Rosario desarrollará su primer nivel durante los 90. La demanda a SM (desde las gestiones) era la de auxiliar en la ruptura del lazo social. Discusiones acaloradas, ¿qué lugar pasamos a ocupar? ¿El de reparadores del lazo, el de disciplinadores ante las sublevaciones? Imposible dirimirlo sin ir a los territorios, nos planteábamos algunos de los participantes de ese momento. Las organizaciones comunitarias tenían diversos grados de acumulación política, no iban a “dejarse disciplinar”, pero más allá de esto: ¿cuál era nuestro lugar? ¿Generar o reproducir demandas individuales? Fue una apertura para encuentros que nos dejaron marcas.

Hacia fines de los 80 y principios de los 90 los comedores comunitarios toman un lugar central en la escena social, siendo parte de las nuevas disposiciones que producen efectos en la subjetividad. La comida pasa a ser un analizador de las condiciones sociales, de la deshumanización, trabajamos el pasaje de la comida al alimento (con espesor simbólico y subjetivante). A su vez, emergía la violencia, que llamábamos “familiar” por esos tiempos. A fines de los 90 aparecen demandas masivas de escuelas por niños/as que no aprenden y la consolidación de la figura del “discapacitado social”. La respuesta inmediata conducía a la medicalización de las dificultades en la infancia y la búsqueda de diagnósticos e intervenciones medicamentosas. Las intervenciones apuntaron a inscribir en el primer nivel de atención la problemática, al trabajo interfase entre salud y educación, y a la construcción de espacios participativos con docentes, niños/as y familias en los que se buscaba recuperar la figura de la infancia en momentos donde se interrogaba acerca del fin de la misma.

El desarrollo del primer nivel de atención fue necesario para pensar procesos de desmanicomialización que nos condujeran al definitivo cierre del manicomio, una demanda que unificaba (aunque no muy fuertemente) al sector. Aquí vemos una doble dimensión en el trabajo de APS en el primer nivel en el abordaje de SM.

Por un lado, la posibilidad de pensar en el tratamiento, acompañamiento de los padecimientos mentales por fuera de lo manicomial (condición necesaria para el cierre) cercana a las pertenencias sociales y culturales sin producir quiebres en los ya frágiles lazos sociales. Por otro lado la presencia “psi” en el primer nivel de atención en equipos con lógicas territoriales abrió a otras demandas que no tenían el perfil de “pacientes consultando al profesional”, sino demandas de grupos comunitarios, de instituciones, de sectores poblacionales en torno a problemáticas que se van definiendo como violencias de distinta índole, de género, maltrato infantil, abusos sexuales, consumos, exclusión escolar, desafiliaciones...

En este proceso de inclusión territorial se van perfilando -más que una lectura de psicopatológica- las condiciones de la subjetividad. Los procesos de vulnerabilidad-desafiliación (Castel, 1991) producían nuevos padecimientos en el marco de procesos de expulsión social. Las marcas de la violencia dictatorial, desde la explícita hasta las formas de violencia simbólica más invisibilizada, nos hacían detener en las condiciones del lazo social. Algo parecía haber mutado y SM aparecía como un analizador. Los distintos actores implicados desplegaban sus percepciones de los problemas identificados y los posibles dispositivos de intervención. El

intento era no producir nuevas institucionalizaciones sino construir modalidades de operar sobre problemáticas, inscribiendo nuevos actores sociales, fortaleciendo saberes críticos. La Medicina Social Latinoamericana y la Educación Popular pasaron a formar parte de nuestra caja de herramientas para el trabajo comunitario. La problematización y la investigación participante permitían incorporar la mirada de los distintos actores. Las producciones de *Lo Grupal*¹ en torno a los abordajes de la subjetividad, nos permitían abordar lo colectivo rescatando la singularidad y la categoría de poder. La numerosidad social de Ulloa (1995) nos abría una grupalidad no masificante.

La salud mental, dispositivos, subjetividades, padecimientos y los *healing phenomena*

Desde la sanción de la Ley Provincial de Salud Mental (10.672/1991) de Santa Fe y la Ley Nacional de Salud Mental (26.657/2010) se nos plantea la urgencia de pensar otras estrategias de abordaje en el marco de la Salud Mental Comunitaria.

Decíamos más arriba que el campo de la SM, tal como Galende lo propone, trae aparejado un nuevo objetivo y direccionamiento del eje en las intervenciones. “El objetivo principal de los cuidados en salud mental

es la integración social del sufriente, su participación de los intercambios simbólicos y económicos de la vida en común” (Galende, 2021, p.2). Entonces ¿qué tratamiento del sufriente humano planteamos? Aquel que permita reintegrar el sufrimiento mental al campo de lo humano (Galende, 2015).

El eje de las intervenciones pasa a ser acompañar en procesos de establecimiento, restablecimiento, invención de lazos como parte de la sustitución de lógicas manicomiales, del desarrollo de espacios de inscripción social, de lo que hemos llamado -siguiendo a Winnicott (2001)- los espacios de experiencia cultural.

Galende (2021) habla -en torno al objetivo de establecer cuidados en los padecimientos psíquicos y sociales- de la “seguridad psíquica” que requiere la vida en común. Contempla las necesidades básicas (alimentos, vestimenta, vivienda, trabajo) y las que requieren contar con otros/otras para sostener la subjetividad (familia, amigos/as, compañero/as, pareja, grupos, comunidad). La carencia de estos “suministros” es causa de vulnerabilidad que amenaza los intercambios simbólicos. En este sentido afirmamos que las problemáticas en salud mental emergen como un analizador de las condiciones en que se modula el lazo y se hace lugar a las diferencias.

La violencia en los barrios de la ciudad de Rosario lleva al aislamiento de la población, de las instituciones (aumentado en la pandemia) con un retroceso en las prácticas comunitarias. Por otro lado, aparecen numerosos “dispositivos grupales”. En la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario en octubre de 2025 se contabilizan más de 100, con un promedio de 14 personas por dispositivo. Se trata de una experiencia que se venía fortaleciendo desde hace años con un corte en la pandemia. Crece con más fuerza en los años pospandemia, proponiendo otros modos de estar en común, otro modo de tratamiento de los padecimientos que intenta ligar a los sujetos a un mundo en donde algo de “la vida en común” (Galende, 2021) sea posible.

Como fuente para revisar de qué se tratan estos Dispositivos Grupales tomaremos documentos que recogen producciones colectivas de los procesos de los equipos (primero y segundo nivel de atención) de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (2019a) y de una producción conjunta de equipos provinciales y municipales de la ciudad de Rosario (2019b).

Estos Dispositivos Grupales se caracterizan como heterogéneos, no tienen un formato único. Los equipos de salud a partir de sus prácticas construyeron/aborda-

ron diferentes problemas en el marco de la estrategia de APS. Tienen como horizonte el desarrollo de mayor equidad, ya que se dirigen a quienes se identifican como vulnerados en sus derechos con menor accesibilidad a los bienes sociales (2019a). Identificamos tres “tipos” de dispositivos, aunque aparecen entrecruzados en su desarrollo territorial (2019b):

1. Aquellos que abordan poblaciones que no encajan en los procesos de atención tradicionales (encuadres de consultorio, consultas con horarios prefijados, obediencia a las prescripciones profesionales). Personas que vuelven impotentes a los equipos, irrumpen con reclamos violentos o acuden insistentemente, se instalan diariamente, casi pasivamente, en el Centro de Salud pidiendo ser asistidos por diferentes problemas, muchas veces poco inteligibles. Se identifican micro territorios o grupos poblacionales vulnerados: personas con discapacidad, infancias, mujeres, adolescentes, consumos problemáticos, patologías crónicas, etc. Se trata de una construcción que propicia mayor horizontalidad, abriendo al diálogo para alojar y abordar los procesos de cuidado con otro tiempo/lugar.
2. Dirigidos a población de “usuarios/as” de salud mental. Se trata de una población que siempre estuvo pero que a partir de las leyes de Salud Mental se visibiliza como “población del sistema de salud”, no del manicomio. Requieren de estrategias, más allá de la psicoterapia y farmacoterapia, que se planteen como horizonte la inclusión. Esto implica revisar procesos de atención/cuidado con la participación y protagonismo de los/as usuarios/as como sujetos desde una perspectiva de derecho.
3. Propuestas referidas a las condiciones del lazo social, espacios de intercambio, de sociabilidad que propician la inclusión sin focalizar en determinados grupos. Una respuesta frente a los aislamientos que las condiciones de vida imponen (defenderse de la inseguridad en encierros cada vez más enloquecedores donde la otredad aparece siempre como potencialmente peligrosa). Funcionan como dispositivos de promoción de salud, como posibilidades de inclusión en un lazo más propiciador de las singularidades sin que devengan en estigmas.

Por otro lado, como ejes vertebradores de los Dispositivos Grupales podemos remarcar (Documento 2019 a)

Que parten de la problematización de los **procesos de atención**, de un análisis crítico de los propios procesos de trabajo, convocando a diversos actores

- La caracterización de **las modalidades de lazo social** y la propuesta de intervenir propiciando otras condiciones,
- Su carácter **interdisciplinario, de construcción colectiva, interinstitucional e intersectorial**
- El recurso del arte/actividades culturales como posibilidad de construir **objetos culturales y la cultura como espacio de experiencia**
- La posibilidad de tejer redes que sustenten la aparición de sujetos frente a las objetalizaciones que las modalidades de lazo social propician, promoviendo el desarrollo de autonomía.

Los equipos construyeron por propia decisión estos espacios, aún con las dificultades que se presentaban para sostenerlos. Este proceso se consolida en espacios de discusión y de formación donde se visualiza la necesidad de legitimarlos en tanto pertenecientes y pertinentes a los procesos de atención. Esto se concretó en la definición de que los **Dispositivos Grupales forman**

parte de los procesos de atención, siendo en realidad expresión de la complejización de los mismos en función de advertir que las necesidades poblacionales en salud requieren de estrategias atención/cuidado que efectivicen la accesibilidad de aquellos grupos vulnerados en sus derechos (2019b).

Las nuevas formas de la manicomialización, los *ghettos* de los que habla Wacquant (2010) refiriéndose a los barrios populares o el quedar “encerrados afuera” de Assoun (2001) coexisten con la vieja fórmula y coinciden en la suspensión del sujeto de derecho. Winnicott (2006), quien supo ser inspirador de la antipsiquiatría inglesa, decía:

(...) la psicosis se halla estrechamente relacionada con la salud, en la cual están congeladas innumerables situaciones de fracaso ambiental que, sin embargo, son alcanzadas y descongeladas por los diversos fenómenos curativos (*healing phenomena*) de la vida corriente, a saber, amistades, cuidados durante la enfermedad física, la poesía, etc. (p. 388)... y las inquietudes culturales en general. (p. 400)

Frente a las manicomializaciones propiciamos espacios de experiencia cultural en donde los fenómenos curativos se vuelvan posibles. Aquí retorna el devolver

el sujeto al orden de lo humano, del que nos habla Emiliano. Crear y recrear otras formas de lazo, otras formas de estar en común.

Vaya este escrito como homenaje, como continuidad de una conversación a la que Emiliano siempre se mostró dispuesto, con su habitual maestría.

Referencias bibliográficas

Assoun, P.L. (2001). *El perjuicio y el Ideal. Hacia una clínica social del trauma*. Nueva Visión

Castel, R. (1991). *La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión*. En *El Espacio Institucional 1*. Lugar Editorial

Dirección de Salud Mental. Dirección de Atención Primaria. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Dirección de Salud Mental. Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario (2019b). *Registros de Atenciones Ambulatorias en Salud Mental. Capítulo VI Registro de Dispositivos grupales*

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en Salud Mental*. Lugar Editorial.

Galende, E. (2021). Editorial. *Salud mental y co-*

munidad, (10), 8-15. <https://doi.org/10.18294/smyc.2021.5122>

Secretaría de Salud Municipalidad de Rosario. Dirección de Salud Mental. (2019a). *Informe Proceso Capacitación Dispositivos Grupales 2019*

Ulloa, F. (1995). *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica*. Paidós

Wacquant, L. (2010). *Las dos caras de un ghetto*. Siglo XXI

Winnicott, D. (2001). *Realidad y Juego*. Gedisa Editorial.

Winnicott, D. (2006). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. En *Obras Escogidas*. RBA Coleccionables.

Notas:

1. Publicación argentina desarrollada durante los años 1983-1993, un colectivo de indagación acerca de las condiciones de la subjetividad en la post-dictadura

Reseña del libro “Epistemología y complejidad en Salud Mental Comunitaria” de Emiliano Galende, publicado en EDUNLA Editorial¹

BARCALA, Alejandra.

Integrante del Comité Editorial de Salud mental y comunidad

Contacto: alejandrabarcala@gmail.com

PAL, Tomás.

Integrante del Comité Editorial de Salud mental y comunidad

Contacto: tomas_pal@hotmail.com

Cómo citar: Barcala, A. y Pal, T. (2025). Reseña del libro “Epistemología y complejidad en Salud Mental Comunitaria” de Emiliano Galende, publicado en EDUNLA Editorial. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 281-283

Según fuentes diversas existen al menos dos grandes tipos de publicaciones editoriales: hay textos que expresan posicionamientos y hay otros que proponen soluciones referidas a determinados problemas. En el campo de la salud mental, dicha esquematización resulta un tanto defectuosa a raíz de sus propias particularidades. Es decir: que si bien ambos enfoques son necesarios, las soluciones en este ámbito no se presentan como respuestas definitivas o ensayos acabados. Se trata, en todo caso, de pensar los procesos en términos de transformaciones signadas por avances y retrocesos, con sus contradicciones internas y su espectro de actores en pugna; y que al igual que en la magia, el truco sucede en otro lugar que allí donde uno se lo imaginó.

Epistemología y complejidad en Salud Mental Comunitaria es un libro que reúne en un único volumen las editoriales de la revista *Salud Mental y Comunidad*, e incluye entre sus temas dimensiones fundamentales del campo: los principios de la reforma psiquiátrica, los desafíos en

la atención/cuidado de la salud mental, la investigación en salud, los tratamientos y las nuevas orientaciones, la identidad de género, los consumos problemáticos y las respuestas sociales ante la pandemia de COVID-19, entre otros.

Los textos de esta compilación funcionan como postales de un viaje que inició a mediados del siglo pasado con el cuestionamiento de la psiquiatría como discurso totalizante y la consolidación del campo de la salud mental en términos globales; postales de experiencias y saberes acumulados a lo largo de años de investigación, docencia y práctica en salud mental comunitaria. De aquí que también podamos llamar a una editorial un “artículo de fondo”, dada su profundidad y el trabajo ininterrumpido de Emiliano engrosando el conocimiento tras bastidores.

En la actualidad, la aceptación incondicional a las consignas, sin mediaciones epistemológicas, supone el riesgo de dormir la siesta en la membresía de la corrección política. Una filantropía salubrista que carece de fundamentos sólidos y parece más ideológica que otra cosa. Que la discusión parezca zanjada no significa que debamos relajarnos, sino precisamente todo lo contrario, ya que siempre cabe esperar una contraofensiva respecto a los derechos conquistados. ¿Y qué es la salud

mental sino un derecho? Los gobiernos nacionales son intermitentes. Los derechos no deberían serlo.

A lo largo del libro insiste la preocupación por superar la situación asilar y por consolidar una práctica de cuidados. Cada capítulo contribuye a la comprensión y el abordaje de las diversas dimensiones del sufrimiento psíquico, desde una perspectiva compleja, interdisciplinaria y latinoamericana, que dialoga con otras áreas del saber, acorde al doble movimiento de la jerarquización de los problemas y la singularización de las respuestas.

Esta es una de las tantas virtudes del libro de Emiliano Galende: ofrece un sólido enfoque ético-político articulado a los principios del semejante, que aporta a la consolidación de un paradigma que coloca a las personas en el centro de los cuidados y promueve la comprensión del sufrimiento psíquico. En este punto, su formación y su práctica sostenida como psicoanalista deviene un aporte crucial para combatir la estandarización creciente de la asistencia, donde el otro —el semejante, uno mismo— suele quedar reducido a una serie de pactos voluntaristas con su propia conciencia, eludiendo todo atisbo extranjerizante.

Cualquier apuesta entre generaciones requiere la libre circulación de la deuda adquirida en una enseñan-

za. Nos entusiasma entonces que se publique un libro valioso para profesionales, académicos y estudiantes que busquen comprender y transformar el campo de la salud mental desde una perspectiva comunitaria, compleja e intergeneracional.

Notas:

1. Este artículo fue publicado originalmente en *Epistemología y complejidad en Salud Mental Comunitaria* (2024) y se reproduce aquí con la autorización de lxs autorxs.



Un estudio etnográfico en torno a las representaciones sobre la sexualidad y prácticas de cuidado en salud sexual y (no) reproductiva de personas en situación de calle en contextos urbanos

DEVOTO, María Belén.

Licenciada en Antropología Social y Cultural, Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Especialista en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLA). Maestranda en Estudios y Políticas de Género, Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF). Docente universitaria y trabajadora de la salud pública.

Contacto: mbdevoto@gmail.com
ORCID: 0009-0001-2922-7431

Presentación de Trabajo Final Integrador de la Especialización en Salud Mental Comunitaria
Año de defensa: 2023

Cómo citar: Devoto, M.B. (2025). Un estudio etnográfico en torno a las representaciones sobre la sexualidad y prácticas de cuidado en salud sexual y (no) reproductiva de personas en situación de calle en contextos urbanos. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 284-289

Nunca dudes de que un pequeño grupo de personas reflexivas y comprometidas puede cambiar el mundo. De hecho, es lo único que lo ha logrado.

Margaret Mead (S/F).

Antes de comenzar: una breve reflexión personal y disciplinar

Antes de realizar una presentación formal de mi Trabajo Final Integrador (TFI) de la Carrera de Especialización en Salud Mental Comunitaria (UNLa) considero necesario detenerme en una reflexión personal en torno al proceso de escritura ya que la práctica de pensar(nos) forma parte constitutiva del quehacer antropológico, tanto en el ámbito académico como en nuestro rol como antropólogos dentro de los equipos de salud.

El trabajo fue elaborado durante mi desempeño como antropóloga en un dispositivo territorial dependiente del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, un espacio que me permitió, entre muchas otras experiencias, delinear un perfil profesional, aprehender los aportes de la disciplina en el trabajo en salud y nutrirme del diálogo interdisciplinario. Recupero estas memorias porque, a partir de los despidos masivos ocurridos en enero de 2025 en dicho hospital, se hizo visible un discurso mediático que buscó deslegitimar la tarea de las ciencias sociales en el campo de la salud invisibilizando los saberes construidos desde perspectivas críticas y las contribuciones de nuestra disciplina en el diseño, la implementación y la evaluación de políticas públicas sanitarias.

La subestimación pública de los aportes de disciplinas como la antropología puede comprenderse como parte de un proceso de desinformación que acompaña el progresivo retraimiento del Estado en materia de salud pública. A partir de ello, tanto el TFI como esta reseña, se configuran para mí como memorias disciplinares escritas que espero nos inviten a reflexionar sobre los aportes de la mirada antropológica, no sólo en la planificación y acompañamiento de las intervenciones en salud mental comunitaria, sino también en su problematización, contribuyendo con ello a la cons-

trucción de prácticas transformadoras, comprometidas con la defensa del carácter público, interdisciplinario y situado de las políticas en salud mental.

Del trabajo territorial a la pregunta de investigación

Antes de comenzar a relatar el proceso de elaboración del TFI, cabe aclarar que este trabajo no implicaba la realización de una práctica de investigación en sentido estricto —como podría demandarse en una instancia de maestría o doctorado—, más sí representó un espacio de exploración y reflexión preliminar, orientado a construir las bases teóricas y metodológicas de una futura indagación.

Así, a lo largo de todo el proceso de escritura comprendí el TFI como una oportunidad para comenzar a delinear líneas de investigación que dialogarán con mi práctica cotidiana, permitiéndome profundizar en interrogantes que más adelante se desplegarían en un proceso investigativo mayor vinculado con otra instancia académica de maestría.

Bajo este marco, a partir de la influencia de la antropología y los estudios de género en mi recorrido profesional, y de mi participación en el equipo que llevaba adelante la Consejería en Salud Sexual y (no)

Reproductiva en el dispositivo territorial, me surgió la pregunta acerca de cuáles eran las representaciones sociales que las personas en situación de calle que asistían al Centro de Salud le atribuían a la sexualidad, así como a las prácticas de cuidado desplegadas en torno a ese campo.

Mi interés por esta temática se vinculaba con la posibilidad de generar datos cualitativos en un área de vacancia en el campo de la salud, contribuyendo a pensar estrategias sanitarias situadas que dieran respuesta a las vivencias y trayectorias particulares de esta población.

Marco conceptual

El trabajo se inscribe dentro de la corriente de la Salud Colectiva y de la Salud Mental Comunitaria y, por ello, comprende el derecho a la salud en el marco de una integralidad de derechos —entre ellos, la garantía efectiva de los derechos sexuales y reproductivos de la población— y una conceptualización procesual de la salud-enfermedad-cuidado (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

Como hilo rector del trabajo, se retoma la propuesta de Jorgelina Di Iorio (2019), quien sostiene que la falta de datos sobre las personas en situación de calle constituye una de las formas en que se expresa la violencia

del Estado. Bajo esta línea, el relevamiento de datos, tanto cuantitativos como cualitativos, nos brinda la posibilidad no sólo de visibilizar una problemática social compleja, sino también de obtener información y profundizar en líneas de acción en salud concretas.

Asimismo, el trabajo parte de conceptos particulares, tales como sexualidad, salud sexual, reproductiva y no reproductiva (SSYR), prácticas de cuidado y personas en situación de calle. Para ello, se retoman teorías antropológicas, feministas y *queer* que evidencian la construcción social e histórica del género y la sexualidad, así como las relaciones de poder que atraviesan dichas construcciones. En cuanto a la SSYR, se parte de la genealogía histórica realizada por Josefina Brown (2008) y se retoman los marcos normativos nacionales, así como las convenciones internacionales. Por último, en relación con la temática de las personas en situación de calle, se propone un análisis histórico de la realidad social, política y económica del país, atendiendo a los impactos que determinadas transformaciones produjeron sobre la estructura social. Al mismo tiempo, se aborda el “estar en situación de calle” como una relación social producto de complejas dinámicas de afiliación y desafiliación, y como un problema de salud pública global, institucionalizado de diversas maneras según el contexto local (Sapey y Di Iorio, 2023).

Ejes fundamentales del TFI: objetivos e hipótesis

El objetivo general del trabajo consistió en indagar en torno a las representaciones sobre la sexualidad y las prácticas de cuidado en salud sexual y (no) reproductiva de las personas que viven en situación de calle/pasillo con consumo problemático de pasta base y consultan en el Centro en Red de Salud Comunitaria Zavaleta en el año 2022 y 2023. En cuanto a los objetivos específicos, se enumeran los siguientes: analizar las representaciones de la sexualidad en relación a prácticas sexuales, métodos anticonceptivos, roles, afectividad y diversidad sexual en personas en situación de calle/pasillo con consumo problemático que consultan en el Centro en Red de Salud Comunitaria Zavaleta; explorar las funciones que cumplen las prácticas sexuales y las relaciones erótico-afectivas en el contexto de la vida cotidiana de dichas personas; y describir las prácticas de cuidado y autocuidado en materia de salud sexual y (no) reproductiva desplegadas por la población bajo estudio. La hipótesis que guiaba la investigación se vinculó con pensar que la sexualidad y las relaciones erótico-afectivas en contextos de calle/pasillo cumple, muchas veces y en especial para las identidades feminizadas, una función mercantil pero también un recurso al servicio de la reproducción de la vida donde emergen estrategias de cuidado.

Diseño y metodología

En función de mi perfil disciplinar, el trabajo se enmarca en una investigación cualitativa de tipo exploratorio descriptiva, prospectiva y transversal desde una perspectiva de género e interseccional. Me propuse adoptar enfoque etnográfico (Guber, 2001) con el fin de elaborar una investigación que dé cuenta tanto de lo que piensan, hacen y dicen los sujetos de estudio.

En tanto posicionamiento ético y político, retomé la propuesta de Brigitte Vasallo (2021) de hacer “participación observadora” (p. 28), intentando con ello subvertir jerarquías pre-establecidas y problematizar los modos en los que incluimos a los sujetos con los que trabajamos en la producción de conocimiento.

A su vez, me propuse relevar fuentes primarias a partir de entrevistas en profundidad a informantes clave, lo que me implicó la construcción de una guía de preguntas semiestructurada a realizarse en un espacio confidencial con previa firma de un consentimiento informado por parte de las personas entrevistadas. Para enriquecer el análisis propuse también utilizar fuentes secundarias, a saber, información que se desprende del material administrativo disponible en el dispositivo.

Para ir concluyendo: eco de un recorrido compartido

Dado que no se trata de una tesis, sino de un Trabajo Final de Especialización, el mismo no permite esgrimir conclusiones definitivas. En este sentido, el trabajo se propone delinear preguntas susceptibles de ser desarrolladas en el marco de una investigación, sin llevarla a cabo en esta instancia.

No obstante, considero relevante destacar que este trabajo constituyó un punto de partida para pensar prácticas concretas de acción en el centro de salud y para continuar problematizando la temática. A su vez, dio origen a una nueva investigación que actualmente desarrollo, orientada a analizar el acceso a la gestión de la salud e higiene menstrual de personas en situación de calle efectiva, y los efectos de esta experiencia en su salud física, psíquica y emocional.

Asimismo, entiendo que el TFI cristaliza el cierre de un proceso formativo que no sólo se vio atravesado por los recursos teórico-metodológicos trabajados durante la cursada, sino también por los valiosos intercambios compartidos con otros compañeros, a partir de sus propias experiencias de intervención en distintos territorios del país.

Más aún en los tiempos que corren, considero fundamental seguir generando y apostando por este tipo de espacios, donde el encuentro habilita la posibilidad de reflexionar colectivamente sobre cómo construir prácticas en salud más accesibles y justas para todos. Sin duda, el campo de la salud mental comunitaria no puede pensarse sin la apertura al diálogo entre saberes, ni sin la implicación afectiva y política con los otros. En este sentido, considero que la Especialización constituye un gran y valioso espacio para hacerlo posible.

Referencias bibliográficas

- Brown, J. (2008). Los derechos (no) reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. *CADERNOS Pagu*, 30, 269–300.
- Di Iorio, J. (2019). Vivir en situación de calle en contextos urbanos: Subjetividades en resistencia. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 53(2), 167–179. <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v53i2.1067>
- Guber, R. (2001). *Método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma.
- Sapey, M., y Di Iorio, J. (2023). Entre la subsistencia y la supervivencia: Intersecciones entre situación de

calle y salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 29, 481–491.

Stolkiner, A. & Ardila Gomez, 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*, 23(101), 27–67.

Vasallo, B. (2021). *El desafío poliamoroso. Por una nueva política de los afectos*. Paidós.





Año: 2019
Título: Sin título
Tamaño: 91 x 130 cm
Técnica: Técnica mixta
Nombre: Candia, Martin (integrante de Cre-Arte)

Cre-Arte desarrolla actividades educativas no formales para personas con discapacidad. El Centro -a través de la educación artística- permite el desarrollo de sujetos con herramientas para la comunicación, la participación social y el desarrollo de una vida digna y autodeterminada. Al tiempo que genera estrategias de promoción comunitaria, visibilizando el potencial y la necesaria conciencia social de las diferencias y las desigualdades. Los aspectos formativos del arte son concebidos, desde una apuesta a desentrañar y reconstruir una estética política del colectivo de personas con discapacidad. Construcciones que expresan y magnifican capacidades favoreciendo la inclusión social y laboral sobre la base de una equidad de oportunidades.

Diseño de publicación
Dirección de Diseño y Comunicación Visual | UNLa
Edición de este número - Germán Falke
Correspondencia
saludmentalycomunidad@unla.edu.ar